

Hraniční porucha osobnosti a attachment

MUDr. Vlastimil Nesnídal^{1,2,3,6}, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.¹, Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.¹,

MUDr. Jakub Vaněk¹, MUDr. Kamila Bělohradová Minaříková^{1,4,5}, Michaela Houdková¹,

MUDr. František Hodný¹, MUDr. Jonáš Boček¹, MUDr. Kryštof Kantor

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika psychiatrie

²Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictví, Katedra psychologických věd, Slovensko

³Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

⁴Krajská nemocnice Liberec, Centrum psychiatrie

⁵Technická univerzita v Liberci, Fakulta Přírodovědně-humanitní a pedagogická, Katedra pedagogiky a psychologie

⁶Jessenia, a.s. – Rehabilitační nemocnice Beroun, AKESO holding, Beroun

Mezi důležité faktory, které se mohou významně podílet na emoční regulaci v dospělosti, patří i typ citové vazby. Nepříznivé zážitky z dětství s primárními pečovateli tvoří problematický základ interních pracovních modelů pro následné vztahy a přispívají k rozvoji maladaptivních mezilidských vztahů, charakteristických pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Nejistě připoutaní jedinci mají nízkou schopnost identifikovat a porozumět emocionálním stavům, což vede ke zvýšení rizika afektivní lability. Tato raná zkušenost má významnou roli při doplňování narativních schopností a pro budování emocionálního porozumění. Pomáhá to správně rozumět svým duševním stavům, mluvit o vlastních emocích i dobře rozumět emocím ostatních lidí. V intimních vztazích jedinců s hraniční poruchou osobnosti se častěji vyskytuje zvýšené nepřátelství a závislost, podložené nejistou vazbou. Častý je strach z odloučení a opuštění, na známky nezájmu nebo odmítnutí reagují emoční nestabilitou, panikou, hněvem, sebepoškozováním či impulzivními činy. Pacienti s HPO často rozvíjejí nepřátelsky závislý vztah s partnerem, když partnera trestají a současně jej potřebují. Vazba ovlivňuje rychlost a kvalitu léčby HPO. U jedinců s jistou/bezpečnou vazbou dojde ke zlepšení rychleji než u jedinců s vazbou nejistou. Částečně to může být způsobeno i možností navázání jistějšího vztahu se samotným terapeutem. Terapie poskytovaná pacientům s HPO by měla brát v úvahu i typ vztahové vazby vyskytující se u pacienta, jelikož ta může být pro terapeuta návodem k určení správného přístupu k pacientovi.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, attachment, psychoterapie, léčba.

Borderline personality disorder and attachment

One of the essential factors that can significantly contribute to emotional regulation in adulthood is emotional attachment. Adverse childhood experiences with primary caregivers form a problematic basis for internal working models for subsequent relationships and develop maladaptive interpersonal relationships, characteristic of patients with a borderline personality disorder. Insecure individuals cannot identify and understand emotional states, leading to an increased risk of affective lability. This early experience plays an essential role in supplementing narrative abilities and building emotional understanding. It helps to understand own mental states correctly, talk about own emotions, and understand other people's emotions well. In the intimate relationships of individuals with borderline personality disorder, increased hostility and dependence are more common based on insecure attachment. Fear of separation and abandonment is common; they react to signs of disinterest or rejection by emotional instability, panic, anger, self-harm or impulsive actions. Borderline personality patients often develop a hostile relationship with their partner when they punish and need their partner. Attachment affects the speed and quality of the treatment. Individuals with a secure attachment will improve faster than individuals with an anxious attachment. This may be partly due to the possibility of establishing a more secure relationship with the therapist himself. Therapy provided to patients with borderline personality disorder should also consider the type of relationship that occurs in the patient, as this can guide the therapist to determine the correct approach to the patient.

Key words: borderline personality disorder, attachment, psychotherapy, therapy, treatment.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., praskojan@seznam.cz

Klinika psychiatrie, Univerzita Palackého v Olomouci, LF a FN Olomouc

I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Psychiatr. praxi 2022;23(2):72-77

Článek přijat redakcí: 9. 12. 2021

Článek přijat k publikaci: 2. 3. 2022

Úvod

Hraniční porucha osobnosti (HPO) se projevuje dlouhodobým vzorcem nestability emoční regulace, poruchou v oblasti sebepojetí a impulzivity a narušením mezilidských vztahů (1, 2, 3). Jedná se o poruchu s výrazným dopadem na fungování a kvalitu života jedince, jejíž celoživotní prevalence v obecné populaci je 1–3 % (4, 5). V etiologii HPO se má za to, že interakce genetických a environmentálních faktorů vede ke změnám ve vývoji mozku (6, 7, 8). Geny podílející se na etiologii BPD se překrývají s geny pro depresivní poruchu, bipolární poruchu a schizofrenii (9, 10). Environmentální rizikové faktory zahrnují nepříznivé události, traumata nebo zneužívání v dětství, a nejistou vazbu na pečovatele (6, 7).

