

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Martin Karvai

**Mentalizace a regulace emocí u hraniční poruchy osobnosti**

**Mentalization and regulation of emotions in borderline  
personality disorder**

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

## Poděkování

Děkuji své školitelce, paní doktorce Lonekové, za laskavé vedení a podnětné rady při psaní práce. Rovněž děkuji Mgr. Ondřeji Novákovi za připomínky k metodologii návrhu výzkumného projektu.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 11. 5. 2021*

*M. KARVAJ*  
.....  
*Martin Karvai*

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá mentalizací a regulací emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Nejprve je představena diagnóza hraniční poruchy osobnosti. Dále jsou prezentovány faktory přispívající k etiologii této poruchy společně s nejvýznamnějšími etiologickými modely. Posléze je představen koncept regulace emocí. Jsou prezentovány strategie regulace emocí a způsoby měření tohoto konstruktů. Následně je diskutována problematika emoční dysregulace u hraniční poruchy osobnosti. Poté je vymezen koncept mentalizace, a to z hlediska jeho dimenzí a odlišností od příbuzných pojmů. Dále je popsána problematika mentalizace u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Nakonec jsou představeny způsoby měření mentalizace.

V návrhu výzkumu je prezentována korelační studie. Cílem je ověření souvislostí mezi mentalizací a regulací emocí u osob s hraniční poruchou osobnosti pomocí Movie for the assessment of social cognition (MASC) a české verze Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF-CZ). Výzkumný soubor budou tvořit pacienti s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti z různých institucí zaměřených na duševní zdraví. Navrhovaná studie může přispět k hlubšímu porozumění této poruchy. Výsledky mohou navíc pomoci klinickým pracovníkům při výběru vhodné intervence pro tyto pacienty. Rovněž je mohou inspirovat k vytvoření nové intervence.

## **Klíčová slova**

mentalizace; zrcadlení; regulace emocí; hraniční porucha osobnosti; etiologie hraniční poruchy osobnosti

## **Abstract**

This bachelor's thesis deals with mentalization and regulation of emotions in borderline personality disorder. First, the diagnosis of borderline personality disorder is introduced. Then, the factors contributing to the etiology of this disorder are presented together with the most important etiological models. Then, the concept of emotion regulation is introduced. Emotion regulation strategies and measures of this construct are presented. Subsequently, the problematic of emotion dysregulation in borderline personality disorder is discussed. Then, the concept of mentalization is defined in terms of its dimensions and differences from related concepts. Then, the issue of mentalization in people with borderline personality disorder is described. Finally, the measures of mentalization are introduced.

A correlation study is presented in the research proposal. The aim is to verify the relationship between mentalization and emotion regulation in people with borderline personality disorder using The Movie for the assessment of social cognition (MASC) and the Czech version of The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF-CZ). The research group will consist of patients diagnosed with borderline personality disorder from various mental health institutions. The proposed study may contribute to a deeper understanding of this disorder. Furthermore, results can help clinicians to choose an appropriate intervention for those patients. Likewise those results could inspire them to create a new intervention as well.

## **Keywords**

Mentalization; Mirroring; Regulation of emotions; Borderline personality disorder; Etiology of borderline personality disorder

## Obsah

Úvod .....	6
Literárně přehledová část.....	8
1. Hraniční porucha osobnosti.....	8
1.1. Etiologie hraniční poruchy osobnosti .....	10
1.1.1. Genetické faktory .....	10
1.1.2. Faktory prostředí .....	11
1.1.3. Etiologické modely vysvětlující hraniční poruchu osobnosti.....	12
2. Regulace emocí.....	15
2.1 Strategie regulace emocí .....	15
2.2 Metody měření (dys)regulace emocí .....	16
2.3 Regulace emocí u hraniční poruchy osobnosti .....	18
3. Mentalizace.....	21
3.1 Vztah mentalizace k příbuzným konceptům.....	23
3.2 Hraniční porucha osobnosti a mentalizace .....	25
3.2.1 Proces zrcadlení.....	27
3.2.2 Prementalistické způsoby uvažování u hraniční poruchy osobnosti .....	30
3.2.3 Symptomatika hraniční poruchy osobnosti z hlediska jednotlivých dimenzí mentalizace .....	32
3.3 Metody měření mentalizace.....	35
Návrh výzkumného projektu .....	38
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky.....	38
5. Design výzkumného projektu.....	41
5.1 Typ výzkumu .....	41
5.2 Metody získávání dat .....	42
5.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	44
5.4 Etika výzkumu .....	45

6. Výzkumný soubor .....	47
7. Diskuse .....	48
Závěr .....	50
Seznam použité literatury .....	52
Seznam tabulek.....	64
Seznam zkratek.....	65

## Úvod

Pojem mentalizace označuje schopnost chápat sebe a ostatní z hlediska intencionálních duševních stavů jako jsou pocity, touhy, přání, postoje a cíle. Na počátku práce bylo mé zaujetí teoretickým přístupem, který zdůrazňuje roli mentalizace u některých duševních onemocnění. Tato problematika bývá nejčastěji spojována s hraniční poruchou osobnosti, proto jsem se rozhodl práci zaměřit na tuto populaci. U lidí s hraniční poruchou osobnosti by mentalizace měla přispívat k rozvoji celé řady symptomů, zejména pak k potížím s regulací emocí. Mým cílem je tedy popsat problematiku mentalizace a regulace emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Teoretický přístup, o kterém zde píšete, nabývá stále na popularitě – mentalizace je předmětem zájmu čím dál většího počtu studií. Dává proto smysl se tímto tématem zabývat. Přes jeho vysokou aktuálnost však nelze opomenout skutečnost, že některým aspektům teorie chybí jednoznačná opora v důkazech. Cílem je tak i představení návrhu výzkumného projektu, který by pomohl ověřit platnost těchto teoretických předpokladů. Potenciální výsledky navrhovaného výzkumu by mohly přispět k lepšímu porozumění hraniční poruchy osobnosti. Stejně tak by mohly pomoci odborníkům s rozhodováním ohledně vhodné intervence pro tyto pacienty. Závěry výzkumu mohou též inspirovat k vytvoření zcela nové intervence.

Obsahem literárně přehledové části je vymezení základních konceptů: hraniční porucha osobnosti, regulace emocí a mentalizace. V kapitole o hraniční poruše osobnosti se nejprve zabývám jejím vymezením z hlediska MKN-10 a DSM-5. Dále se snažím představit důkazy o etiologii této poruchy. Kromě toho zmíním i významné etiologické modely. V kapitole o regulaci emocí nejprve tento koncept definuji, následně popisuji různé způsoby dělení strategií regulace emocí. Poté představím různé způsoby měření tohoto konstruktů, dále popíšu dysregulaci emocí u osob s hraniční poruchou osobnosti. V kapitole o mentalizaci opět nejprve koncept definuji, dále popisuji jednotlivé dimenze mentalizace a odlišnosti tohoto pojmu od pojmů příbuzných. Posléze se zabývám problematikou mentalizace u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Nakonec po vzoru předcházející kapitoly představím jednotlivé způsoby měření mentalizace.

V druhé části práce je představen návrh výzkumu, korelační studie, která by ověřovala možné souvislosti mezi mentalizací a regulací emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Nejprve představím cíle výzkumu, definuji výzkumnou otázku a jednotlivé



hypotézy. Poté popíšu výzkumný design, výzkumné metody a metody zpracování a analýzy dat. Rovněž uvedu etické aspekty výzkumného projektu. Dále se zabývám výzkumným souborem – jeho velikostí a kritérii, která musejí všichni účastníci splňovat. Na závěr jsou diskutovány přínosy studie, ale i její limity.

V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

# Literárně přehledová část

## 1. Hraniční porucha osobnosti

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nalezneme diagnózu emočně nestabilní poruchy osobnosti (F60.3), která se dále rozděluje na impulzivní (F60.30) a hraniční typ (F60.31) (World Health Organization, 1992).

Emočně nestabilní porucha osobnosti je spojena s výraznou tendencí jednat impulzivně bez zvažování důsledků a s afektivní nestabilitou. Schopnost dopředu plánovat může být minimální, výbuchy intenzivního hněvu mohou často vést k násilí či „behaviorálním explozím“. Takové jednání se snadno dostaví, pokud jsou impulzivní akty kritizovány, nebo je jim bráněno. (World Health Organization, 1992, s. 204)

Kritéria pro impulzivní a hraniční typ uvádím v tabulce 1.

**Tabulka 1**

*Diagnostická kritéria pro impulzivní a hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti*

<p>A. Musí být splněná obecná kritéria pro poruchu osobnosti</p> <p><b>Impulzivní typ:</b></p> <p>B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou z nich musí být (2)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků,</li><li>2. zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno,</li><li>3. sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,</li><li>4. obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,</li><li>5. nestálá a nevypočitatelná nálada</li></ol>
<p><b>Hraniční typ:</b></p> <p>B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,</li><li>2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,</li></ol>

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,</li> <li>4. opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození,</li> <li>5. chronické pocity prázdnoty</li> </ul> |
|--|

(World Health Organization, 1992)

Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) uvádí diagnózu hraniční poruchy osobnosti, která odpovídá dle diagnostických kritérií hraničnímu typu emočně nestabilní poruchy osobnosti v MKN-10. Vymezení hraniční poruchy osobnosti dle DSM-5 uvádím v tabulce 2.

## Tabulka 2

### *Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti*

- |  |
|--|
| <p>A. Pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, afektech a výrazné impulzivity, který začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších souvislostech. Porucha je určena přítomností pěti (a více) znaků z následujících:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Bouřlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění. (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5).</li> <li>2. Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.</li> <li>3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.</li> <li>4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvatovité přejídání). (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5)</li> <li>5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohrůžky, anebo sebepoškozující chování.</li> <li>6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).</li> <li>7. Chronické pocity prázdnoty.</li> <li>8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).</li> <li>9. V reakci na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažných disociativních příznaků.</li> </ul> |
|--|

(American Psychiatric Association, 2013)

Medián prevalence hraniční poruchy v populaci se odhaduje na 1,6 % až 5,9 %. V ambulantní psychiatrické péči dosahuje prevalence 10 %, a pokud se bavíme o hospitalizovaných psychiatrických pacientech, zde dosahuje až 20 %. Prevalence může být nižší ve starších věkových skupinách (American Psychiatric Association, 2013).

## 1.1. Etiologie hraniční poruchy osobnosti

Přestože je hraniční porucha osobnosti intenzivně studována, její etiologie je pořád ne zcela jasná. Jsou zvažovány jak genetické vlivy, tak působení prostředí. Jak se záhy ukáže, nelze tyto faktory uvažovat odděleně (Wilson et al., 2020).

### 1.1.1. Genetické faktory

Hraniční porucha osobnosti je často agregována v rodinách. Podle většiny studií na toto téma, které ve své review uvádí Amad et al. (2014), je přítomnost poruchy v rodině spojena s vyšším rizikem jejího rozvoje. Probandi v těchto studiích měli 5, 1 až 22, 2krát vyšší riziko rozvinutí symptomatiky hraniční poruchy.

Rodinné studie tohoto typu však neumí rozlišit mezi genetickými vlivy a vlivy sdíleného prostředí v rámci rodiny. Pro tyto účely se daleko lépe hodí studie dvojčat. Porovnáním konkordance (tj. shody uvnitř dvojčecího páru pro sledovaný znak) u monozygotických a dizygotických dvojčat lze odhadnout, kolik procent fenotypu je vysvětleno genetickými nebo enviromentálními faktory (Šeda et al., 2005). Studie dvojčat tedy umožňují odhadnout heritabilitu (Kočárek, 2008). Podle přehledové studie od Amad et al. (2014) je heritabilita hraniční poruchy osobnosti odhadována v průměru na 40 %. Porucha tedy není jednoznačně determinována genetickými faktory, avšak genetická podmíněnost hraje důležitou roli v jejím rozvoji.

Další důkaz pro dědičnost poruchy přináší studie od Kendler et al. (2010). Jedinci s hraniční poruchou vyplnili dotazník, jehož čtyři subškály měřily určité charakteristiky HPO: kognitivní distorze, problémy s identitou, nejistý styl připoutání, afektivní nestabilita. Autoři zjistili, že tyto čtyři dimenze lze nejlépe vysvětlit jedním faktorem, jehož heritabilita byla rovna 60 %. Studie navíc ověřovala provázanost genetických faktorů s pětící faktorů dotazníku Big Five. Nejsilnější genetické korelace s rysy HPO byly pozorovány u neuroticismu (pozitivní vztah), následovaného svědomitostí a přívětivostí (negativní vztah v obou případech).

Studie z oblasti molekulární genetiky se pokouší identifikovat geny hrající roli v etiologii hraniční poruchy. Ještě, než bylo technicky možné studovat celý genom, se vědci pokoušeli identifikovat tzv. kandidátní geny, které by podle teoretických předpokladů mohly hrát roli v etiologii hraniční poruchy (Streit et al., 2020). Ze studií, které tyto geny ověřovaly, však nelze učinit jednoznačné závěry. Například studie od Martin-Blanco et al. (2016) reportovala signifikantní vztah genu zapojeného do regulace osy hypotalamus-hypofýza-

nadledviny s HPO. Naproti tomu Amad et al. (2014) ve své metaanalýze ověřovali vztah genů zapojených do serotoninového a dopaminergního systému a některých jiných genů s hraniční poruchou osobnosti. Tento vztah však podle výsledků metaanalýzy nebyl signifikantní.

Studie kandidátních genů se však soustředí na velmi malou část lidského genomu, proto je výhodnější studovat lidský genom jako celek. Jedná se o tzv. *genome-wide association studies* (GWAS). Těmto studiím je ovšem vytýkáno, že doposud pracovaly s příliš malými vzorky. V tomto okamžiku nelze z jejich výsledků odvozovat jakékoli predikce nebo léčebné postupy (Streit et al., 2020). Proto zde tyto studie neuvádím.

Z výše uvedených výzkumů vyplývá, že nesporně existuje určitá genetická predispozice pro hraniční poruchu osobnosti. Navzdory těmto zjištěním je důležité zdůraznit, že dosud nebyl identifikován lokus genu, který by byl jednoznačně spojen s kauzálním vlivem na rozvoj HPO, anebo by přispíval ke zvýšení rizika jejího rozvoje, v izolovaném prostředí, tj. bez přispění jiných než genetických faktorů (Witt et al. 2017).

### **1.1.2. Faktory prostředí**

Je tedy potřeba vzít v úvahu též faktory enviromentální. Porter et al. (2020) ve své metaanalýze zkoumali vztah mezi hraniční poruchou osobnosti a negativními zážitky v dětství (*childhood adversity*). Z metaanalýzy, která pracovala s výsledky celkem 97 studií, vyplývá, že jedinci s hraniční poruchou až 13, 91krát častěji uvádějí negativní zážitky v dětství než lidé ze zdravé populace. Hraniční porucha byla spojena se všemi do studie zahrnutými typy negativních zážitků v dětství (např. fyzické, sexuální či emoční zneužívání a zanedbávání), nejvýrazněji ovšem s emočním zneužíváním (*emotional abuse*) a zanedbáváním (*neglect*). Negativní zážitky v dětství reportovali jedinci s HPO dokonce častěji než pacienti s jinou psychiatrickou diagnózou (např. s poruchami nálady, psychózami či ostatními poruchami osobnosti).

Studie od Kuo et al. (2015) zjišťovala, zda je závažnost symptomů HPO specificky spojena s jedním typem zneužívání (emoční, fyzické a sexuální). Výsledky ukázaly, že emoční zneužívání v dětství jednoznačně předpovídalo závažnost HPO. U této poruchy se tedy můžeme setkat se všemi zmíněnými typy zneužívání, závažnost příznaků je ovšem specificky spojena právě s emočním zneužíváním.

V literatuře pojednávající o HPO se někdy spíše než s pojmy zneužívání či zanedbávání setkáváme s obecnějším konceptem traumatu v dětství. Nepřekvapí proto, že komorbidita této poruchy s PTSD je relativně častá, podle přehledové studie od Jowett et al. (2020) se pohybuje mezi 25 až 55, 9 %. Dokonce se uvažovalo o tom, že by HPO mohla být chápána jako druh komplexní PTSD (MacIntosh et al., 2015). Avšak MacIntosh et al. (2015) ve své review dochází k závěru, že jde pravděpodobně o dvě odlišné kategorie.