Mezi důležité faktory, které se podílejí na rozvoji této poruchy, patří i typ citové vazby (tzv. attachment) mezi matkou/primárním pečovatelem a dítětem (10). Bowlbyho teorie attachmentu předpokládá, že lidé se rodí s vrozeným motivačním systémem, který vyvolává potřebu připoutání k blízké osobě z důvodu přežití. Proces připoutání probíhá v prvních letech života při vývoji emocionálních vazeb mezi dětmi a jejich rodiči (12, 13) a po celý život zůstává poměrně stálý (14, 15). Při častých interakcích s podpůrným a citlivým pečovatelem (pozn. nemusí jít výhradně o matku) vyvíjí dítě stabilní emocionálně-kognitivní vazbu, která snižuje míru distresu a poskytuje pocit bezpečí a pohodlí (16). Pouto se vytváří (a následně i projevuje) zejména ve chvílích, kdy dítě potřebuje uspokojit některé ze svých základních fyziologických a emočních potřeb. Odezva pečovatele na tyto potřeby je rozhodující pro kvalitu této vazby (17). Tyto rané reakce dítěte na matku, nezískané učení, mají čistě adaptivní hodnotu. Jejich účelem je zřejmě bránit jedinci, vzdálit se od zdroje péče, což by představovalo riziko „záhuby“ (17).

V teorii attachmentu Bowlby rozlišuje čtyři základní typy vazby (11). Jestliže pečující osoba konzistentně odpovídá na pláč nebo křik dítěte poskytováním bezpečí a péče, vzniká jistá vazba. Ta se začíná projevovat okolo třech měsíců života dítěte. Matky a primární pečovatelé dětí, kde se vyvinula jistá vazba, zpravidla reagovali na dětský pláč bezprostředně. Jejich reakce více odpovídala potřebám dítěte (např. při pláči je láskyplně berou do náruče). Při započatí a ukončení krmení dítěte více věnují pozornost tomu, co dítěti chutná, a rychlost krmení regulují podle

toho, jak rychle dítě jí (18). Pokud pečující osoba reaguje v nesouladu s potřebami dítěte, může to vést k vytvoření některého ze tří typů nejisté vazby – vyhýbavé, úzkostně ambivalentní nebo dezorganizované vazby (12, 17, 18). Bylo popsáno, že primární pečovatelé nejisté připoutaných dětí reagují spíše na základě svých vlastních potřeb či nálad než na základě signálů dítěte (18). Například, pokud dítě pláče, aby na sebe upoutalo pozornost, reakce primárního pečovatele přichází jen někdy (např. jen když se chce s dítětem pomazlit). Matky nejisté připoutaných dětí s vyhýbavým chováním udržují v neznámých situacích blízkost k dítěti, podobně jako matky dětí s jistým připoutáním. Avšak bylo popsáno, že nemají takovou radost z blízkého tělesného kontaktu. Na dětské potřeby mohou reagovat nedostatečně nebo odmítavě, zejména, když dítě potřebuje utěšit fyzickou blízkostí. Zároveň se u nich jeví tendence k nutkavému chování, které se řídí vnitřními potřebami, a nikoliv potřebami dítěte. Výsledkem je konflikt mezi potřebou dítěte přiblížit se, a potřebou matky vyhnout se kontaktu (19). Matky nejisté připoutaných dětí, které se v neznámé situaci chovají ambivalentně, jsou v reakci na potřeby dítěte nesoustavné. Někdy reagují citlivě, jindy nepřístupně, ale se mohou se chovat až vtíravě a tímto narušovat činnost dítěte. Charakter a časování této interakce nejsou přizpůsobovány potřebám dítěte. Výsledkem je, že děti se při svých pokusech o kontakt setkávají s frustrací. Ve srovnání s jistě připoutanými dětmi se stávají mnohem úzkostnější při každodenních drobných separacích (18).

Kvalita interakcí dítěte s jeho primárním pečovatelem vede k vytváření vnitřních pracovních modelů (internal working models, IWM), které dítě vztahuje na sebe, i na ostatní osoby (11, 19). Tyto modely jsou relativně stálé a jedinec se jimi řídí ve všech mezilidských interakcích (13). Modely týkající se sebe obsahují kognitivně-afektivní přesvědčení o tom, zda se jedinec vnímá jako hodnotný, hodný podpory a lásky (20). Modely týkající se ostatních obsahují kognitivně-afektivní přesvědčení o partnerských vztazích – jaké vztahy jsou vnímány jako pečující a odpovídající na potřeby lásky, podpory a ochrany (21). Stávají se šablonami pro přijímání a očekávání péče od důležitých lidí v dalším životě (např. přátel a partnerů) (22). Vnímání nedostatek bezpečí a přijetí v dětství se tedy může v dospělosti projevit jako dispozice k vytváření

nezdravých vztahů a vyústit do problémů s psychickým zdravím (23).

Teorie attachmentu se postupně rozšířila na porozumění romantickému poutu u dospělých s důrazem na to, že partnerský vztah zahrnuje integraci tří systémů chování: připoutání, pečování a sexuální chování (13, 15). Bartholomew & Horowitz na základě výzkumu realizovanému s adolescenty pojmenovali v dospělosti 4 styly připoutání: (1) jistý, bezpečný (secure); (2) zaujatý (preoccupied); (3) bázlivě vyhýbavý (fearful-avoidant); (4) distancovaně vyhýbavý (dismissive-avoidant). Vazba je v jejich pojetí stálé a souhrnné schéma, které působí napříč vztahy jedince v různých blízkých vztazích (24). Vztahy v dospělosti mohou být ovlivněny obavami z opuštění a vyhýbání se blízkosti, které pramení z typu vazby (25, 26). Bezpečně připoutaní jedinci se vyznačují nízkou úzkostí a nízkým vyhýbáním; cítí se dobře, když hledají pomoc a intimitu, a očekávají podporu od ostatních (27). Lidé se zaujatým připoutáním se vyznačují vysokou úzkostí a nízkým vyhýbáním; projevují úzkostný, rozrušený styl vztahu s nadměrným strachem ze ztráty blízké osoby (21). Osoby s vyhýbavou vazbou se vyznačují vysokou úzkostí a velkým vyhýbáním: hluboce potřebují blízký vztah, a přesto se vyhýbají intimě (14). Osoby se zaujatým (preoccupied) nebo vyhýbavým stylem připoutání pravděpodobně více žárlí a považují jakéhokoli soupeře za ohrožujícího oproti těm, kteří mají bezpečný styl připoutání (28). Hlavními rysy lidí s distancovaně vyhýbavým připoutáním jsou nízká úzkost a vysoká míra vyhýbání. Tito jedinci vykazují nezávislost, vyhýbají se intimě a nedůvěřují ostatním (14, 27).

Existuje několik rozdílů mezi romantickými vztahy dvou dospělých a vztahy mezi dospělými a dětmi. Dětská vazba je nerovnocenná – pečovatel poskytuje péči, ale nedostává ji, oproti tomu partneři ve vztazích se o péči obvykle dělí – poskytují si ji navzájem. Děti většinou potřebují bezprostřední fyzický kontakt, aby se cítily úplně v bezpečí. Naopak dospělí se mohou cítit pohodlně, i když není vazebná osoba aktuálně přítomna, protože vědí, že objekt připoutání existuje a je v případě potřeby dostupný. Předmětem připoutání dítěte je obecně rodič, zatímco předmětem připoutání dospělého je sexuální partner. Proto je zpravidla nezbytné, aby objekt zůstal pro partnera exkluzivní (28). Několik studií také ukázalo, že u dospělých osob může

dojít ke změně ve stylu připoutání na základě vztahových zkušeností (29, 30, 31).

Cílem této přehledové práce je prozkoumat a přiblížit literaturu, která pojednává o vztahu mezi typem citové vazby (neboli attachmentu) a rozvojem hraniční poruchy osobnosti, jeho průběhem a vlivem na výstupy léčby. Pro tyto účely byly položeny následující tři výzkumné otázky:

- Jaká je vazba u pacientů s HPO v dětství?
- Jaká je vazba u pacientů s HPO v dospělosti?
- Jak ovlivňuje citová vazba výsledky léčby HPO?

Výsledky

Výsledky přehledu jsou uspořádány podle výzkumných otázek.