Z enviromentálních faktorů bývá též zmiňován styl připoutání. Podle metaanalýzy od Smith a South (2020), která na základě výsledků z 26 studií učinila závěry o vztahu mezi attachmentem v partnerských vztazích a HPO, tato porucha nejvíce korelovala s úzkostným stylem připoutání, přičemž vyhýbavý styl připoutání byl rovněž signifikantně spojen s HPO. Bylo však zjištěno, že u HPO úzkostný a vyhýbavý styl připoutání interagují (tj. mohou koexistovat v rámci hraniční poruchy), což vlastně může odrážet dezorganizovaný styl připoutání. Hraniční porucha osobnosti je podle Khoury et al. (2020) skutečně dlouhodobě spojována s dezorganizovaným stylem připoutání.

## **Interakční přístup**

Jak jsem již naznačil na začátku této kapitoly, v patogenezi hraniční poruchy osobnosti hrají roli jak genetické, tak enviromentální faktory. Hovoří se o tzv. *Gene-Environment* (GxE) modelu, který zdůrazňuje interakci vrozených a enviromentálních faktorů v etiologii hraniční poruchy osobnosti (Wilson et al., 2020). Wilson et al. (2020) ve své přehledové studii shrnuli výsledky šestnácti studií, které pracovaly s GxE hypotézou. Celkem 11 z nich identifikovalo genové sekvence, které moderovaly vztah mezi zneužíváním a zanedbáváním v dětství a rozvinutím hraniční poruchy osobnosti. U pěti studií byl reportován mediační efekt, kdy zážitky zneužívání apod. ovlivňovaly exprese určitých genů.

### **1.1.3. Etiologické modely vysvětlující hraniční poruchu osobnosti**

Velmi známá je biosociální teorie hraniční poruchy od Linehan (1993). Teorie vychází z předpokladu, že pro HPO je fundamentální dysfunkce systému regulace emocí, přičemž symptomy HPO jsou důsledky této dysfunkce. Dysregulace emocí je podmíněna jak biologickými faktory, tak faktory prostředí, ale i interakcemi a transakcemi mezi těmito vlivy v průběhu času. Linehan navrhla různé biologické substráty emoční dysregulace (např. potíže s reaktivitou limbického systému), avšak výzkum v době, kdy autorka formulovala svoji teorii, nebyl v této oblasti příliš rozvinutý (Crowell et al., 2009). Z enviromentálních

faktorů hraje ústřední roli znevažující prostředí, které se vyznačuje tím, že neakceptuje prožitky dítěte. Rodiče mohou dítěti dávat najevo, že je špatné v popisu a atribuci svých prožitků (např. mu sdělují, že prožívá vztek, ačkoli ho neprožívá), a dále mohou prožitky dítěte atribuovat sociálně neakceptovaným charakteristikám a osobnostním rysům (rodič může dítěti např. říct, že je přecitlivělý) (Linehan, 1993). Ve vztahu k dysregulaci emocí hovoří Linehan (1993) o emoční zranitelnosti dítěte (která se vyznačuje zvýšenou citlivostí na emoční stimuly), zvýšenou intenzitou prožívaných emocí a pomalým návratem k původní emoční hladině (tj. dlouho trvající emoční reakci).

Biosociálně vývojový model od Crowell et al. (2009) rozšiřuje teorii Linehan o vývojové hledisko. Model předpokládá, že základem poruchy je biologická zranitelnost, která je charakterizována impulzivitou a zvýšenou emoční citlivostí. Biologická zranitelnost je v průběhu vývoje potencována rizikovými faktory prostředí, které vedou k extrémnější emoční, behaviorální a kognitivní dysregulaci. Jinými slovy, jedinec si tak v průběhu času vytváří maladaptivní copingové strategie.

Model emočních kaskád od Selby a Joiner (2009) se snaží objasnit vztah mezi emoční dysregulací a následnou dysregulací chování u hraniční poruchy pomocí procesu emoční kaskády. Prvním krokem emoční kaskády je smyčka pozitivní zpětné vazby: jedinci s HPO mají tendenci k ruminaci (tj. k neustálému přemítání o negativních myšlenkách a pocitech), která zvyšuje intenzitu prožívané negativní emoce, což následně vede k většímu zacílení pozornosti na daný emoční stimul, čímž je dosaženo intenzivnější ruminace. Díky této smyčce je jedinec zaplaven negativními myšlenkami a danou negativní emoci prožívá stále silněji. Tento proces podle autorů jednak vysvětluje, proč lidé s HPO reagují intenzivně i na nenápadné emoční stimuly, dále objasňuje pomalý návrat k původní emoční hladině. Druhým krokem kaskády je smyčka negativní zpětné vazby: behaviorální dysregulace u HPO (např. sebepoškození nebo užívání drog) má ve skutečnosti funkci rozptýlení (distraction), které působí proti emoční kaskádě (negativní zpětná vazba). Rozptýlení má za následek odvedení pozornosti od emočního stimulu a následné snížení intenzity prožívané emoce. Behaviorální dysregulace tak narušuje proces ruminace. Autoři dodávají, že méně maladaptivní formy rozptýlení, jako např. vyhledání sociálního kontaktu, se u HPO neobjevují, neboť nejsou účinné natolik, aby mohly efektivně působit proti emoční kaskádě.

Vývojový model HPO od Hughes et al. (2012) zdůrazňuje roli frontolimbické dysfunkce, přičemž vychází též z tzv. *social baseline theory* (viz např. Beckes & Coan, 2011). Podle tohoto modelu jedinci s HPO nemohli v rámci raného attachmentového vztahu s pečovatelem úspěšně koregulovat své emoce. To následně vedlo k nedostatečnému vývoji neuronálních struktur, které jsou zodpovědné za sebekontrolu (frontolimbická dysfunkce). Jedinci s HPO proto v pozdějším věku budou spoléhat spíše na vlastní strategie regulace emocí, než aby své emoce koregulovali v rámci vztahu s ostatními lidmi. Toto chronické spoléhání se na vlastní strategie může potencovat nepříliš efektivní nebo impulzivní strategie regulace emocí (Hughes et al., 2012).

Model od Fonagy et al. (2002) podle kterého je dysregulace emocí u HPO ovlivňována zejména procesy mentalizace, důkladně popíšu v samostatné kapitole o mentalizaci.



## 2. Regulace emocí

Gross (1998) má za to, že se emoční regulace „týká procesů, kterými jednotlivci ovlivňují to, jaké emoce mají, kdy je mají, a jak tyto emoce prožívají a vyjadřují. Proces regulace může být automatický nebo kontrolovaný, vědomý či nevědomý a může působit na jednu či více částí emočního generativního procesu“ (s. 275, překlad autora). Jiný autor, Thompson (1994), vymezuje emoční regulaci jako proces, který „zahrnuje vnější a vnitřní procesy odpovědné za monitorování, hodnocení a modifikování emočních reakcí, zejména jejich intenzity a časových charakteristik, které směřují k dosažení cílů jedince“ (s. 27, překlad autora). Již z těchto dvou definic je patrné, že se jedná o velice komplexní problematiku, neboť tato obecná vymezení mohou odkazovat k celé řadě způsobů regulace emocí. Jednotlivými strategiemi se však budu zabývat později.

Je jistě na místě odlišit regulaci emocí od podobných konceptů. V literatuře se setkáváme též s pojmy jako např. coping, obranné mechanismy či autoregulace. Coping se zaměřuje především na negativní emoce, regulace emocí se však týká i emocí pozitivních. Tím se emoční regulace odlišuje i od obranných mechanismů, které se rovněž týkají pouze emocí negativní valence. Dalším rozdílem je skutečnost, že jsou obranné mechanismy převážně nevědomé, proces regulace emocí si však můžeme uvědomovat (Poláčková Šolcová, 2018). „Autoregulace zahrnuje oproti emoční regulaci zase širší spektrum psychických a behaviorálních komponent, například kontrolu volního úsilí, kognitivních komponent (např. pozornost), behaviorální reakce apod.“ (Poláčková Šolcová, 2018, s. 88).

Regulace emocí hraje významnou roli jak v intrapersonální, tak interpersonální rovině (Campos et al., 1989). Pozitivní nebo negativní události mají obvykle pouze krátkodobý vliv na afektivní stavy (Rothermund & Meiniger, 2004). Regulace emocí v intrapersonální rovině tedy zabraňuje ustrnutí v určitém afektivním stavu (Rothermund et al., 2008). Obnovování hédonické rovnováhy šetří energetické zdroje organismu. V rovině interpersonální hraje regulace emocí roli v zajišťování řádu v sociálních interakcích, zvyšuje jistotu členů skupiny ohledně jejich iniciací, průběhu i výsledku (Poláčková Šolcová, 2018).

### 2.1 Strategie regulace emocí

Podle Poláčkové Šolcové (2018) odborná literatura nejčastěji rozlišuje behaviorální, kognitivní a motivační, a sociální strategie regulace emocí. Behaviorální strategie se týkají exprese emocí (např. potlačení vokálního projevu), nebo zvládnání jejich prožitkové komponenty (např. cvičení, relaxace, alkohol apod.). Kognitivní a motivační

strategie pracují s přehodnocením (tzv. *reappraisal*) a změnou významu situace nebo cílů jedince (např. přerámování situace, hledání pozitiv, změna pozornosti). Vyhledávání sociální opory či obecně vyhledávání přátel patří mezi sociální strategie regulace emocí.

Velmi známý je procesní model regulace emocí, který představil Gross (1998). Vychází z teze, že lze ovlivňovat různé části emočního procesu. Jedinec své emoce může ovlivnit tím, do jakých situací vstupuje (situační selekce), příkladem může být vyhýbání se kontaktu s nepříjemným sousedem. Pokud se ocitne v nepříjemné situaci, může se ji pokusit učinit méně nepříjemnou (situační modifikace) – může například požádat hlučného souseda, aby se ztišil. Prožívání negativních emocí může ovlivnit odvedením pozornosti, jedinec se pak soustředí například na neemoční aspekty situace. Také může pracovat s významem situace, poté dochází k racionalizaci, přerámování apod. (kognitivní změna). Nakonec může pracovat se svojí fyziologickou, prožitkovou či behaviorální reakcí, například pomocí relaxace, suprese, alkoholu či jiných drog (modulace odpovědi).

Některé strategie regulace emocí jsou vnímány jako zdravé, jiné jsou považovány za škodlivé a maladaptivní. Pokud jde o behaviorální strategie, pak bychom do druhé skupiny zařadili např. potlačování projevu emoce, přejídání, či abúzus drog. Sport, práci na zahradě nebo relaxaci můžeme považovat za zdravé strategie. Škodlivost kognitivních strategií bývá méně zjevná, příkladem maladaptivní kognitivní strategie je ruminace (Poláčková Šolcová, 2018). Podle Poláčkové Šolcové (2018) ovšem nelze jednoznačně určit, která strategie je dobrá nebo špatná. Podle ní je však charakteristickým znakem maladaptivních strategií jejich chronické používání, tj. spoléhání se na určitou strategii bez ohledu na měnící se kontext. S něčím podobným se setkáváme v oblasti copingových strategiích, kdy hovoříme o copingové flexibilitě. Kato (2012) definuje copingovou flexibilitu jako schopnost přestat používat neúčinnou copingovou strategii a vytvořit a realizovat strategii alternativní.

## **2.2 Metody měření (dys)regulace emocí**

### **Biologické metody**

K měření regulace emocí lze využít různé funkční zobrazovací metody. Lze tak identifikovat biologické koreláty na úrovni CNS. Do explicitní regulace emocí (která je záměrná, je spojena s vědomým úsilím) se podle Etkin et al. (2015) zapojuje dorzolaterální prefrontální kortex, ventrolaterální prefrontální kortex, suplementární motorická oblast, pre-suplementární motorická oblast a parietální kortex. Do implicitní regulace emocí (která je

automatická, bez účasti vědomí) se zapojuje ventrální část anteriorního cingulárního kortexu a ventromediální prefrontální kortex.

Dalším z fyziologických ukazatelů regulace emocí je srdeční vagový tonus (*cardiac vagal tone*) (Beauchaine, 2001). Vagový tonus odráží regulaci srdečního rytmu skrze bloudivý nerv (Porges, 1995) a je většinou odhadován z respirační sinusové arytmie (*respiratory sinus arrhythmia*, RSA), která reflektuje variabilitu v srdeční frekvenci v průběhu nádechu a výdechu. Zjednodušeně řečeno, RSA odkazuje k aktivitě sympatiku a parasympatiku (Poláčková Šolcová, 2018). Metaanalýza od Koenig et al. (2016), která analyzovala výsledky pěti studií, dokládá snížený vagální tonus v klidovém stavu u jedinců s HPO. Nižší klidové hodnoty vagálního tonu jsou podle autorů spojeny s horší schopností regulace emocí.

Indikátorem regulace emocí je též tzv. EEG frontální asymetrie, tedy asymetrie EEG záznamů mezi levou a pravou hemisférou (Zhang et al., 2020). Zhang et al. (2020) zjistili, že lidé, u kterých je levá frontální aktivita vyšší než pravá frontální aktivita v klidovém stavu, mají menší potíže s každodenní regulací emocí, zejména pokud jde o kontrolu impulzů. Studie od Flasbeck et al. (2017) zjistila, že u jedinců s HPO je nižší pravá frontální EEG asymetrie spojena s alexithymií. EEG asymetrie u HPO by tak mohla odrážet neschopnost identifikovat a chápat vlastní emoce. Ve studii od Meaney et al. (2016) alexithymie přímo předikovala dysregulaci emocí u jedinců s HPO.

## **Dotazníkové metody**

Gross a John (2003) představili 10položkový dotazník **Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)**. Dotazník měří pouze dvě strategie regulace emocí, má tedy dvě subškály: kognitivní přehodnocení a potlačování projevu emocí. Vnitřní konzistence ( $\alpha=0,75$  až  $0,82$  pro kognitivní přehodnocení,  $\alpha=0,68$  až  $0,76$  pro potlačování projevu emocí) i test-retest reliabilita se jeví jako uspokojivá.

Garnefski et al. (2001) vytvořili 36položkový dotazník zaměřený na kognitivní strategie regulace emocí, **Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)**. Dotazník měří následující strategie (subškály): sebeobviňování, přijetí, ruminace, pozitivní zaměření, zaměření na plánování, pozitivní přehodnocení, změna perspektivy, katastrofizování a obviňování druhých. Byla zjištěna dobrá vnitřní konzistence ( $\alpha=0,92$ ) a test-retest reliabilita. Existuje i kratší, 18položková verze dotazníku (Garnefski & Kraaij, 2006).

Gratz a Roemer (2004) vytvořili 36položkový dotazník **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)**. Metoda je rozdělena na šest subškál: neakceptování negativních emocí (neakceptování), potíže věnovat se ve stresu cílesměrnému jednání (cíle), potíže v ovládní impulzivního chování ve stresu (impulzivita), nedostatečné uvědomování si emocí (uvědomování), omezený přístup k efektivním strategiím regulace emocí (strategie) a potíže rozumět svým emocím (porozumění). Multidimenzionální pojetí dysregulace emocí má tu výhodu, že umožňuje vyhodnotit, jaká oblast regulace emocí je pro jedince problematická. Dotazník vykazuje dobrou celkovou vnitřní konzistenci ( $\alpha=0,93$ ), test-retest reliabilitu, a adekvátní konstruktovou a prediktivní validitu. Ve studii od Glenn a Klonsky (2009) korelovala diagnóza HPO statisticky významně se subškálami neakceptování, cíle, impulzivita a strategie. Když byla ve stejné studii diagnóza určena pouze na základě screeningového dotazníku, pak signifikantně korelovala i se subškálou porozumění. Existují i zkrácené verze této metody: Kaufman et al. (2016) a Victor a Klonsky (2016) navrhli její 18položkovou verzi, Bjureberg et al. (2016) verzi o 16 položkách. Škála od Kaufman et al. (2016) byla přeložena do českého jazyka a validizována na české populaci Bendou (2017). Česká verze má odpovídající šestifaktorovou strukturu, dobrou vnitřní konzistenci a kritériální validitu (Benda, 2017).

### **2.3 Regulace emocí u hraniční poruchy osobnosti**

Emoční dysregulace je často považována za základní charakteristiku jedinců s hraniční poruchou osobnosti (Daros & Williams, 2019). Například všechny etiologické modely, které jsem zmínil v první kapitole této práce (včetně modelu akcentujícího mentalizaci, který bude detailněji představen ve třetí kapitole), se nějakým způsobem snaží vysvětlit emoční dysregulaci u HPO.

Daros a Williams (2019) se ve své review a metaanalýze, která pracovala se vzorkem 93 studií, zabývali šesti nejvíce studovanými strategiemi regulace emocí a jejich používáním jak u jedinců s hraničními rysy, tak u lidí ze zdravé populace, ale i u dalších duševních onemocnění (šlo například o pacienty s depresivní poruchou, bipolárně afektivní poruchou, OCD, sociální fobií, poruchou příjmu potravy, či s jinou poruchou osobnosti; tito pacienti byli však v metaanalýze chápáni jako jedna skupina). Výsledky metaanalýzy ukázaly, že jedinci se závažnějšími symptomy HPO používali signifikantně více neefektivních strategií regulace emocí, než lidé ze zdravé populace a jedinci s mírnější symptomatikou HPO. Jednalo se o strategie suprese, ruminace a vyhýbání se. Oproti lidem ze zdravé populace a jedincům s mírnější hraniční symptomatikou používali participanti se

závažnějšími symptomy HPO signifikantně méně efektivní strategie: kognitivní přehodnocení, řešení problému a akceptace. Srovnání hraničních pacientů s jinými duševně nemocnými pacienty dopadlo podobně: vyšší výskyt neefektivních strategií (ruminace, vyhýbání se) a nižší výskyt efektivních strategií (řešení problému, akceptace) u jedinců s HPO. Autoři dochází k závěru, že lidé s HPO používají takové strategie regulace emocí, které mají potenciál regulovat negativní emoce jen dočasně a krátkodobě. Výběr neefektivních strategií nakonec dlouhodobě udržuje emoční dysregulaci. Stejní autoři na základě review odborné literatury též zjistili, že spoléhání se na neefektivní strategie regulace emocí je u lidí s HPO spojeno s vyšší pravděpodobností, že budou zažívat negativní emoce, rušivé symptomy (*distressing symptoms*), zvýšený arousal a také se budou zapojovat do škodlivého chování.

Daros a Williams (2019) se ve své review taktéž pokusili identifikovat důvody, proč mají jedinci s HPO potíže s regulací emocí. Pokusím se zde představit některé z těchto hypotéz a pokud možno je doložit vědeckou evidencí.

Podle Daros a Williams (2019) pacienti s HPO mohou mít problémy s uvědomováním si vlastních emocí. Tuto problematiku zkoumala metaanalýza od Derks et al. (2017), která pracovala celkem s 39 studiemi. Byla nalezena středně silná pozitivní korelace mezi BPP (*borderline personality pathology*) a nedostatkem emočního uvědomění (*lack of emotional awareness*). U studií, které srovnávaly emoční uvědomění u HPO a zdravé populace, bylo dokonce reportováno ještě silnější spojení. Další analýza ukázala, že pacienti s HPO mají problémy spíše s identifikováním a popisem svých emocí, než s externě orientovaným myšlením. Nevýhodou metaanalýzy je však to, že téměř všechny zahrnuté studie spoléhaly na sebesposuzování participantů. Podle Daros a Williams (2019) mohou problémy s uvědomováním si vlastních emocí narušit schopnost rozlišovat emoce a snížit tak pravděpodobnost výběru strategie vhodné pro konkrétní emoci.

V regulaci emocí hraničních pacientů mohou hrát roli implicitní přesvědčení o emocích. Jak již bylo uvedeno, lidé s HPO mají tendenci ke strategiím vyhýbání se a zároveň se nesnaží své emoce akceptovat (Daros & Williams, 2019). Podle Daros a Williams (2019) u nich existuje přesvědčení, že jsou negativní emoce nesnesitelné a je třeba je co nejrychleji eliminovat. Takové přesvědčení odráží koncept *experiential avoidance*, který byl definován jako neochota zůstat v kontaktu se stresujícími emocemi, myšlenkami, vzpomínkami a fyzickými pocity, i když je to z dlouhodobého hlediska škodlivé (Hayes et al., 2012). Studie

od Jones et al. (2020) zkoumala míru *experiential avoidance* na vzorku 692 adolescentů, z nichž 197 mělo diagnostikovanou HPO, 403 mělo jiné duševní onemocnění a 92 náleželo k neklinické populaci. Nejvyšší míra *experiential avoidance* byla dle očekávání prokázána ve skupině hraničních adolescentů. Limitem této studie je však skutečnost, že její výsledky nelze zobecnit na dospělé jedince s HPO.

Za dysregulací emocí u HPO může potenciálně stát zvýšená fyziologická reaktivita na emoční stimuly (Daros & Williams, 2019). Limberg et al. (2011) zkoumali emoční zranitelnost, tj. jak snadno lze vyvolat intenzivní afektivní reakci, u vzorku 40 hraničních pacientů a 32 osob ze zdravé populace. Participanti si měli přečíst a následně si představit určité scénáře, které vyvolávaly buď pozitivní či negativní emoce, anebo byly neutrální. Výzkumníci měřili fyziologické proměnné, např. srdeční frekvenci a vodivost kůže. U hraničních pacientů byla zjištěna zvýšená fyziologická reaktivita na scénáře opuštění a odmítnutí, tj. scénáře typické pro hraniční poruchu osobnosti. Nebyl ovšem zjištěn rozdíl v reakci na ostatní emoční stimuly. Ebner-Priemer et al. (2007) monitorovali 24 hodin fyziologické funkce u 50 hraničních pacientů a 50 zdravých jedinců. Probandi měli vykonávat běžné aktivity. U pacientů s HPO bez medikace byla nalezena zvýšená srdeční frekvence, která ovšem nevyplývala z fyzické zátěže nebo metabolické aktivity. Pacienti s HPO též reportovali vyšší intenzitu negativních emocí.

### 3. Mentalizace

„Mentalizace je schopnost chápat sebe a ostatní z hlediska intencionálních duševních stavů, jako jsou pocity, touhy, přání, postoje a cíle“ (Luyten & Fonagy, 2015, s. 366, překlad autora). Zjednodušeně řečeno se jedná o „imaginativní vnímání a interpretaci chování jako spojené s intencionálními duševními stavy“ (Allen & Fonagy, 2006, s. 7, překlad autora). Tento koncept popularizoval v posledních třech dekadách Peter Fonagy a jeho kolegové. Tato teorie je silně ovlivněna psychoanalýzou – sám Peter Fonagy je psychoanalytik. Dále staví na poznatcích vývojové psychologie a kognitivních neurověd. Pro účely této práce je klíčové, že nerozvinutí schopnosti mentalizace v raném dětství údajně vede k dysregulaci emocí a rozvoji hraniční poruchy osobnosti (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Jedná se tedy o další z etiologických modelů HPO, o kterých už v této práci bylo pojednáno.

Mentalizace odkazuje k procesu či ději. Allen a Fonagy (2006) se domnívají, že „mentalizace zahrnuje celou řadu kognitivních operací vztahujících se k duševním stavům, včetně vnímání, rozpoznávání, popisu, interpretace, odvozování, představování, simulace, zapamatování si, reflektování a anticipování“ (s. 6, překlad autora). K mentalizaci povětšinou dochází, když interagujeme s druhými lidmi. V ideálním případě je při interakci každý člověk pozorný k duševním stavům, přičemž bere v úvahu jak mysl druhé osoby, tak i mysl vlastní.

Fonagy a Luyten (2009) identifikovali čtyři dimenze mentalizace: mentalizace implicitní/explicitní, mentalizace zaměřená na vnitřní/vnější rysy sebe a ostatních, mentalizace zaměřená na sebe/na ostatní, mentalizace týkající se kognitivních/afektivních aspektů obsahu a procesu mentalizace.

**Explicitní či kontrolovaná mentalizace** je mentalizace vědomá a záměrná. Dochází k ní, když mluvíme nebo přemýšlíme o svých duševních stavech (Allen & Fonagy, 2006), je tedy závislá na vědomém úsilí a jazyce. Tato forma mentalizace by měla odkazovat k fylogeneticky mladším částem mozku, které více spoléhají na jazykové/symbolické zpracování informace (Luyten & Fonagy, 2015).

**Implicitní či automatická mentalizace** probíhá nevědomě a nezáměrně, odráží paralelní a tedy mnohem rychlejší zpracování informací. Automatická mentalizace by měla být výchozí pozicí nás všech – každý máme tendenci automaticky číst myšlenky druhých lidí. Z evolučního hlediska je rychlé zpracování sociálních informací důležité pro přežití.

Implicitní mentalizace tak spoléhá na jednoduché heuristiky spíše než na komplexní hodnocení lidské motivace, které je doménou explicitní mentalizace. Odkazuje k fylogeneticky starším částem mozku, které spoléhají primárně na sensorické informace (Luyten & Fonagy, 2015).

Mentalizace může být zaměřená jak na **vnější**, tak i na **vnitřní** aspekty mysli sebe a ostatních. Neurozobrazovací studie identifikovaly dvě relativně odlišné neuronální sítě, které jsou základem pro interně a externě zaměřenou sociální kognici. Externě orientovaná mentalizace se týká viditelných charakteristik, např. mimiky, posturologie či prozodie. Interně orientovaná mentalizace je naproti tomu zaměřená na myšlenky, pocity a prožitky (Luyten & Fonagy, 2015). Z vývojového hlediska je externě orientovaná mentalizace primární, mentalizace zaměřená na vnitřní aspekty mysli vzniká sekundárně na základě vnějších aspektů jako reprezentace druhého řádu (Fonagy & Luyten, 2009).

Mentalizace může být zaměřená jak na naše, tak na cizí stavy mysli. Tyto dva procesy však nejsou na sobě nezávislé: proces imaginace vlastních myšlenek a pocitů potenciálně determinuje jedincovu představu o tom, co se odehrává v mysli druhého člověka, a naopak (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Propojenost těchto procesů odráží i výzkumy, podle kterých je v mozku aktivována stejná neuronální síť bez ohledu na to, jestli se jedincova mentalizace zaměřuje na self nebo na ostatní (Luyten & Fonagy, 2015).

Poslední zde zmíněná dimenze se týká emočních/kognitivních aspektů mentalizace. **Kognitivní aspekty mentalizace** zahrnují usuzování ohledně přesvědčení a tužeb (*belief-desire reasoning*) a zaujímání perspektivy druhého jedince (Fonagy et al., 2002, podle Luyten & Fonagy, 2015). Tyto aspekty zdůrazňuje výzkum teorie mysli a zdá se, že se do značné míry překrývají s kontrolovanou mentalizací (Luyten & Fonagy, 2015). **Emoční aspekty** se týkají afektivní empatie a tzv. mentalizované afektivity (*mentalized affectivity*) (Fonagy et al., 2002, podle Luyten & Fonagy, 2015), jsou spíše automatické (Luyten & Fonagy, 2015).

**Mentalizovaná afektivita** byla definována jako sofistikovaná forma regulace emocí, která zahrnuje nejen modulaci emoce, ale i její přehodnocení (Fonagy et al., 2002). Vychází z předpokladu, že taková regulace závisí na schopnosti jedince mentalizovat o svých prožitcích (Greenberg et al., 2017). Mentalizovaná afektivita tím pádem vlastně popisuje, jak je regulace emocí transformována pomocí mentalizace. Tím, že člověk získá komplexnější porozumění vlastní afektivní zkušenosti, tím že ji lépe pochopí a následně



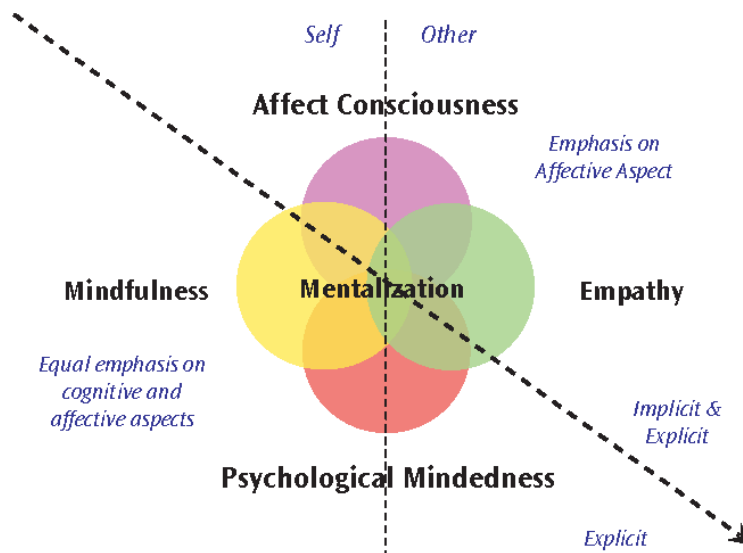
reinterpretuje, dokáže lépe regulovat své emoce. Nejedná se však o prosté kognitivní pochopení, ale o vhled zprostředkovaný živou afektivní zkušeností. To znamená, že je jedinec schopen mentalizovat o svých emocích, a ve stejném okamžiku tyto emoce prožívat. Mentalizovaná afektivita zahrnuje tři aspekty: identifikace, modulace a vyjádření emocí. Identifikace označuje schopnost pojmenovávat jednotlivé emoce, anebo chápat dynamiku vlastních emocí. Modulace je schopností měnit zakoušené emoce (např. změna intenzity nebo délky trvání). Vyjádření emocí odkazuje k vnitřnímu či vnějšímu způsobu exprese. Člověk totiž může emoci vyjádřit viditelně, anebo sám pro sebe, uvnitř myslí. Tuto vnitřní expresi lze chápat jako strategii, k níž se lze uchýlit v situaci, kdy je vnější exprese nežádoucí (Fonagy et al., 2002).

### 3.1 Vztah mentalizace k příbuzným konceptům

Několik konceptů se s mentalizací do značné míry překrývá. Pokusím se tedy objasnit odlišnosti mentalizace od těchto konceptů, kterými jsou: empatie, psychologické smýšlení (*Psychological Mindedness*), mindfulness či *affect consciousness*. Vztah zmíněných pojmů k mentalizaci je znázorněn na obrázku č. 1.

#### Obrázek 1

*Vztah mentalizace k příbuzným konceptům*



(Choi-Kain & Gunderson, 2008)

Existuje řada definic **empatie**, jednou z nich je např. definice od Ickes (1997, s. 2, překlad autora): „Empatie je komplexní forma psychologické inference, při které se pozorování, paměť, znalosti a usuzování kombinují tak, aby poskytly vhled do myšlenek a

pocitů ostatních.“ Decety a Jackson (2004) se ve své review zevrubně věnovali konceptu empatie. Podle nich řada definic empatie sdílí tyto tři aspekty: 1) emoční reakce na druhou osobu, která často, ale ne vždy, zahrnuje sdílení daného emočního stavu, 2) kognitivní schopnost zaujmout perspektivu druhého člověka, 3) stabilní schopnost uvědomovat si rozdíl mezi sebou a ostatními. Vidíme, že empatie má, stejně jako mentalizace, jak afektivní, tak kognitivní komponentu. Jak empatie, tak mentalizace předpokládá uznání duševních stavů druhého člověka, empatie se krom toho vyznačuje ještě sdílením těchto duševních stavů a empatickým zájmem o druhé. Empatie je orientována spíše na druhé než na jedincovu vlastní mysl, mentalizovat ale můžeme jak o našich vlastních duševních stavech, tak o stavech druhých lidí. Oba koncepty mohou fungovat jak v explicitním, tak v implicitním režimu, avšak empatie probíhá spíše na implicitní rovině (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

**Mindfulness**, česky všímavost, definuje Baer jako „neposuzující sledování neustálého proudu vnitřních a vnějších podnětů tak, jak vyvstávají“ (2003, s. 125). Baer et al. (2004) při konstrukci dotazníku Kentucky Inventory of Mindfulness Skills definovali čtyři dovednosti klíčové pro všímavost: pozorování, popis, uvědomělé jednání, přijetí bez hodnocení. Podle Choi-Kain a Gunderson (2008) všímavost i mentalizace zdůrazňují integraci kognitivních a afektivních aspektů duševních stavů. Oba koncepty zdůrazňují roli zaměřené pozornosti při regulaci emocí. Všímavost je nicméně zaměřená pouze na vnitřní duševní stavy, mentalizace se zabývá též duševními stavy druhého člověka. Všímavost je záměrný proces, mentalizace ale může probíhat též automaticky a nevědomě. Všímavost se dále může zaměřovat i na jiné podněty než na aktuální duševní stavy. Je však oproti mentalizaci omezena svým zaměřením na přítomnost; mentalizace se může týkat minulých, současných i budoucích duševních stavů.

**Psychologické smýšlení** (*Psychological Mindedness*) je psychoanalytický termín. Ve svém původním smyslu se vztahoval k přístupnosti pacienta k psychoanalytické léčbě (Allen & Fonagy, 2006). Appelbaum definoval psychologické smýšlení jako „schopnost člověka chápat vztahy mezi myšlenkami, pocity a činy s cílem naučit se významům a příčinám jeho prožívání a chování“ (Appelbaum, 1973, podle Allen & Fonagy, 2006, s. 36, překlad autora). Vidíme, že se koncept týká jak kognitivních, tak emočních aspektů. Podle Allen a Fonagy (2006) by se tento termín mohl překrývat s explicitní mentalizací, která je zaměřená self. Nicméně podle Farber (1985) se *psychological mindedness* může vztahovat i k mysli druhých lidí.