1. Jaká je vazba u pacientů s HPO v dětství?

Několik teorií zaměřených na proces rozvoje HPO připisuje význam narušení vazby v primární rodině (32, 33, 34). Nepříznivé zážitky z dětství s primárními pečovateli tvoří problematický základ interních pracovních modelů pro následné vztahy a přispívají k rozvoji maladaptivních mezilidských vztahů, charakteristických pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti (35). Například zaujatý a ustrašený styl vazby má s HPO výraznou spojitost (36).

Vazba k hlavnímu pečovateli v dětství má zásadní roli ve vývoji regulace emocí a hraje také významnou roli ve vývoji neuronálních struktur odpovědných za jejich regulaci (37). Nejistě připoutaní jedinci mají nízkou schopnost identifikovat a porozumět emocionálním stavům, což vede ke zvýšení rizika afektivní lability, ale také alexithymie (38). Bezpečně připoutané děti otevřeně vyjadřují svoje emoce a také očekávají, že stejně tak se budou chovat i jejich pečovatelé (39). Tato raná zkušenost má významnou roli při doplňování narativních schopností a pro budování emocionálního porozumění. Pomáhá to správně rozumět svým duševním stavům, mluvit o vlastních emocích i dobře rozumět emocím ostatních lidí (38). Citlivý přístup primárního pečovatele vytváří podpůrný kontext pro vyjádření emocí dítěte, a zároveň projevené emoce validizuje, což pomáhá jejich porozumění, přijetí a regulaci. Děti s bezpečnou vazbou, které při interakci s primárním pečovatelem zažívají optimální a konzistentní reakce, se učí, že

vyvážený projev emocí má pozitivní důsledky. Toto přesvědčení pomáhá lepší identifikaci emocí u sebe i ostatních a umožňuje podporu jejich zralé a efektivní regulace (40).

Naproti tomu nejistě připoutané děti nedokáží zcela vyjádřit své emoce a rozumět jim, pravděpodobně kvůli nestabilní nebo nedostatečné pozornosti pečovatelů. Děti se také mohou obávat vyjadřovat negativní emoce pro strach z hněvu pečujících osob (38, 41). Bezpečná vazba je potřebná i pro zkoumání vnitřních stavů. Děti s bezpečnou vazbou, které při interakci s primárním pečovatelem zažívají optimální a konzistentní reakce, se učí, že vyvážený projev emocí má pozitivní důsledky. Toto prozkoumávání pomáhá lepší identifikaci emocí a umožňuje podporu jejich zralé a efektivní regulace (40). Podle teorie dialekticko-behaviorální terapie se prostředí náročné na získání bezpečné vazby v dětství významně podílí na vývoji HPO (42). Pečovatel, který znehodnocuje emoční stavy dítěte, poškozují v dítěti schopnost porozumět vlastním emocionálním stavům a regulovat je (42). Bartholomew & Horowitz na základě Bowlbyho konceptu interního pracovního modelu ukázali, že negativní model sebe sama (jako je zaujatý či ustrašený styl připoutání) souvisí s úzkostí týkající se nedostatečné dostupnosti pečovatelů, intenzivní úzkostí během odloučení a hněvem a odporem při návratu pečovatelů (24). Kvůli této úzkosti se děti s „negativním modelem sebe sama“ chovají spíše podle očekávání pečovatelů než podle skutečného já. Tento model zvyšuje zranitelnost vůči příznakům HPO omezením správné identifikace pocitů (43).

Souhrnně se dá říci, že budování vazby má vliv na rozvoj HPO. U pacientů s nedostatečně nasyceným pocitem bezpečí a z toho plynoucí nejistou vazbou je větší pravděpodobnost rozvoje HPO. Ohrožená je především oblast pochopení vlastních pocitů a vyjádření potřeb svých i druhých osob. Tato situace pak vede ke komplikovanému navazování sociálních kontaktů a ke zpětnovazebnému posílení negativních postojů k sobě samému.

2. Jaká je vazba u pacientů s HPO v dospělosti?

Jedinci vykazující výrazné rysy HPO jsou často charakterizováni nejistým připoutáním (44) s vyplývajícími společenskými obtížemi, zejména s problémy v romantických