*Affect consciousness* označuje schopnost člověka vnímat emoce, uvažovat o nich a též je vyjadřovat. Od jedince, u kterého je tato schopnost snížena, se očekává, že nebude schopen pochopit nejen své vlastní pocity, ale také emoční stavy ostatních (Mohaupt et al., 2006). Tím, že koncept klade důraz na porozumění vlastní afektivní zkušenosti, je podobný zde již zmíněné mentalizované afektivitě. Vliv lepšího sebepoznání v oblasti emočního prožívání na lepší chápání afektivních stavů druhých lidí rovněž nacházíme v teorii mentalizace. Nicméně *affect consciousness* se více týká vědomého reflektování a vyjadřování emocí, mentalizace v tomto smyslu může probíhat i na nevědomé úrovni. Mentalizovat lze též i o jiných, než emočních aspektech prožívání (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Podle Choi-Kain a Gunderson (2008) lze *affect consciousness* v určitém smyslu chápat jako **alexithymii**. Ta byla definována jako stav charakterizovaný obtížnou identifikací emocí a rozlišováním mezi nimi a tělesnými pocity vzrušení (Taylor et al., 1999). Tento pojem zde zmiňuji rovněž z toho důvodu, že existují výzkumy poukazující na vyšší míru alexithymie u osob s hraniční poruchou osobnosti. Například podle studie Kiliç et al. (2020) měla skupina hraničních pacientů vyšší skóre alexithymie oproti lidem ze zdravé populace.

### **3.2 Hraniční porucha osobnosti a mentalizace**

V této kapitole se pokusím vysvětlit některé symptomy hraniční poruchy osobnosti pomocí teorie mentalizace<sup>1</sup> a zároveň představím vědeckou evidenci, o kterou je tato explanace opřena.

Základem teorie mentalizace je předpoklad, že tato schopnost není vrozená. Dosažení schopnosti mentalizace je vývojový úkol, přičemž se tato funkce vyvíjí v kontextu attachmentových vztahů. Mentalizace má rovněž klíčovou roli v organizaci jedincova self, a je velmi důležitá pro rozvoj schopnosti regulovat emoce. Teorie předpokládá, že u jedinců s hraniční poruchou osobnosti došlo k narušení vývoje mentalizace. Oslabenou mentalizací se autoři teorie snaží vysvětlit celou řadu symptomů hraničních pacientů (Fonagy et al., 2002).

---

<sup>1</sup> Pokud je mi známo, autoři o své teorii nemluví přímo jako o *teorii mentalizace*. Toto pojmenování používám pouze já v této práci, a to tehdy, když se chci odkázat na etiologický model, který byl popsán např. v publikaci od Fonagy et al. (2002).

Németh et al. (2018) ve své metaanalýze ověřovali souvislost mezi HPO a oslabenou teorií mysli. Analyzovali 17 studií, ve kterých participovalo celkem 585 pacientů s HPO a 501 osob ze zdravé populace. Jejich metaanalýza rozlišovala 4 aspekty teorie mysli: *mental state decoding* (schopnost dekodovat duševní stavy ostatních), *mental state reasoning* (schopnost uvažovat o duševních stavech ostatních), kognitivní teorie mysli (pochopení záměrů a přání druhých), afektivní teorie mysli (pochopení pocitů a emocí druhých). Kromě toho brali v úvahu celkovou schopnost teorie mysli. Výsledky ukázaly, že pacienti s HPO byli horší v této celkové schopnosti ve srovnání se zdravými jedinci, nicméně velikost efektu byla relativně malá. Z hlediska *mental state decoding* se skupiny nelišily, to však neplatilo o *mental state reasoning*, neboť pacienti s HPO byli v tomto aspektu signifikantně horší. U hraničních pacientů bylo dále zjištěno statisticky významné oslabení kognitivní teorie mysli, nicméně oslabení afektivní teorie mysli nedosáhlo statistické významnosti. Tento výsledek však není jednoznačný, neboť vyřazení studií využívajících metodu Reading the Mind in the Eyes Test (Baron-Cohen et al., 2001) z metaanalýzy vedlo k dosažení signifikantního výsledku u afektivní teorie mysli (výrazné oslabení tohoto aspektu u HPO). Při další analýze bylo navíc zjištěno, že se jedinci s HPO signifikantně neliší, pokud jde o deficity v kognitivní a afektivní teorii mysli. Lidé s HPO tedy patrně mají potíže s kognitivní teorií mysli, avšak nelze stanovit jednoznačný závěr ohledně jejich schopnosti afektivní teorie mysli, autoři proto doporučují další výzkum v této oblasti.

Nejistý styl připoutání u HPO zde již nemusím dokládat, neboť jsem předložil stručnou evidenci v kapitole o etiologii poruchy. Rád bych se ale zaměřil na otázku, jakým způsobem je mentalizace provázána s attachmentem u hraniční poruchy osobnosti. Fonagy et al. (2002) tedy předpokládají, že se schopnost mentalizace vyvíjí v rámci attachmentových vztahů, přičemž narušený vývoj této schopnosti negativně ovlivňuje regulaci emocí. Tento předpoklad se pokusila ověřit studie od Parada-Fernández et al. (2021). Studie byla provedena na vzorku 607 probandů vybraných z obecné španělské populace, nepracovala tedy přímo s pacienty s diagnostikovanou HPO. Přesto však přináší zajímavé výsledky: mentalizace signifikantně mediovala vztah mezi dysregulací emocí a zaujatým stylem připoutání (*preoccupation*), vyhýbavým stylem připoutání a traumatem v dětství. Dokonce byla reportována velká velikost efektu této mediace. Vypadá to tedy, že styl připoutání skrze oslabenou mentalizaci výrazně ovlivňuje schopnost regulace emocí v dospělosti.

Podle Fonagy et al. (2002) ovlivňuje attachment vývoj mentalizace na třech úrovních: 1) v raném dětství skrze proces zrcadlení, kdy si dítě vytváří reprezentace svých

prožitků na základě reakcí svého pečovatele, 2) dále během dětství, kdy jistý styl připoutání facilituje vývoj mentalizace tím, že dítě může bezpečně zkoumat mysl pečovatele (dítě atribuuje chování pečovatele jeho stavům mysli), 3) následně skrze hru, která rovněž dává příležitost k tomuto prozkoumávání. Z důvodu omezeného rozsahu této práce popíšu pouze první úroveň, na které je mentalizace ovlivňována attachmentem – učiním tak v následující kapitole o procesu zrcadlení.

Na úvod této kapitoly bych ještě rád zdůraznil, že zde nastíněná teorie a výzkum ohledně mentalizace hraničních pacientů má přesah do klinické praxe v terapeutickém přístupu *Mentalization-Based Treatment* (MBT). MBT vzniklo původně za účelem léčby hraniční poruchy osobnosti, dnes se nicméně uplatňuje např. u lidí, kteří se léčí s antisociální poruchou osobnosti, poruchou příjmu potravy, závislostí apod. Jak již název napovídá, terapie je zaměřena především na rozvoj schopnosti mentalizace, přičemž sestává jak z individuálních, tak skupinových terapeutických sezení (Bateman & Fonagy, 2013).

### **3.2.1 Proces zrcadlení**

#### **Role zrcadlení ve vývoji mentalizace a regulace emocí u pacientů s HPO**

Fonagy et al. (2002) při snaze identifikovat počátky vývoje schopnosti mentalizace vycházejí ze *Social Biofeedback Theory*, kterou představili Gergely a Watson (1999). Pro tuto teorii je klíčový proces zvaný zrcadlení, který se odehrává mezi dítětem a pečovatelem. Kojenec přirozeně vyjadřuje své emoční stavy (například si můžeme představit různé druhy pláče), přičemž takové chování má za úkol vyvolat reakci na straně rodiče, která povede ke změně stavu. Rodič by měl být schopen identifikovat emoční projev dítěte a také přizpůsobit svoji afektivní reakci takovým způsobem, aby pomohl dítěti s regulací emocí (Vavrda, 2005). Pečovatel tedy zrcadlí chování dítěte, přičemž právě obličejové a vokální zrcadlení je ústřední v regulaci emocí dítěte během prvního roku života. Konkrétním příkladem tohoto procesu může být situace, kdy rodič na úsměv dítěte reaguje rovněž úsměvem anebo veselým tónem hlasu (Gergely & Watson, 1999). Avšak rodič zrcadlí i negativní emoce dítěte – přizpůsobí svou emoční reakci kojenci tak, že interakce mezi ním a dítětem vede ke zklidnění (Vavrda, 2005).

Z předchozího odstavce je patrné, že zrcadlení vede k bezprostřední regulaci emocí dítěte. Jak se však záhy ukáže, skrze proces zrcadlení se dítě učí rozumět své emoční zkušenosti, což je základ pro schopnost regulace emocí v budoucnosti. Teorie mentalizace předpokládá, že nemáme od narození přístup ke svým prožitkům v jejich psychologické

podobě. Spíše má za to, že nejprve prožíváme řadu fyziologických stavů, které však nedokážeme rozlišovat, pojmenovat je, ani s nimi adekvátně zacházet. Rodič v rámci procesu zrcadlení vlastně interpretuje pro dítě nespecifický emoční stav, dítě si na základě rodičovi reakce vytváří sekundární reprezentaci své emoce (Vavrda, 2005). Sekundární reprezentace dítěti umožňují kognitivní přístup k jeho emocím (Gergely & Watson, 1999), nebo jinými slovy, dítě může „nakládat se svými vnitřními stavy na psychické úrovni“ (Vavrda, 2005, s. 73).

Vytvoření sekundárních reprezentací afektivních stavů je základ pro regulaci emocí a kontrolu impulzů: jedinec může s emocemi manipulovat uvnitř sebe a také je uvnitř sebe vybíjet, stejně tak s nimi může zacházet i v rámci fyzické akce. Emoce mohou být také prožívány jako něco rozpoznatelného a tedy sdíleného. (Midgley & Vrouva, 2012, s. 20, překlad autora)

Vytvoření sekundárních reprezentací prožitků představuje pro dítě první krok pro úspěšný vývoj schopnosti mentalizace. Dítě se tak učí uvažovat o svých stavech myslí. V průběhu vývoje si následně vybuduje mnoho sad reprezentací sebe sama a ostatních. S tím, jak si postupně osvojuje schopnost rozumět chování ostatních, tak se i naučí aktivovat vždy tu reprezentaci (či reprezentace) z oněch sad, která je nejvhodnější pro danou interpersonální transakci (Fonagy et al., 2002). V kontextu této práce je nicméně klíčový předpoklad, že úspěšné osvojení schopnosti mentalizace příznivě ovlivňuje schopnost regulace emocí. Naopak narušený vývoj mentalizace povede k dysregulaci emocí, a právě to se podle autorů teorie mentalizace děje u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. U lidí s HPO nedocházelo k adekvátnímu zrcadlení prožitků a z toho důvodu byl vývoj mentalizace narušen (Luyten & Fonagy, 2015).

Je normální, když rodič nezrcadlí emoci dítěte zcela dokonale: dochází např. k rozdílům v čase, prostoru nebo intenzitě. Na základě těchto nedokonalostí je dítě schopné rozlišit mezi emocí rodiče a zrcadlením vlastní emoce. Velmi autentické zrcadlení emoce ovšem značně zvyšuje riziko, že k tomuto rozlišení nedojde. Proto je nutné, aby ze strany rodiče došlo k jakémusi označování (*markedness*). Označování má podobu přehnané (lehce zkreslené) verze skutečného emočního projevu dítěte. Presentovaná emoce je díky tomu odlišena od toho, kdo ji prezentuje. Toto oddělení či odlišení autoři označují jako

*decoupling*. K rozlišení dále přispívá fakt, že skutečné emoční projevy rodiče dítě nemůže kontrolovat, zatímco zrcadlené emoce ano (Vavrda, 2005).

Neadekvátní zrcadlení může vypadat tak, že dítě není schopno rozlišit, jestli se jedná o jeho zrcadlenou emoci, nebo emoci rodičovou, neboť ze strany rodiče nedošlo k označkování emoce. Konkrétním příkladem může být situace, kdy vzteklé dítě vyvolá v rodiči emoci vzteku, přičemž tento vztek ale není zrcadlenou emoci, ale skutečnou rodičovou emoci – rodič se na dítě doopravdy zlobí. Takový projev vede na místo k regulaci emoce k jejímu zintenzivnění. Nemůže také dojít ke vzniku sekundárních reprezentací afektů, což narušuje vývoj schopnosti rozumět vlastním emocím a adekvátně je regulovat (Vavrda, 2005).

Špatné zrcadlení je i takové, kdy sice dojde k označkování emoce, ale chování dítěte je špatně interpretováno. Tehdy rodič zrcadlí jinou emoci, než dítě skutečně prožívá. Konkrétním případem může být dítě prožívající úzkost, kterou však matka interpretuje jako pocit hladu. Dítě si tak vytváří sekundární reprezentace svých prožitků, které jsou ale zkreslené, tj. neodpovídají primárním reprezentacím (Vavrda, 2005).

Na proces zrcadlení může negativně působit celá řada faktorů. Může se jednat například o nejistotu v mateřské roli, anebo zahlcení rodiče intenzivními emocemi v důsledku stresové životní situace (Vavrda, 2005). Podle Fonagy a Luyten (2016) je však klíčové to, do jaké míry je rodič schopen mentalizovat ve vztahu ke svému dítěti. Pak by rozvinutí schopnosti mentalizace bylo závislé zejména na rozvoji této schopnosti u rodiče (Fonagy & Luyten, 2016). Míra, do které si rodič představuje a popisuje své dítě jako jedince s myslí, byla operacionalizována jako *maternal mind-mindedness* (Meins et al., 1998). Longitudinální studie od Meins et al. (1998) zkoumala závislost schopnosti mentalizace dětí na jejich stylu připoutání a na tendenci matek popisovat své děti s ohledem na jejich mysl. Skupině 33 dětí byl v raném věku změřen styl připoutání pomocí metody *strange situations*. Poté jejich matky měly popsat své dítě na nahrávce, která zachycovala interakci mezi tou stejnou matkou a jejím dítětem. Matky, jejichž děti měly jistý styl připoutání, popisovaly své dítě spíše s ohledem na jeho mysl (tj. jakékoli narážky na duševní život dítěte) než matky, jejichž děti měly nejistý styl připoutání. Děti s jistým stylem připoutání byly také v pěti letech schopné lépe mentalizovat než děti s nejistým stylem připoutání, ačkoli se obě skupiny nelišily v kognitivních schopnostech. Podle autorů je tento rozdíl zapříčiněn právě schopností matek mentalizovat o svém dítěti. Člověk obeznámený s teorií mentalizace by

následně předpokládal, že matky méně efektivní v mentalizaci budou také méně zrcadlit emoce svých dětí. Tento vztah se pokusila ověřit studie od Bigelow et al. (2015). U vzorku matek schopnost mentalizovat skutečně predikovala míru, do které matky zrcadlily chování svých pětíměsíčních potomků.

### **Dysfunkční proces zrcadlení, narušení struktury Self a projektní identifikace u pacientů s HPO**

Podle Fonagy et al. (2002) hraje mentalizace klíčovou roli v organizaci jedince self, autoři dokonce hovoří o *mentalizing self-organization*. Výsledkem interakce mezi rodičem a dítětem, kdy je matka schopná mentalizace ve vztahu k dítěti, je nejen to, že si dítě vytvoří sekundární reprezentace svých prožitků. Dítě si díky tomu vytváří obraz sebe samého jako osoby, která je motivována přesvědčeními, pocity a záměry (Fonagy et al., 2002). Z toho ovšem rovněž vyplývá, že dysfunkční proces zrcadlení může mít za následek narušení struktury self. V případě, že rodič není schopen mentalizovat, si dítě namísto reprezentace zrcadlené emoce, tj. reprezentace opravdového stavu svého self, internalizuje rodičův afekt jako odštěpenou část sebe sama, tzv. *alien self* (Luyten & Fonagy, 2015). Jedinec s tímto odštěpeným self prožívá nesnesitelné a bolestivé emoční stavy, a proto se je snaží externalizovat (Fonagy & Luyten, 2009). Bude se snažit o externalizaci *alien self*, a manipulovat s druhými lidmi tak, aby se jejich chování shodovalo s tímto *alien self*. Taková disorganizace self nakonec vede k vytvořením stálé potřeby projektní identifikace (kvůli externalizaci *alien self*) v jakémkoli attachmentovém vztahu (Fonagy et al., 2002).