vztazích (45, 46). V jejich intimních vztazích se častěji vyskytuje zvýšené nepřátelství a závislost, podložené nejistou vazbou. Častý je strach z odloučení a opuštění, na známky nezájmu nebo odmítnutí reagují emoční nestabilitou, panikou, hněvem, sebepoškozováním či impulzivními činy. U HPO byla popsána nejistá vazba a nestabilní intimní vztahy (47, 48). Úzkostná vazba je častější u partnerů pacientů s rysy HPO nebo více vyjádřenou HPO než u partnerů jedinců bez HPO (49). V klinické praxi tito pacienti rychle rozvíjejí intenzivní vztah se svým terapeutem (50, 51), což ukazuje na nízkou prahovou hodnotu pro aktivaci procesů připoutání mimo blízké vztahy. Dle Smithové a Southové je chronická nestabilita emocí, vztahů a sebepojetí klíčovým fenoménem hraniční poruchy osobnosti a můžeme ji popsat jako chaotickou nestabilitu, kterou nelze vysvětlit pouze vyhýbavou nebo úzkostnou vazbou, ale jako kombinaci nejistých vazeb. Jejich projevem je směs strategií úzkostné a vyhýbavé vazby s přidruženými rysy disociace (52).

Jedinci s HPO s nejistou vazbou mohou mít očekávání, že partneři naplní pocity bezpečí tím, že přijmou roli ochránců. Zároveň si však často vybírají partnery, kteří tento pocit bezpečí a jistoty nedokážou poskytnout. Strach ze ztráty partnera (a tím pádem strach z opuštění, vyskytující se u HPO) může být tedy hned od začátku vztahu (53). Kompenzací tohoto strachu může být snaha partnera ovládnout, projevit nejistotu ohledně vztahu nebo ukázat partnerovi, že se cítí opuštěni a že nedostávají dostatečnou pozornost. Pocity opuštěnosti a nejistý vztah se mohou projevit jako nízká sebeúcta a sebepřijetí (54). Pokud oba partneři zažívají nejistou vazbu, mohou vyžadovat od druhého partnera zajištění pocitu bezpečí, což často vede k vzájemné kritice a zhoršuje spokojenost a funkčnost vztahů (55). Nejistě připoutané osoby s těžkou HPO mohou vnímat partnery jako nepřístupné, potlačovat svou úzkost z opuštění a následně na ně reagovat nepřátelsky (56). Maladaptivní zvládání emocí, které může vést k výbuchům hněvu, poruchám příjmu potravy (bulimie nebo anorexie), zneužívání návykových látek a dalším maladaptivním projevům (57, 58, 59). Mauricio & Lopez také zjistili, že muži klasifikovaní jako mírně nebo silně násilní vykazovali kromě zvýšených hraničních charakteristik osobnosti také úzkostnou připoutanost (60).

Problémy s regulací emocí ve vztahu mohou být výraznější u párů, u nichž jedna osoba vykazuje zvýšenou vazebnou úzkost a druhá má zvýšené vyhýbání se připoutání. U těchto párů je pravděpodobné, že jedna osoba bude řešit hrozby pro vztah a bude usilovat o ujištění o závazku, zatímco druhá pravděpodobně zvýší odstup a bude jednat nezávisle (61). Kombinace zvýšené úzkosti u jednoho z partnerů a zvýšeného vyhýbání se u druhého může vést k dysfunkčnímu vztahu. Například žena se zvýšenou úzkostí z připoutanosti potřebuje po hádce se svým manželem objetí a ujištění. Partner se zvýšeně vyhýbá připoutání, objetí odmítá, respektive je vnímá jako ohrožující, a místo toho odchází. Beck a kol. zjistili, že takové páry vykazují během konfliktu větší fyziologickou sympatomimetickou reaktivitu než jiné páry (48). Další výzkum popsal souvislost mezi zvýšenými tendencemi k úzkosti a vyhýbání se v páru a násilím v těchto vztazích (62, 63). Takový vztahový vzorec může být výraznější u pacientů s HPO kvůli závažnějšímu narušení vazby a problémům v interpersonální regulaci (51).

Další strategií je „otestovat partnera“, aby se pacient ujistil, že nebude opuštěn, i když projeví odstup a odmítnutí (64, 65). Pacienti s HPO často rozvíjejí nepřátelsky závislý vztah s partnerem, když partnera trestají a současně jej potřebují (66). Mohou jednat naléhavě, vyhrožovat partnerovi, jednat bezmocně, sebevražedně nebo sebezničujícím způsobem. Často se bojí odloučení a opuštění a mají tendenci reagovat na známky nezájmu nebo odmítnutí panikou, napětím, hněvem nebo impulzivními činy (66). Tyto činy se často projevují v autoagresi (sebeopškování, sebevražedné chování), heteroagresi (verbální nebo fyzické) nebo v bezohledném chování (nadměrné pití, nadměrné požívání, promiskuita atd.). Život s hraničním partnerem předpokládá empatické porozumění jejich obav z opuštění (67). Současně potřebují jasnou hranici mezi tím, co pro ně jejich partner může a co nemůže udělat. Pokud je partner vyzván, aby splnil jejich nesplnitelné touhy, obvykle se brzy rozzlobí, protože potřeby blízkosti a pozornosti u pacientů s HPO jsou nenasyté (56).