Podle Fonagy a Luyten (2009) je výše popsán mechanismus zodpovědný za projektní identifikaci u pacientů s HPO. Proces projektní identifikace má prý ostatně za následek, že pacienti s HPO ve svých terapeutech vyvolávají emoce jako hněv a nenávisť, bezmoc a bezcennost, strach a starosti, zášť či nutkání pacienta zachránit.

#### **3.2.2 Prementalistické způsoby uvažování u hraniční poruchy osobnosti**

Jakkoli je proces zrcadlení ve vývoji mentalizace důležitý, nelze samozřejmě očekávat, že jím vývoj této schopnosti končí. V raném dětství je prementalistické uvažování dítěte charakterizováno dvěma režimy: režimem psychické ekvivalence (*psychic equivalence*) a režimem předstírání (*pretend mode*) (Fonagy et al., 2002). Tyto režimy je důležité zmínit, neboť charakterizují subjektivní zkušenost jedinců s HPO (Fonagy & Luyten, 2009). Běžně ve vývoji dochází k tomu, že jsou tyto dva režimy integrovány a poté teprve dochází ke vzniku schopnosti mentalizace. Integraci obou režimů podporuje bezpečná



interakce mezi rodičem a dítětem, která zahrnuje zejména společnou hru (Fonagy et al., 2002).

V režimu psychické ekvivalence vypadá subjektivní zkušenost dítěte následovně: Co si dítě myslí, to je reálné (Fonagy & Luyten, 2009). Myšlenky nejsou považovány za reprezentace reality, ale spíše za realitu samu, a proto musí být vždy pravdivé (Fonagy et al., 2002). Subjektivní prožitky jsou zakoušeny jako reálné události, pro dítě neexistuje jiné vysvětlení reality než jeho vlastní. Pro pacienty s HPO je tak i pouhá myšlenka na stresující událost nebezpečná. Navíc očekávají, že ostatní lidé, včetně terapeuta, budou vědět, co si myslí a cítí, a budou nahlížet na situace stejným způsobem jako oni (Fonagy & Luyten, 2009). Tito jedinci rovněž věří, že jejich vlastní perspektiva je jediná možná, nepochybují o tom, co si myslí (Fonagy & Luyten, 2016).

Možné důkazy o existenci tohoto režimu u hraniční poruchy osobnosti přináší validizační studie dotazníku Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) od Fonagy et al. (2016). Více bude o této metodě pojednáno v kapitole o měření mentalizace. Faktor dotazníku RFQ\_U by měl měřit hypomentalizaci, která podle Fonagy et al. (2016) odráží přemýšlení v režimu psychické ekvivalence. Autoři zjistili signifikantní pozitivní korelaci mezi touto subškálou a hraničnými rysy.

V režimu předstírání jsou myšlenky zakoušeny již jako reprezentace reality, nicméně jejich korespondence s realitou není ověřována (Fonagy et al., 2002). Neexistuje spojení mezi vnitřní a vnější realitou, myšlenky a pocity jsou odděleny od vnější reality (Luyten & Fonagy, 2015). V extrémním případě může taková forma prementalistické sociální kognice vést u pacientů s HPO k zážitku disociace a derealizace (Fonagy & Luyten, 2016), přičemž disociace (společně se suicidální ideací) má být u lidí s HPO spojena s chronickým pocitem prázdnoty (Fonagy & Luyten, 2009). Režim předstírání má též vést k hypermentalizaci a pseudomentalizaci. Jedná se o tendenci k nadprodukcí přesvědčení o tom, co si druzí lidé myslí a cítí, a to bez ohledu na dostupné kontextové informace, což vede ke generování příliš podrobných představ o vnitřních stavech ostatních, které nicméně neodpovídají realitě. V realitě nezakotvené úsudky o druhých lidech vedou následně k dalším interpersonálním problémům a stresu. Fungování v tomto režimu by též mělo vést k náchylnosti k fúzi s identitou druhých (Fonagy & Luyten, 2016).

Důkazy o hypermentalizaci, která by měla odrážet přemýšlení v režimu předstírání, nám může přinést již zmíněná validizační studie dotazníku RFQ. Vysoký skóre v rámci jeho

subškály RFQ\_C by měl odkazovat na hypermentalizaci (Fonagy et al., 2016). Avšak korelace, která byla nalezena mezi faktorem RFQ\_C a hraničními rysy, byla sice signifikantní, ale negativní. Autoři tedy reportovali přesně opačný efekt. Studie od Sharp et al. (2011) naproti tomu přinesla opačný závěr. Autoři zde pro hodnocení mentalizace nepoužili dotazník, ale metodu Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). Jedná se o videonahrávku, která slouží pro hodnocení teorie mysli (Dziobek et al., 2006). Výsledky studie ukázaly, že byla hypermentalizace signifikantně spojena s hraničními rysy.

Fonagy a Luyten (2009) mluví ve vztahu k hraniční poruše též o teleologickém režimu (*teleological mode*), kdy jsou touhy a pocity ostatních spojovány zejména s jejich pozorovatelným chováním. Motivace druhého člověka je posuzována podle toho, co je zjevné, tj. pozorovatelné ve fyzickém světě. Při snaze zjistit, zda ho druhá osoba miluje a cítí k němu náklonost, by pacient s HPO přemýšlející v tomto režimu považoval za relevantní pouze fyzicky zjevné důkazy náklonosti, např. dotyky a hlazení.

Uvažování v tomto režimu může reflektovat větší zaměření mentalizace jedinců s HPO na vnější aspekty mysli. Výsledky studií, které se zabývaly tímto aspektem mentalizace, předložím v následující kapitole.

### **3.2.3 Symptomatika hraniční poruchy osobnosti z hlediska jednotlivých dimenzí mentalizace**

#### **Mentalizace zaměřená na vnější/vnitřní aspekty mysli**

Fonagy a Luyten (2009) tvrdí, že jedinci s HPO mají problémy s interně orientovanou mentalizací, tj. mentalizací zaměřenou na myšlenky, pocity a prožitky. Autoři toto tvrzení dokládají studií od King-Casas et al. (2008), ve které se probandi s HPO společně se zdravými participanty účastnili ekonomické hry. Participant byl buď v roli investora, anebo člověka, který měl zhodnotit investované peníze, tj. správce fondu (v originále tzv. *trustee*). Jedinci s HPO v druhé zmíněné roli nebyli příliš úspěšní, neboť nebyli schopní udržet spolupráci s investory a následně ani tuto spolupráci obnovit. Důvodem bylo to, že jedinci s HPO nebyli schopní rozpoznat, že porušili sociální normu v této hře, tj. že narušili důvěru investorů, kteří toto signalizovali investováním stále menšího obnosu peněz. Podle King-Casas et al. (2008) studii uzavírají s tím, že normy v percepci sociálních gest jsou u HPO narušeny anebo zcela chybí. Narušená percepce sociálních gest by skutečně mohla implikovat sníženou schopnost uvažovat o myšlenkách a pocitech druhých lidí. Avšak

argumentace pouze touto jednou studií se mi zároveň jeví jako nedostatečná, dané tvrzení by si zasloužilo širší vědeckou evidenci.

Na druhou stranu se Fonagy a Luyten (2009) domnívají, že pacienti s HPO nemají potíže s mentalizací, která je zaměřena na vnější aspekty mysli. Dokládají to studií od Domes et al. (2008), která zkoumala hypersenzitivitu žen s HPO na emoce zlost a strach. Pacientky s HPO nebyly oproti lidem ze zdravé populace méně přesné při určování emočních výrazů ve tváři. Dokonce byl reportován bias, kdy pacientky při posuzování tváře, ve které se překrývaly dvě vybrané základní emoce, byly hypersenzitivní na emoci zlosti. To znamená, že si při nejednoznačném stimulu ze dvou možných emocí vybraly spíše emoci zlosti. Tato studie je nicméně limitována tím, že její výsledky nelze generalizovat na muže s HPO.

### **Explicitní/implicitní mentalizace**

Fonagy a Luyten (2009) předpokládají, že arousal, čili nabuzení, může facilitovat implicitní a automatickou mentalizaci a inhibovat mentalizaci explicitní a kontrolovanou. Toto tvrzení dokládají například review zaměřenou na sociálně-kognitivní neurovědu od Liebermana (2007). Lieberman (2007) skutečně potvrzuje tento předpoklad, ačkoli hovoří o dvou odlišných systémech sociální kognice, a nikoli přímo mentalizace. Fonagy a Luyten (2009) tvrdí, že pacienti s HPO mají nižší práh pro aktivaci flight–fight systémů (dokládají studií od Jogems-Kosterman et al., 2007), snadno se tedy ocitnou pod vlivem emočního arousalu/stresu a tím pádem je inhibována jejich schopnost kontrolované mentalizace. To ovšem znamená, že při nízkém arousalu nemusí mít pacienti s HPO s kontrolovanou mentalizací problémy. Tento předpoklad se podle Fonagy a Luyten (2009) odráží ve zjištění studie od Arntz et al. (2009). Tito autoři testovali schopnost teorie mysli na vzorku šestnácti hraničních pacientek, oproti zdravým jedincům u nich nebyly nalezeny žádné deficity v této oblasti. Fonagy a Luyten (2009) argumentují, že absence deficitů v mentalizaci byla zapříčiněna nízkým stupněm emočního nabuzení pacientek. Arntz et al. (2009) u probandů nicméně nezjišťovali přímo míru prožívaného stresu či arousalu, ale aktuální náladu, přičemž ve výsledné analýze pracovali s obecnými kategoriemi negativní a pozitivní nálady. Z toho důvodu neznáme míru nabuzení participantů v dané studii, a nelze tak říci, zda měla tato proměnná na její výsledky vliv. Dokonce byla u skupiny pacientek s HPO reportována signifikantně horší nálada, než u zdravých subjektů. Závěry studie od Arntz et al. (2009) navíc podle mého soudu oslabuje menší velikost vzorku, stejně tak jako absence mužského pohlaví.

## **Kognitivní/emoční aspekty mentalizace**

Podle Fonagy a Luyten (2009) by měla být u HPO dominantní mentalizace zaměřená na emoční aspekty, která by měla zároveň kompenzovat nefunkční systém kognitivní mentalizace. Fonagy a Luyten (2016) dokonce hovoří o zvýšené citlivosti k emočním prožitkům u HPO. Dokládají to studii od Franzen et al. (2011), ve které se 30 hraničních pacientů a 30 zdravých jedinců účastnilo více kolové ekonomické *trust game*, ve které měli za úkol investovat do virtuálních správců fondu (*trustees*). Pacienti s HPO byli oproti lidem ze zdravé populace lepší v atribuci duševních stavů těchto správců, pokud měli k dispozici vodítka v podobě emočních výrazů ve tváři. Jedinci s HPO také byli stejně dobří v dodatečném úkolu, kterým bylo určování emočních výrazů ve tváři, což je ve shodě s výsledky zde již zmíněné studie od Domes et al. (2008). Je ovšem přinejmenším zajímavé, že byli pacienti s HPO v *trust game* úspěšní v roli investora (Franzen et al., 2011), a naopak neúspěšní v roli správců (King-Casas et al., 2008).

Připomeňme zde již zmíněnou studii od Németh et al. (2018), podle které jedinci s HPO patrně mají potíže s kognitivní teorií mysli, avšak nelze stanovit jednoznačný závěr ohledně jejich schopnosti afektivní teorie mysli. Jiná studie od Dziobek et al. (2011) posuzovala kognitivní a emoční empatii na vzorku 21 hraničních pacientek a 21 lidech ze zdravé populace. Autoři našli signifikantní oslabení v obou zkoumaných doménách. Studie nicméně opět trpí zde již vytykanými nedostatky – malý vzorek a absence mužských participantů.

## **Mentalizace zaměřená na self/na druhé**

Fonagy a Luyten (2009) se domnívají, že je u hraničních pacientů narušena schopnost rozlišovat vlastní a cizí prožitky a reprezentace. Takto autoři vysvětlují jeden z klíčových symptomů HPO, *identity diffusion*, tj. chybějící nebo špatně vyvinuté komponenty identity, které se manifestují jako nejistota ohledně různých aspektů vlastní identity (Taylor & Goritsas, 1994).

Podle Fonagy a Luyten (2009) je pro rozlišení vlastních a cizích prožitků a reprezentací důležitá schopnost inhibice imitačního chování. Imitační chování je spojeno s činností frontoparietálního systému zrcadlových neuronů, který popsali Rizzolatti a Craighero (2004), a který nám umožňuje pochopit, jak se druzí cítí (Luyten & Fonagy, 2015). Podle Fonagy a Luyten (2009) se na inhibici tohoto systému podílí mozkové

struktury, které jsou rovněž spojovány s mentalizací. To dokládají například studii od Frith a Frith (2006). Narušení schopnosti mentalizace by pak u hraničních pacientů inhibici imitace znemožňovalo, tito jedinci by následně nebyli schopni v interpersonálním kontextu oddělit reprezentace prožitků druhé osoby od svých vlastních. Fonagy a Luyten (2009) se takto snaží zdůvodnit manipulativní chování u HPO. Podle nich je snaha manipulovat a kontrolovat mysl druhých lidí obranná reakce, která chrání integritu self v attachmentových vztazích. Pacienti s HPO by jinak ztratili pocit samostatnosti a vlastní individuality.

Tvrzení, že je *identity diffusion* v interpersonálním kontextu spojeno s dysfunkční mentalizací, podpořila studie od De Meulemeester et al. (2017). Autoři na vzorku 167 hraničních pacientů zjišťovali, zda *identity diffusion* mediuje vztah mezi oslabenou mentalizací a interpersonálními problémy. Tato hypotéza byla podpořena. Limitem studie je skutečnost, že byla diagnóza HPO stanovena na základě screeningového sebe posuzovacího dotazníku, tedy nikoli na základě odborného posouzení klinickým pracovníkem. Fonagy a Luyten (2009) nicméně neodkazují na žádnou studii, která by přímo dokládala neschopnost inhibice behaviorální imitace u HPO. Důkazy bohužel postrádá i jejich koncepce manipulativního chování jako obrany integrity self.

### 3.3 Metody měření mentalizace

Ve druhé části práce se pokusím navrhnout kvantitativní studii, která bude měřit dané proměnné pomocí dotazníků. Proto se v této kapitole zaměřím zejména na dotazníkové metody měření mentalizace, o dalších metodách se zmíním jen okrajově (přehled jiných způsobů měření mentalizace a jí příbuzných konceptů např. viz Luyten et al., 2019). S ohledem na návrh výzkumu půjde o metody zaměřené na dospělou klinickou populaci.

#### Dotazníkové metody

Fonagy et al. (2016) vytvořili sebesposuzovací dotazník **Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)**, o kterém jsem se v této práci již zmiňoval v souvislosti s prementalistickými způsoby uvažování u HPO. Dotazník sestává ze dvou faktorů: jistota ohledně mentálních stavů ve vztahu k self a druhým (*certainty about the mental states of self and others*, RFQ\_C) a nejistota ohledně mentálních stavů ve vztahu k self a druhým (*uncertainty about the mental states of self and others*, RFQ\_U). Subškála RFQ\_C by měla měřit hypermentalizaci, RFQ\_U pak hypomentalizaci. První verze dotazníku RFQ obsahovala 46 položek (Fonagy & Ghinai, 2008), avšak cílem validizační studie od Fonagy et al. (2016) bylo vytvořit screeningový dotazník, a proto je jejím výsledkem dotazník o

osmi položkách. Někteří autoři, např. Euler et al. (2021), ve svém výzkumu nicméně používají 54položkovou verzi RFQ. Dotazník Fonagy et al. (2016) koreloval s metodami, které měří empatii, mindfulness či zaujímání perspektivy (*perspective-taking*). Metoda má uspokojivou vnitřní konzistenci: ve dvou studiích, které autoři realizovali, se hodnoty Cronbachova alfa pohybovaly v klinické populaci od 0,65 po 0,73 pro faktor RFQ\_C, a 0,77 pro faktor RFQ\_U (tj. v obou dvou studiích  $\alpha=0,77$  u RFQ\_U). Dotazník též vykazuje dobrou test–retest reliabilitu. Nevýhodou RFQ je jistě jeho screeningový charakter. Autoři metody však údajně již pracují na delším, vícedimenzionálním dotazníku mentalizace (University College London, 2018).

Müller et al. (2020) znovu prověřili metodu RFQ na klinickém (n=861) a neklinickém vzorku (n=566). Na základě nových dat zpochybnili dvoufaktorové řešení RFQ, podle nich se jedná o unidimenzionální konstrukt. Domnívají se, že původní dotazník nedokáže zachytit maladaptivní formy hypermentalizace, kterou má měřit faktor RFQ\_C. Na základě této kritiky navrhli RFQ redukovat na šest položek. Přitom možné pochybnosti o validitě faktoru RFQ\_C (hypermentalizace) zakládá již validizační studie od Fonagy et al. (2016). Zde tento faktor koreloval s hraničními rysy signifikantně negativně (na rozdíl od faktoru RFQ\_U, který dle očekávání s hraničními rysy koreloval signifikantně pozitivně), což je podle mě v rozporu s teoretickými východisky. Podobné výsledky přináší studie ověřující překlad metody do italštiny od Morandotti et al. (2018). Zde RFQ\_U signifikantně pozitivně korelovalo se závažností HPO, RFQ\_C s ní korelovalo negativně (nešlo o signifikantní výsledek). Je samozřejmě možné, že navzdory předpokladům Fonagy et al. (2016) u jedinců s HPO k hypermentalizaci nedochází, a subškála RFQ\_C ji proto nemůže u této populace odhalit. Na druhou stranu, studie od Sharp et al. (2011), která použila jinou metodu, hypermentalizaci u HPO reportovala (i když v tomto případě se jednalo o adolescenty a nikoli dospělé jedince).

Dimitrijević et al. (2018) vytvořili metodu **Mentalization Scale (MentS)**. Jedná se o 28položkový sebe posuzovací dotazník, který sestává ze tří dimenzí: na sebe zaměřená mentalizace (*Self-Related Mentalization*, MentS-S), na druhé zaměřená mentalizace (*Other-Related Mentalization*, MentS-O), a motivace k mentalizování (*Motivation to Mentalize*, MentS-M). Faktory vykazovaly přijatelnou vnitřní konzistenci ( $\alpha = 0,74$  až  $0,79$ ) s výjimkou faktoru MentS-M, kde hodnota Cronbachova alfa v klinické populaci byla rovna  $\alpha = 0,60$ . Metoda korelovala pozitivně s empatií či emoční inteligencí, a negativně s attachmentovou

úzkostností a vyhýbavostí, a také s neuroticismem. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti dosahovali signifikantně nižších celkových skóre, a také nižších skóre v dimenzi MentS-S.

**Mentalization Questionnaire (MZQ)** od autorů Hausberg et al. (2012) je sebe posuzovací dotazník o 28 položkách. Cílem autorů bylo vytvořit metodu, která by měřila změny v mentalizaci v důsledku psychoterapie. Byly identifikovány čtyři faktory: odmítání sebereflexe, uvědomování si emocí, režim psychické ekvivalence a regulace emocí. Nicméně tyto čtyři faktory spolu mírně korelovaly, autoři proto doporučují pracovat s celkovým skórem než s jednotlivými subškálami. Dotazník má přijatelnou vnitřní konzistenci ( $\alpha = 0,81$ ) a test re-test reliabilitu. Stejně jako v předchozích metodách, i zde jedinci s HPO dosahovali signifikantně nižších skóre v porovnání se zdravou populací.

### Další metody

Škála **Reflective Functioning Scale (RFS)**, Fonagy et al., 1998) je tradičně považována za zlatý standard při hodnocení schopnosti mentalizace (Müller et al., 2020). Jde o první metodu, která byla vyvinuta pro určení individuálních rozdílů v mentalizaci v rámci attachmentových vztahů (Taubner et al., 2013). Jedná se o propracovaný postup kódování založený na transkriptech Adult Attachment Interviews (AAI, George et al., 1996). Škála sestává z jediného faktoru *reflective functioning* (RF). Výsledky studie od Taubner et al. (2013) ukazují, že globální skóre škály vykazuje dobrou interrater reliability, je relativně stabilní v čase, a je nižší u osob s duševním onemocněním.

Hojně využívanou metodou je výkonnostní test **Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)** od autorů Baron-Cohen et al. (2001). Test sestává z 36 fotografií lidských obličejů oříznutých tak, aby byla vidět jen část kolem očí. Proband má za úkol vybrat jedno ze čtyř slov, které nejlépe vystihuje, co si osoba na fotografii myslí nebo cítí. Obvykle se pracuje s celkovým skórem, kvůli předpokládané unidimenzionální struktuře testu, nicméně Lee et al. (2020) ve svém korejském překladu identifikovali faktory tři – ty reflektují pozitivní, negativní a neutrální valenci zobrazených stimulů. Existence více faktorů by mohla vysvětlit velmi nízkou vnitřní konzistenci této metody (Olderbak et al., 2015).

Dziobek et al. (2006) jsou autory metody **Movie for the assessment of social cognition (MASC)**. Jedná se o úlohu, ve které účastníci sledují 15minutové video, které zachycuje vzájemnou interakci čtyř hlavních protagonistů. V určitých momentech se video zastaví a účastníci jsou vyzváni, aby odpověděli na otázku ohledně toho, co protagonisté

cítí nebo co si myslí. Úlohu lze skórovat na základě počtu správných odpovědí, avšak lze též analyzovat, jakých chyb v mentalizaci se participanti nejčastěji dopustili. Prvním typem špatné odpovědi je *less theory of mind*, odrážející nedostatečné uvažování o duševním stavu, jde tedy v podstatě o hypomentalizaci. Druhým je *no theory of mind*, odkazující k chybějící mentalizaci. Třetím je *excessive theory of mind*, čili hypermentalizace. Cronbachovo alfa celé metody bylo v původní validizační studii rovno  $\alpha = 0,84$ .

## Návrh výzkumného projektu

### 4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky

Jak již bylo uvedeno, Fonagy et al. (2002) přišli s tvrzením, že oslabení schopnosti mentalizace nepříznivě ovlivňuje schopnost regulace emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Tento teoretický předpoklad však nebyl dostatečně ověřen, neboť studií, které by se přímo zabývaly vztahem emoční dysregulace a mentalizace u HPO, není mnoho.

Pokusím se shrnout zjištění některých studií, které se tímto vztahem přímo zabývaly. Sharp et al. (2011) například zjistili, že u adolescentů je vztah mezi hypermentalizací a hraničními rysy částečně mediován emoční dysregulací. Euler et al. (2021) rovněž provedli mediační analýzu, v jejich případě ale ověřovali vliv mentalizace a regulace emocí na interpersonální problémy u dospělých lidí s HPO. Zjistili, že dysregulace emocí a impulzivita mediují vztah mezi hypomentalizací a interpersonálními problémy. Schwarzer et al. (2021) ve své studii reportovali signifikantní korelaci mezi emoční dysregulací a mentalizací, zde se ovšem jednalo o zdravé jedince. Výsledky stejné studie ukázaly, že *self-focus mentalizing* byla jedinou proměnnou v regresním modelu, která významně přispěla k předpovědi adaptivní regulace emocí. Ciccarelli et al. (2021) rovněž zkoumali vztah zmíněných proměnných, avšak tentokrát na vzorku adolescentních gamblerů. Výsledky ukázaly, že hypermentalizace korelovala signifikantně se všemi subškálami dotazníku Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004). Hypomentalizace taktéž korelovala signifikantně se všemi subškálami DERS, ovšem s výjimkou subškály *awareness*. Fossati et al. (2018) ověřovali validitu metody Movie for the assessment of social cognition (MASC, Dziobek et al., 2006) na vzorku lidí s různými poruchami osobnosti (včetně HPO). Zjistili, že absence mentalizace signifikantně korelovala jak s diagnózou HPO, tak s dysregulací emocí.



Výsledky těchto studií napovídají, že by skutečně mohl existovat vztah mezi oslabenou mentalizací a dysregulací emocí. Zdá se, že mentalizace působí skrze regulaci emocí na jiné proměnné (Sharp et al., 2011; Euler et al., 2021), že spolu tyto proměnné korelují (Schwarzer et al., 2021; Ciccarelli et al., 2021; Fossati et al., 2018), a že jedna proměnná v regresním modelu predikuje druhou (Schwarzer et al., 2021). Je patrné, že vztah mezi proměnnými dysregulace emocí a mentalizace není vázán výhradně na populaci hraničních pacientů (viz signifikantní korelace u vzorku gamblerů a zdravých jedinců), některé výše uvedené studie tedy nepřinášejí důkaz o existenci tohoto vztahu u HPO. Dává proto smysl jeho existenci v této populaci ověřit v další studii. Navíc pouze jedna z těchto studií (Ciccarelli et al., 2021) uvažovala jednotlivé dimenze dysregulace emocí a jejich korelace s hypermentalizací či hypomentalizací. **Cílem tohoto výzkumného projektu je tedy ověřit, zda u hraniční poruchy osobnosti existuje vztah mezi mentalizací a regulací emocí, respektive jaký je vztah mezi jednotlivými dimenzemi zmíněných konstruktů.** Zkoumání těchto vztahů by mohlo přispět k hlubšímu porozumění symptomatiky a etiologie této poruchy. Výsledky výzkumu mohou odborníkům pomoci při výběru vhodné intervence pro jejich pacienty s HPO. Případně mohou inspirovat k vytvoření zcela nové intervence.

#### **Pro výzkumný projekt jsem si definoval následující výzkumné otázky:**

1. Existuje souvislost mezi mentalizací a regulací emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti? Pokud ano, jaká?
2. Jaký je vztah mezi jednotlivými dimenzemi mentalizace a regulace emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti?

Jak již bylo zmíněno v literárně přehledové části, Fonagy et al. (2002) za základ regulace emocí považují schopnost porozumět vlastní emoční zkušenosti, tj. mentalizovat o vlastních prožitcích. Skutečná mentalizace se ovšem nevyznačuje pouze dostatečným rozvinutím porozumění duševním stavům, ale i vědomím, že toto porozumění není dokonalé. Jinými slovy, nejedná se ani o hypomentalizaci, ani o hypermentalizaci (Fonagy & Luyten, 2016). Na základě tohoto předpokladu očekávám, že bude dysregulace emocí spojena s oběma těmito dysfunkčními způsoby mentalizace. Avšak pokud je mi známo, tak se autoři teorie (např. Fonagy & Luyten, 2009) ke vztahu regulace emocí a hypermentalizace explicitně nevyjádřili. Výzkumy v této oblasti jsou taktéž nejednoznačné. Dosud není jasné, zda dysregulace emocí u pacientů s HPO souvisí s hypomentalizací, hypermentalizací, anebo s oběma těmito dysfunkčními formami mentalizace. Jak již bylo zmíněno, Fossati et

al. (2018) reportovali signifikantní korelaci mezi dysregulací emocí a chybějící mentalizací u vzorku lidí s poruchou osobnosti, zatímco ve studii od Sharp et al. (2011) u adolescentních jedinců s HPO korelovala dysregulace emocí s hypermentalizací. Jistě je podstatné zdůraznit, že obě tyto studie měřily mentalizaci zaměřenou na druhé. To by mohlo být pro někoho překvapivé. Avšak Fonagy a Luyten (2009) tvrdí, že jsou tyto dvě schopnosti, tj. schopnost mentalizovat ve vztahu k sobě a druhým, ve skutečnosti propojené. Již v úvodu kapitoly o mentalizaci jsem nastínil tato teoretická východiska, která shrnul Choi-Kain a Gunderson (2008): podle nich proces imaginace vlastních myšlenek a pocitů potenciálně determinuje jedincovu představu o tom, co se odehrává v mysli druhého člověka, a naopak. Lze tedy předpokládat, že bude mentalizace zaměřená na druhé odrážet mentalizaci zaměřenou na vlastní duševní stavy.

Z výše uvedených předpokladů vyplývají následující hypotézy:

- H1: Dysregulace emocí bude statisticky významně negativně korelovat s mentalizací u jedinců s diagnostikovanou HPO.
- H2: Dysregulace emocí bude statisticky významně pozitivně korelovat s hypermentalizací u jedinců s diagnostikovanou HPO.
- H3: Dysregulace emocí bude statisticky významně pozitivně korelovat s hypomentalizací u jedinců s diagnostikovanou HPO.

## 5. Design výzkumného projektu

Budou oslovena různá zařízení – psychiatrické nemocnice, psychiatrické či klinicko-psychologické ambulance, stacionáře a centra duševního zdraví. Vedení těchto zařízení bude seznámeno s nabídkou participace v této výzkumné studii, a bude informováno o jejich veškerých náležitostech (cíl, možné přínosy, technické provedení, etické zásady apod.). Studie se účastní jen taková zařízení, jehož služby využívají lidé s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti.

Pacientům s hraniční poruchou osobnosti nabídne dobrovolnou účast ve studii odborník (psychiatr či psycholog), který má daného pacienta ve své péči. Tento odborník přitom bude muset posoudit, zda není pacient psychotický, a zda se dá jeho psychický stav zhodnotit jako stabilizovaný (tj. pacient neprochází akutní epizodou duševního onemocnění). V případě psychiatrických nemocnic tento odborník zjistí počet pacientů na oddělení, kteří splňují výše uvedená kritéria. Na základě tohoto průzkumu s danými odděleními naplánují jejich návštěvu, při které bych daným pacientům administroval výzkumné metody (viz kapitola o výzkumných metodách). Je potřeba participantům zajistit klid a soukromí, administrace by proto měla proběhnout v nějaké oddělené místnosti. Před samotnou administrací bude pacient vyzván k přečtení a případnému podepsání informovaného souhlasu.

Sběr dat v ambulantních zařízeních bude vypadat následovně. Ambulantním specialistům (psychiatrům, psychologům) předám letáky s výzvou k participaci v tomto výzkumném projektu. Tito specialisté budou zmíněné letáky nabízet svým pacientům s hraniční poruchou osobnosti, kteří opět budou muset splňovat výše uvedená kritéria. Na letáku bude odkaz na webové stránky, skrze které se participant dostane k online formě výzkumných metod. Sběr dat tedy proběhne online z pohodlí domova.

Sběr dat potrvá 4 měsíce. Po ukončení sběru dat dojde na zpracování výsledků, to potrvá maximálně 1 měsíc.

### 5.1 Typ výzkumu

Cílem tohoto výzkumného projektu je testování hypotéz, nikoli jejich generování. Problematika mentalizace a regulace emocí u lidí s HPO již má bohatý teoretický základ. Od chvíle, kdy Peter Fonagy a jeho kolegové představili svoji teorii, publikovali celou řadu prací, ve kterých se snažili doložit její platnost. Většinou se ale odkazují na jiné studie, které

se nicméně často nehlásí k tomu, že by přímo testovali jejich teorii. Empirická podpora teorie mentalizace je stále nedostatečná. Je tedy na místě přijít s dalšími důkazy, které by svědčily pro nebo proti této teorii. Proto dává smysl využít **kvantitativní** výzkumný přístup.

Připomenu, že výzkumným cílem je ověření existence vztahu mezi mentalizací a regulací emocí u hraniční poruchy osobnosti. Účelem studie je tedy zjistit, zda tento vztah vůbec existuje, nejde tudíž primárně o ověření kauzality vztahu. Pro tyto účely se mi zdá nejvhodnější **korelační studie**, která navíc umožní identifikovat sílu (jak moc spolu proměnné korelují) a směr vztahu (zda se jedná o pozitivní nebo negativní korelaci).

## 5.2 Metody získávání dat

Dysregulace emocí bude zjišťována pomocí dotazníku **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004)**. Tato metoda byla již krátce představena v kapitole o měření (dys)regulace emocí. Položky jsou hodnoceny na 5bodové Likertově škále, na které jedinec hodnotí, jak často se chová daným způsobem (odpověď téměř nikdy až téměř vždy). Vyšší skóre odráží větší potíže s regulací emocí. Výhodou této škály je její multidimenzionalita. Ačkoli se stanovené hypotézy týkají korelace mentalizace s celkovým skórem DERS, bude rovněž zajímavé prozkoumat, které aspekty dysregulace emocí jsou narušenou mentalizací dotčeny (respektive které subškály dotazníku DERS korelují s mentalizací). Jednotlivé dimenze DERS proto nyní stručně představím. Subškála neakceptování negativních emocí (neakceptování) odráží negativní reakce na prožívané emoce. Subškála potíže věnovat se ve stresu cílesměrnému jednání (cíle) obsahuje položky, které reflektují potíže s koncentrací a plněním úkolů při prožívání negativních emocí. Subškála potíže v ovládnání impulzivního chování ve stresu (impulzivita) poukazuje na problémy s kontrolou vlastního chování při prožívání negativních emocí. Nedostatečné uvědomování si emocí (uvědomování) odráží nepozornost a nedostatečné povědomí o emocionálních reakcích. Omezený přístup k efektivním strategiím regulace emocí (strategie) odráží přesvědčení, že člověk nedokáže adekvátně regulovat své negativní emoce, pokud je rozrušený. Subškála potíže rozumět svým emocím (porozumění) vypovídá o míře, do které jedinec zná své emoce a má v nich jasno.

Pro účely této studie využiji Bendův (2017) český překlad (DERS-SF-CZ) krátké škály potíží v regulaci emocí od Kaufmann et al. (DERS-SF, 2016). Krátká forma škály sestává z 18 položek. Ačkoli se mi pro výzkumné účely jeví vhodnější původní 36položková verze, je výhodnější využít verzi kratší, protože ta byla, na rozdíl od originálního dotazníku,

validizována na české populaci. Koeficient Cronbachovo alfa byl u této české verze roven  $\alpha = 0,86$  pro celý dotazník, koeficienty u jednotlivých subškál byly následující: uvědomování ( $\alpha=0,65$ ), porozumění ( $\alpha=0,72$ ), neakceptování ( $\alpha=0,83$ ), cíle ( $\alpha=0,84$ ), impulzivita ( $\alpha=0,88$ ) a strategie ( $\alpha=0,80$ ) (Benda, 2017).

Schopnost mentalizace bude ověřována pomocí metody **Movie for the assessment of social cognition (MASC)**, Dziobek et al., 2006). Ze všech metod, které jsem zmínil v kapitole o měření mentalizace, se mi tato jeví jako nejvhodnější. Umožňuje totiž vyhodnotit jak celkovou úroveň mentalizace (celkový skóre), tak hypermentalizaci (chybná odpověď typu *excessive theory of mind*) a hypomentalizaci (chybná odpověď typu *less theory of mind* nebo *no theory of mind*). S tímto cílem by šlo použít též dotazník Reflective Functioning Questionnaire (RFQ, Fonagy et al., 2016), ten však podle Müller et al. (2020) nedokáže zachytit maladaptivní formy hypermentalizace. Navíc je tento dotazník pouze screeningový. Metodu MASC jsem krátce představil již v literárně přehledové části, nyní ji popíši detailněji. Jak již bylo uvedeno, jedná se o 15minutové video, které obsahuje 43 položek zaměřených na mentalizaci. Samotná administrace MASC by měla trvat přibližně 30 minut. Video zachycuje sobotní večerní setkání čtyř hlavních protagonistů – dvou mužů a dvou žen. Každý z nich má odlišnou motivaci pro účast na setkání, postavy se liší i osobnostními rysy. Některé postavy se navzájem znají, jiné nikoli, čímž je dosaženo různé míry intimity mezi postavami. Video se soustředí na dynamiku mezi protagonisty, kteří se tak dostávají do situací, jež v nich vyvolávají různé emoce. V jednom okamžiku spolu interagují dvě, tři, anebo všechny čtyři postavy – tím je zajištěna různá míra komplexity sociálních interakcí. V momentě, kdy je video pozastaveno (stane se tak celkem 43krát), jsou probandi dotázáni na to, co vybraná postava cítí (17 položek), co si myslí (7 položek) či jaké má záměry (18 položek) v okamžiku pozastavení videa. Na výběr jsou čtyři možné odpovědi, z nichž pouze jedna je správná. Kromě otázek zaměřených na mentalizaci obsahuje metoda též 6 kontrolních otázek, které ověřují probandovu pozornost (Dziobek et al., 2006).

Nevýhodou je neexistence českého překladu metody MASC, který bude nutné vytvořit zvlášť pro tuto studii. Pro tyto účely bych využil postupu zpětného překladu: psycholog a profesionální překladatel by společně vytvořili prvotní překlad metody do češtiny. Následně by jiný překladatel, jehož mateřským jazykem by byla němčina (v tomto jazyce je originál), přeložil text znovu do němčiny. Tato verze by se porovнала s originálem, na základě tohoto srovnání by byla vytvořena finální verze českého překladu. Následně by

bylo nutné validizovat překlad na české populaci. Pro tyto účely bude použito originální video, ke kterému vznikne český dabing. Tento postup se mi jeví jako adekvátní, neboť sami autoři MASC (Dziobek et al., 2006) takto postupovali při tvorbě anglické verze metody. Pro dabing budou najati profesionální čeští herci. Před dabováním videa bych však nejprve vytvořil verzi s českými titulky, kterou by posoudilo několik českých participantů. Tímto krokem si ověřím, zda přeložený text vůbec dává smysl ve vztahu k ději a chování postav.

Samozřejmě by připadalo v úvahu s herci natočit celé video znovu. Výhodou tohoto postupu je aktualizace metody, která byla původně vytvořena v roce 2006, což se odráží minimálně ve stylu oblékání hlavních protagonistů. Tvorba nového videa je nicméně mnohem složitější než pouhé předabování. MASC totiž od probanda vyžaduje čtení jak verbálních, tak i neverbálních signálů, herci by proto museli původní aktéry napodobovat velice přesně.

Při validizaci by byla oslovena zdravá populace, dále pak populace klinická s podezřením na oslabenou sociální kognici. Předpokládám, že lidé z klinické populace by v rámci celkového skóru MASC měli skórovat níže. Prověřím konstruktovou validitu překladu, a to na základě jeho korelace s metodami, které měří stejné či podobné konstrukty. Následně posoudím vnitřní konzistenci překladu. Reliabilitu rovněž ověřím pomocí metody test-retest: některým participantům budu metodu administrovat po určité době znovu.

Jak již bylo naznačeno v kapitole o výzkumném designu, v případě ambulantních zařízení budou participantům administrovány výzkumné metody online. Pro tyto účely využiji službu Google Forms. V psychiatrických nemocnicích budu administrovat metody pomocí notebooku, kde budu mít nainstalovaný software pro sběr dat.

### **5.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Jak data sesbíraná online, tak data, která by byla sebrána v psychiatrických nemocnicích či nemocnici, přesunu do jednoho souboru programu Microsoft Excel. Zde data upravím do takové podoby, aby se s nimi dalo dobře pracovat při následné analýze. Každý proband bude označen kódem, který se bude skládat z čísla a označení, jež bude vypovídat o místě sběru dat. Toto označení je důležitá proto, abych mohl v případě potřeby porovnat probandy podle zařízení, ze kterých byli pro výzkum rekrutováni. Budu pracovat s následujícími proměnnými: pohlaví (nominální), věk (poměrová), celkový skór v dotazníku DERS-SF-CZ (intervalová), subškály dotazníku DERS-SF-CZ (intervalová), celkový skór MASC (intervalová), chybné odpovědi v MASC typu *less theory of mind*

(intervalová), chybné odpovědi v MASC typu *no theory of mind* (intervalová), chybné odpovědi v MASC typu *excessive theory of mind* (intervalová).

Povaha výzkumu si vyžaduje statistické zpracování dat. Pro tyto účely využiji program Jamovi. Nejprve s pomocí deskriptivní statistiky analyzuji výzkumný soubor, abych mohl reportovat v tabulce jeho základní charakteristiky. Z hlediska proměnné věk reportuji statistiky jako průměr, maximum, minimum a průměrnou odchylku. Dále se podívám na poměr mužů a žen ve výzkumném souboru. Zkontroluji, zda není v souboru signifikantně více žen než mužů (či naopak), za tímto účelem provedu Pearsonův  $\chi^2$  test dobré shody.

Poté vytvořím histogramy a podívám se tak na variabilitu získaných dat. Budou mě zajímat zejména histogramy celkového skóru MASC a jednotlivých typů chyb v rámci této metody. Existuje totiž riziko, že variabilita dat v rámci určité proměnné nebude dostatečná a provedení korelační analýzy tak nebude možné. Může se například stát, že participanti nebudou skórovat rovnoměrně ve všech chybových kategoriích – například se většina chyb může týkat hypomentalizace a ostatní typy chyb nebudou téměř přítomny. S tímto jedním typem chyby lze ovšem stále pracovat, pokud je splněna podmínka dostatečné variability. Pokud ale splněna nebude, pak bych v korelační analýze pracoval jen s celkovým skórem MASC. Při nízké variabilitě celkového skóru však nebude možné analýzu provést ani v tomto případě. Hypotézy týkající hypomentalizace a hypermentalizace však stále mohu ověřit alternativním způsobem. Pokud to půjde, rozdělím vzorek na skupinu výše a níže skórujících v dotazníku DERS-SF-CZ (celkový skór) podle mediánu. Pak bych se pomocí četností v kontingenční tabulce a  $\chi^2$  testu dobré shody podíval, jestli převažuje nějaký typ chyb v jedné nebo druhé skupině.

Pokud bude splněna podmínka dostatečné variability dat, provedu korelační analýzu. V ní budu porovnávat metody DERS-SF-CZ (celkový skór i subškály) a MASC (celkový skór a jednotlivé typy chyb). Vytvořím korelační matici s vypočítanými Pearsonovými koeficienty a reportuji signifikantní korelace. U korelací též vypočítám intervaly spolehlivosti. Eventuálně se mohu podívat, zda se neliší korelace u mužů a u žen.

## 5.4 Etika výzkumu

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Před administrací výzkumných metod bude participant vyzván k přečtení a případnému podepsání informovaného souhlasu. Tento souhlas bude obsahovat všechny informace, které jsou nutné pro to, aby mohl participant

zodpovědně rozhodnout o své účasti ve studii. Výzkum se zaměřuje pouze na dospělé pacienty, nebude tedy potřeba souhlas od jiné osoby. S ohledem na možné ovlivnění výsledků v souhlasu nebude uveden cíl studie, kromě obecného cíle, kterým je lepší porozumění problematice hraniční poruchy osobnosti. Dále budou participantů seznámeni s průběhem výzkumu.

Participant bude v souhlasu ujistěn o anonymitě získaných dat. Při administraci nebude zjišťováno jméno participanta, ani jiné údaje, které by napomohly k jeho identifikaci. Participant bude označen pouze kódem. Získaná data nebudou poskytnuta žádným jiným subjektům.

Účast ve studii by participantům neměla přivodit žádnou fyzickou bolest či jiné obtíže tohoto charakteru. Participantovi však nemusí být příjemné odpovídat na všechny otázky, které jsou během výzkumu kladeny. Proto je v informovaném souhlasu zdůrazněno, že je možné účast ve výzkumu kdykoli přerušit.

Na konci dotazníku budou mít participantů možnost zanechat svoji emailovou adresu. Na tu jim v případě zájmu zašlu individuální zpětnou vazbu k této studii.



## 6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor bude tvořen jedinci, u kterých byl diagnostikován hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti. Jak již bylo uvedeno v kapitole o výzkumném designu, vstupním kritériem je absence jakéhokoli druhu psychózy a dále absence akutní epizody duševního onemocnění. Jelikož je studie zacílena na dospělou populaci, bude podmínkou věk v rozmezí 18 až 30 let. Omezení výzkumu na dospělou populaci má následující důvod: schopnosti mentalizace a regulace emocí budou mít v tomto období spíše povahu trvalejší charakteristiky, než v období dětství či adolescence. Horní hranice 30 let je stanovena za účelem větší homogenity výzkumného souboru: McMahon et al. (2019) totiž zjistili, že u dospělých osob s HPO dochází z hlediska určitých symptomů k věkovým rozdílům. Dalším kritériem pro zařazení do studie je znalost českého jazyka. Do výzkumu budou zařazeny pouze osoby s plnou svéprávností. Pro získání dalších informací o vzorku budu zjišťovat též následující proměnné: pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, komorbidní psychiatrické nebo neurologické onemocnění, farmakologická léčba, aktuálně užívaná medikace, psychotherapeutická léčba, a délka léčby.

Velikost vzorku určím na základě power analýzy s těmito vstupními parametry: dvoustranný test, velikost efektu  $r = 0,3$ , stanovená hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ , síla testu  $(1 - \beta) = 0,80$ . Očekávaná velikost efektu byla zvolena s ohledem na reportované korelace ve studii od Sharp et al. (2011). Na základě power analýzy bych měl získat vzorek minimálně 84 participantů. Nejnižší korelace, kterou bude možné na základě nasbíraných dat z takto velkého vzorku odhalit, bude tedy rovna  $r = 0,3$ . Mým cílem je nicméně vzorek alespoň 100 osob – pro případ, že bych musel vyřadit některé participanty.

## 7. Diskuse

Řada výzkumů skutečně hovoří ve prospěch teorie mentalizace. Snížená schopnost mentalizace u lidí s HPO je doložena např. v metaanalýze od Németh et al. (2018). Také souvislost tohoto oslabení s attachmentem a dysregulací emocí má svoji empirickou podporu: např. dle Parada-Fernández et al. (2021) mentalizace mediuje vztah mezi dysregulací emocí a zaujatým stylem připoutání. Ovšem ne všechny aspekty teorie mentalizace mají dostatečnou oporu v důkazech. Jedná se kupříkladu o tvrzení týkající se symptomatiky HPO z hlediska jednotlivých dimenzí mentalizace. Tato tvrzení představili např. Fonagy a Luyten (2009). Některé studie, ze kterých tito autoři vycházejí, se potýkají s nedostatky typu malá velikost vzorku či absence mužského pohlaví ve výzkumném souboru. Výzkumníci by se v budoucnu určitě měli těchto nedostatků vyvarovat. V článku od Fonagy a Luyten (2009) mi taktéž chyběla empirická podpora údajné neschopnosti behaviorální inhibice u HPO. Závěry ohledně možných souvislostí mezi mentalizací a regulací emocí u HPO jsou rovněž nejednoznačné. Není jasné, zda dysregulace emocí u této populace souvisí s hypomentalizací či hypermentalizací, anebo s oběma těmito formami mentalizace. Navíc ne všechny studie, které se touto problematikou zabývaly, pracovaly přímo s populací pacientů s HPO. Zmíněné teoretické předpoklady je tedy potřeba do budoucna znovu ověřit, ideálně přímo na populaci s diagnostikovanou HPO.

Teoretické předpoklady týkající se regulace emocí a mentalizace u HPO by mohl ověřit navrhovaný výzkumný projekt. Jeho výsledky budou diskutovány jak v kontextu zmíněných teoretických východisek (viz např. Fonagy et al., 2002), tak v kontextu výzkumů, které se zabývaly stejnou problematikou, anebo reportovaly výsledky, které se této problematiky týkají (viz Schwarzer et al., 2021; Ciccarelli et al., 2021; Euler et al., 2021; Fossati et al., 2018; Sharp et al., 2011). Zejména mě bude zajímat vztah mezi regulací emocí a hypermentalizací či hypomentalizací. V tomto smyslu relevantní výsledky reportovaly studie od Fossati et al. (2018) a Sharp et al. (2011). Ať už budou závěry výzkumného projektu jakékoli, budu se je snažit srovnat se staršími studiemi zejména s ohledem na použitou metodologii a zvolený výzkumný soubor.

Výzkumné metody použité v tomto návrhu výzkumu mají jistě své limity. Například metoda MASC měří pouze určité aspekty mentalizace. To znamená, že bohužel nedokáže zachytit na sebe zaměřenou mentalizaci. Budoucí výzkumníci by proto mohli využít metodu, která tuto dimenzi pokrývá, například škálu Mentalization Scale (MentS, Dimitrijević et al., 2018). Nevýhodou škály DERS-SF-CZ je to, že se jedná o sebe

posuzovací metodu, není tedy odolná vůči záměrnému či nezáměrnému zkreslení odpovědí probandem. Do záměrného zkreslení se mohou promítnout známé fenomény spojené s hraniční poruchou osobnosti. Například idealizace osoby výzkumníka a snaha vyhnout se odmítnutí mohou vést buď ke zintenzivnění sociální desirability, anebo k tendenci probanda jevit se v lepším světle, což by mohlo vést k méně upřímným odpovědím. Na druhou stranu by tento efekt měl být částečně eliminován informovaným souhlasem, ve kterém je zdůrazněna anonymita veškerých dat – pro účastníka by nemělo cenu zkreslovat odpovědi, pokud by je nikdo nemohl spojit s jeho jménem. Na druhou stranu stále hrozí zkreslení dat na základě nízké úrovně sebereflexe probanda. Dále v případě vyplňování metod online proband před sebou nemá výzkumníka, kterému by se chtěl zavděčit, což by rovněž mohlo částečně eliminovat zmíněná zkreslení. Budoucí výzkum by za účelem měření regulace emocí mohl využít jinou než dotazníkovou metodu.

Dalším limitem studie je možné zkreslení výsledků případnými komorbidními onemocněními. Zaměření na klinický vzorek je na jednu stranu výhodné, zejména kvůli tomu, že umožňuje snadný přístup k populaci pacientů s HPO, kteří navíc mají tuto diagnózu potvrzenou psychiatrem. Osoby z klinické populace se též budou spíše potýkat se závažnější symptomatikou HPO, než osoby z neklinické populace. Korelace mezi měřenými proměnnými by proto mohly být vyšší než u neklinického vzorku. Avšak komorbidita hraniční poruchy osobnosti s jiným duševním onemocněním je v klinické populaci poměrně častá (Grambal et al., 2017). Komorbidita by mohla ovlivnit zejména výsledky týkající se mentalizace. Zobel et al. (2010) například ve své studii zjistili, že je chronická deprese spojena s deficitem v teorii mysli. Rossell a Van Rheenen (2013) pozorovali oslabení ve stejné oblasti u pacientů s bipolárně afektivní poruchou, kteří procházeli manickou epizodou. Do budoucna by proto bylo vhodné tuto studii replikovat na jedincích bez komorbidit.

V návrhu výzkumu byla představena korelační studie. Její výsledky mohou vypovídat o souvislostech mezi mentalizací a regulací emocí, avšak nikoli o kauzalitě. To může být úkolem dalších výzkumů. V budoucnu by tak mohla být realizována experimentální studie, která by tuto kauzalitu ověřovala.

## Závěr

V literárně přehledové části byla nejprve představena hraniční porucha osobnosti, respektive její vymezení z hlediska MKN-10 a DSM-5. Dále bylo pojednáno o etiologii hraniční poruchy osobnosti. Výzkumy ukazují, že v její patogenezi hrají roli jak genetické, tak enviromentální faktory. Všechny v práci uvedené etiologické modely se pokouší o vysvětlení klíčového symptomu, dysregulace emocí.

Dále byl v práci vymezen koncept regulace emocí. Následně byly popsány různé způsoby dělení strategií regulace emocí. Z hlediska této kapitoly je jistě velmi přínosná podkapitola o způsobech měření tohoto konstruktů. Byly prezentovány jak metody dotazníkové, tak metody biologické. V závěru kapitoly jsem uvedl několik výzkumů na téma dysregulace emocí u hraniční poruchy osobnosti. Zdůraznění dysregulace emocí zmíněnými etiologickými modely se zde ukázalo jako opodstatněné. Skutečně existuje evidence o tom, že lidé s hraniční poruchou osobnosti používají méně efektivní strategie regulace emocí, a to jak oproti zdravé populaci, tak oproti pacientům s jiným duševním onemocněním. Za dysregulaci emocí u HPO by například mohly stát problémy s uvědomováním si vlastních emocí, implicitní přesvědčení o emocích či zvýšená fyziologická reaktivita na emoční stimuly.

Konečně zde byl představen pojem mentalizace a jeho jednotlivé dimenze. Protože se tento koncept částečně překrývá s koncepty příbuznými (teorie mysli, empatie apod.), byly podrobně vylíčeny jejich společné znaky a odlišnosti. Následně jsem popsal mentalizaci u hraniční poruchy osobnosti, a to jak z hlediska teoretických úvah, tak z hlediska empirických studií. Myslím si, že teorie, kterou důkladně představil Peter Fonagy a jeho kolegové, není všeobecně tolik známá. Přínosem této kapitoly je tedy stručná prezentace teorie dosud nezasvěceným čtenářům. Je rovněž velmi důležité, že byl v této kapitole nastíněn mechanismus, kterým nedostatečně rozvinutá mentalizace působí na regulaci emocí u osob s HPO. Podkladem dysregulace emocí u této populace by měla být údajná neschopnost mentalizovat o vlastních prožitcích. Z těchto teoretických předpokladů též vychází hypotézy návrhu výzkumu, který je představen ve druhé části práce. Určité aspekty teorie, o které pojednává tato kapitola, jsem se snažil doložit vědeckou evidencí. Existují studie, které dokládají nižší schopnost mentalizace u lidí s HPO a její souvislost s attachmentem. Dále jsem se v této kapitole pokusil představit a zhodnotit některé studie, o jejichž výsledky autoři teorie mentalizace opírají své předpoklady. Došel jsem k závěru, že

některé aspekty teorie mentalizace nemají dostatečnou oporu v důkazech. V závěru kapitoly byly popsány různé způsoby měření mentalizace.

Jak již bylo naznačeno, druhá část práce se věnovala návrhu výzkumného projektu. Zde jsem představil návrh korelační studie, která by ověřovala souvislosti mezi mentalizací a regulací emocí u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Zkoumání této problematiky by potenciálně mohlo přispět k hlubšímu porozumění této poruchy. Výsledky studie mohou odborníkům pomoci při výběru vhodné intervence pro jejich pacienty s HPO. Také je mohou inspirovat k tomu, aby vytvořili zcela novou intervenci.

## Seznam použité literatury

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *40*, 6–19.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept and essence. *International Journal of Psycho-Analysis*, *54*, 35–46.
- Arntz, A., Bernstein, D., Oorschot, M., & Schobre, P. (2009). Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *197*(11), 801–807. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181be78fb>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 125–143.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, *11*(3), 191–206.  
<https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, *42*(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic inquiry*, *33*(6), 595–613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>

- Beauchaine, T. (2001). Vagal tone, development, and Gray's motivational theory: Toward an integrated model of autonomic nervous system functioning in psychopathology. *Development and psychopathology*, *13*(2), 183–214. <https://doi.org/10.1017/S0954579401002012>
- Beckes, L., & Coan, J. A. (2011). Social baseline theory: The role of social proximity in emotion and economy of action. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(12), 976–988. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00400.x>
- Benda, J. (2017). Krátká forma Škály potíží v regulaci emocí: Pilotní studie české verze. *E-psychologie*, *11*(1), 1–15.
- Bigelow, A. E., Power, M., Bulmer, M., & Gerrior, K. (2015). The relation between mothers' mirroring of infants' behavior and maternal mind-mindedness. *Infancy*, *20*(3), 263–282. <https://doi.org/10.1111/infa.12079>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gumpert, C. H. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *38*(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental psychology*, *25*(3), 394–402. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.394>
- Ciccarelli, M., Nigro, G., D'Olimpio, F., Griffiths, M. D., & Cosenza, M. (2021). Mentalizing Failures, Emotional Dysregulation, and Cognitive Distortions Among Adolescent Problem Gamblers. *Journal of Gambling Studies* *37*(1), 283–298. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09967-w>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, *27*(4), 217–232. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212>

- De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., & Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*, *258*, 141–144.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, *3*(2), 71–100.  
<https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2017). A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, *31*(3), 362–384. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2016\\_30\\_257](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257)
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of personality assessment*, *100*(3), 268–280.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Domes, G., Czieschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *22*(2), 135–147. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.135>
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J. K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2006). Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of autism and developmental disorders*, *36*(5), 623–636.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>
- Dziobek, I., Preißler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage*, *57*(2), 539–548. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.005>
- Ebner-Priemer, U. W., Welch, S. S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *150*(3), 265–275.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.04.014>
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature reviews neuroscience*, *16*(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>



- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., Personality, & Network, M. D. R. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177–193. <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.427>
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 170–177. <https://doi.org/10.1037/h0085490>
- Flasbeck, V., Popkirov, S., & Brüne, M. (2017). Frontal EEG asymmetry in borderline personality disorder is associated with alexithymia. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0071-7>
- Fonagy, P., & Ghinai, R. A. (2008). *A self-report measure of mentalizing: Development and preliminary test of the reliability and validity of the Reflective Function Questionnaire (RFQ)*. Unpublished manuscript.
- Fonagy, Peter, Gergely, G., & Jurist, E. L. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, Peter, & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology* (s. 1–67). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE*, 11(7), Article e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. University College London.
- Fossati, A., Borroni, S., Dziobek, I., Fonagy, P., & Somma, A. (2018). Thinking about assessment: Further evidence of the validity of the Movie for the Assessment of Social

- Cognition as a measure of mentalistic abilities. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 127–141. <https://doi.org/10.1037/pap0000130>
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., Gallhofer, B., Kirsch, P., & Lis, S. (2011). Superior ‘theory of mind’ in borderline personality disorder: An analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research*, 187(1), 224–233. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.012>
- Frith, C. D., & Frith, U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531–534. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2006.05.001>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Unpublished manuscript. University of California.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1999). Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model. In P. Rochat (Ed.), *Early social cognition: Understanding others in the first months of life* (s. 101–136). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y., & Jurist, E. L. (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. *PLoS ONE*, 12(10), Article e0185264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185264>

- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpper, M., Brütt, A. L., Sammet, I., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699–709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., & Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 21–33. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9555-x>
- Choi-Kain, L., & Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 165(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Ickes, W. J. (1997). *Empathic accuracy*. Guilford Press.
- Jogems-Kosterman, B. J., De Knijff, D. W., Kusters, R., & van Hoof, J. J. (2007). Basal cortisol and DHEA levels in women with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 41(12), 1019–1026. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.019>
- Jones, J., Penner, F., Schramm, A. T., & Sharp, C. (2020). Experiential avoidance in adolescents with borderline personality disorder: Comparison with a non-BPD psychiatric group and healthy controls. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 197–209. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1623303>
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2020). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-

traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 621–638. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>

Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of counseling psychology*, 59(2), 262–273. <https://doi.org/10.1037/a0027770>

Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>

Kendler, K. S., Myers, J., & Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality: A web-based cohort and twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 349–359. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01653.x>

Khoury, J. E., Zona, K., Bertha, E., Choi-Kain, L., Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (2020). Disorganized Attachment Interactions Among Young Adults With Borderline Personality Disorder, Other Diagnoses, and No Diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 34(6), 764–784. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_408](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_408)

Kiliç, F., Demirdas, A., Isik, Ü., Akkus, M., Atay, I. M., & Kuzugüdenlioglu, D. (2020). Empathy, Alexithymia, and Theory of Mind in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(9), 736–741. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001196>

King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321(5890), 806–810. <https://doi.org/10.1126/science.1156902>

Kočárek, E. (2008). *Genetika: Obecná genetika a cytogenetika, molekulární biologie, biotechnologie, genomika*. Scientia.

Koenig, J., Kemp, A. H., Feeling, N. R., Thayer, J. F., & Kaess, M. (2016). Resting state vagal tone in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Progress in Neuro-*

*Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 64, 18–26.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.07.002>

Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*, 39, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>

Lee, H.-R., Nam, G., & Hur, J.-W. (2020). Development and validation of the Korean version of the Reading the Mind in the Eyes Test. *PLoS ONE*, 15(8), Article e0238309.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238309>

Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259–289.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>

Limberg, A., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Hamm, A. O. (2011). Emotional Vulnerability in Borderline Personality Disorder Is Cue Specific and Modulated by Traumatization.

*Biological Psychiatry*, 69(6), 574–582. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.10.024>

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366. <https://doi.org/10.1037/per0000117>

Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 37–62). American Psychiatric Publishing.

MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227–241. <https://doi.org/10.1037/cap0000028>

Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M. J., Vega, D., Calvo, N., Elices, M., Sanchez-Mora, C., García-Martinez, I., & Salazar, J. (2016). The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European*

*archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(4), 307–316.

<https://doi.org/10.1007/s00406-015-0612-2>

McMahon, K., Hoertel, N., Peyre, H., Blanco, C., Fang, C., & Limosin, F. (2019). Age differences in DSM-IV borderline personality disorder symptom expression: Results from a national study using item response theory (IRT). *Journal of Psychiatric Research*, 110, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.12.019>

Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Borderline Personality Disorder Symptoms in College Students: The Complex Interplay between Alexithymia, Emotional Dysregulation and Rumination. *PLoS ONE*, 11(6), Article e0157294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157294>

Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of Attachment as a Predictor of Symbolic and Mentalising Abilities: A Longitudinal Study. *Social Development*, 7(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00047>

Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge.

Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 237–244. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x>

Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., Vidovich, G. Z. D., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 13(11), Article e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>

Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2020). *A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5rhme>

Németh, N., Mátrai, P., Hegyi, P., Czéh, B., Czopf, L., Hussain, A., Pammer, J., Szabó, I., Solyvár, M., & Kiss, L. (2018). Theory of mind disturbances in borderline personality

- disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 270, 143–153.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.049>
- Olderbak, S., Wilhelm, O., Olaru, G., Geiger, M., Brennehan, M. W., & Roberts, R. D. (2015). A psychometric analysis of the reading the mind in the eyes test: Toward a brief form for research and applied settings. *Frontiers in Psychology*, 6. Article 1503.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01503>
- Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macías, M., & Rohwer, H. (2021). Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/sjop.12717>
- Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: Regulace a vývoj v průběhu života*. Grada.
- Porges, S. W. (1995). Cardiac vagal tone: A physiological index of stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 19(2), 225–233. [https://doi.org/10.1016/0149-7634\(94\)00066-A](https://doi.org/10.1016/0149-7634(94)00066-A)
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. *Annual Review of Neuroscience*, 27(1), 169–192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Rossell, S. L., & Van Rheenen, T. E. (2013). Theory of mind performance using a story comprehension task in bipolar mania compared to schizophrenia and healthy controls. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(5), 409–421.  
<https://doi.org/10.1080/13546805.2012.725820>
- Rothermund, K., & Meiniger, C. (2004). Stress-Buffering Effects of Self-Complexity: Reduced Affective Spillover or Self-Regulatory Processes? *Self and Identity*, 3(3), 263–281.  
<https://doi.org/10.1080/13576500444000056>
- Rothermund, K., Voss, A., & Wentura, D. (2008). Counter-regulation in affective attentional biases: A basic mechanism that warrants flexibility in emotion and motivation. *Emotion*, 8(1), 34–46. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.1.34>

- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology, 13*(3), 219–229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(6), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis, 30*(1), 34–45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>
- Smith, M., & South, S. (2020). Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 75*, Article 101781. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101781>
- Streit, F., Colodro-Conde, L., Hall, A. S. M., & Witt, S. H. (2020). Genomics of borderline personality disorder. In B. T. Baune (Ed.), *Personalized Psychiatry* (s. 227–237). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813176-3.00019-5>
- Šeda, O., Liška, L., & Šedová, L. (2005). *Aktuální genetika—Genetika komplexních znaků*. [https://biol.lf1.cuni.cz/ucebnice/genetika\\_komplexnich\\_znaku.htm](https://biol.lf1.cuni.cz/ucebnice/genetika_komplexnich_znaku.htm)
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the reflective functioning scale. *Psychological assessment, 25*(1), 127–135. <https://doi.org/10.1037/a0029138>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, S., & Goritsas, E. (1994). Dimensions of identity diffusion. *Journal of personality disorders, 8*(3), 229–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.3.229>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2–3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>



- University College London. (2018, 5. června). *The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*. <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/reflective-functioning-questionnaire-rfq>
- Vavrda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy: Tradice a současnost*. Nakladatelství Lidové noviny.
- Wilson, N., Robb, E., Gajwani, R., & Minnis, H. (2020). Nature and Nurture? A review of the literature on Childhood Maltreatment and Genetic Factors in the pathogenesis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *137*, 131–146. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.025>
- Witt, S. H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S., Reinbold, C. S., Treutlein, J., Degenhardt, F., Forstner, A. J., & Heilmann-Heimbach, S. (2017). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational psychiatry*, *7*(6), Article e1155. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.115>
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Zhang, J., Hua, Y., Xiu, L., Oei, T. P., & Hu, P. (2020). Resting state frontal alpha asymmetry predicts emotion regulation difficulties in impulse control. *Personality and Individual Differences*, *159*, Article 109870. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109870>
- Zobel, I., Werden, D., Linster, H., Dykieriek, P., Drieling, T., Berger, M., & Schramm, E. (2010). Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depression and Anxiety*, *27*(9), 821–828. <https://doi.org/10.1002/da.20713>

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Diagnostická kritéria pro impulzivní a hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti.....	8
Tabulka 2: Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti .....	9

## Seznam zkratek

APA	Americká psychologická asociace
CERQ	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
CNS	Centrální nervová soustava
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale
DSM-5	Pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch
EEG	Elektroencefalografie
ERQ	Emotion Regulation Questionnaire
GWAS	Genome-wide association studies
GxE	Gene-Environment
HPO	Hraniční porucha osobnosti
MASC	Movie for the Assessment of Social Cognition
MBT	Mentalization-Based Treatment
MentS	Mentalization Scale
MKN-10	Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MZQ	Mentalization Questionnaire
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RFQ	Reflective Functioning Questionnaire
RFQ_C	Certainty about the mental states of self and others
RFQ_U	Uncertainty about the mental states of self and others
RFS	Reflective Functioning Scale
RMET	Reading the Mind in the Eyes Test
RSA	Respiratory sinus arrhythmia