Studie Boucharda a Sabourina zjistila, že u 69 % žen s HPO byl vztah s jejich partnery charakterizován nejistou vazbou (68). V této studii byli partneři také podobní, pokud jde o sociální fungování, včetně pracovního a obecného

sociálního fungování. Z tohoto lze vyvodit, že lidé se spojují s ostatními s podobnou úrovní mezilidského fungování. Taková podobnost bude mít pravděpodobně dopad na fungování jejich romantického vztahu. Je zapotřebí dalšího výzkumu k objasnění charakteristik romantických partnerů, v důsledku, kterých pak mohou tito partneři v průběhu času pozitivně ovlivnit osobnost svého protějšku a zmírnit potíže v interpersonálním fungování.

Souhrnně se dá říci, že pacienti s HPO mají v dospělosti nejisté vazby, které se mohou promítat do jejich osobního života. Komplikovaná regulace emocí a sklon k impulzivité až hostilitě mohou vést k výraznému narušení partnerského soužití a tím ještě více ovlivnit nejistotu plynoucí z nejistých vazeb. U pacientů s HPO není dominantní jeden typ nejisté vazby, spíše se jedná o kombinaci všech typů nejistých vazeb.

3. Ovlivňuje vazba výsledky léčby HPO?

Léčebné strategie zaměřené na HPO se zaměřují na rozvoj stabilních vnitřních struktur tak, aby napomohly utváření koherentního sebevědomí a umožnily pacientovi si vytvořit bezpečnější vztahy, ve kterých jsou motivace sebe a druhých lépe pochopeny (69). Bezpečná vazba poskytuje pevný bod, díky kterému pacient dokáže lépe pracovat na řešení svých problémů (70). To se projevuje i ve spolupráci v terapii – jedinci s méně symptomy HPO a větší jistotou vazby hrají aktivnější roli ve vlastní léčbě a dosahují lepších výsledků léčby (55).

Dialektická behaviorální terapie (DBT) byla navržena specificky pro pacienty s diagnózou HPO a v literatuře existuje evidence o její účinnosti (71). Základem hypotézy vzniku HPO je v DBT souhra poruchy regulace emocí a devalvujícího prostředí. Pochopení vztahové vazby pacienta v tomto terapeutickém přístupu může najít uplatnění v cílení terapie. Pacienti s nejistou vazbou lépe reagují na strategie zaměřující se na blízké vztahy a interpersonální interakce. Toto lze podpořit v začátcích terapie soustředěním se na pochopení dyadických situací, ve kterých hrají role vzájemnost vazby (35).

Schematerapie je integrativní psychoterapeutický přístup vycházející z kognitivně-behaviorální terapie. Na rozdíl od DBT, která považuje trénink dovedností za základní nástroj k ovlivnění emoční regulace, schematerapie

naopak poruchu regulace emocí považuje za důsledek časných nepříznivých událostí, včetně narušení bezpečné vztahové vazby. Emoční regulaci se tak schematerapie snaží změnit přístupy založenými na zpracování traumatických zážitků (72). Tímto se schematerapie přibližuje klasickému pojetí významu vztahové vazby. Techniky, které k změně používá je například limitovaná reparentace, empatická konfrontace a zážitkové techniky zaměřené na emoce (73). Navzdory podobnostem v teorii nebyl attachment v souvislosti se schematerapií podrobněji zkoumán.

Dalším terapeutickým přístupem, který naopak vychází z psychodynamické psychoterapie, je Terapie zaměřená na přenos (Transference-focused psychotherapy, TFP). Oproti podpůrné psychodynamické terapii a DBT v randomizované kontrolované studii v horizontu jednoho roku TFP prokázala účinek na organizaci vztahové vazby – zvýšení reflexivního fungování a narativní koherence (15).

Terapie zaměřené na mentalizaci (Mentalization-based therapy, MBT) pracuje s vazbami a zaměřuje se na proces mentalizace. Její evidence je menší, ale rovněž prokázala účinnost v terapii pacientů s HPO (74). Mentalizace je klíčový proces při navazování vztahů a u HPO bývá často narušena. Zlepšení těchto vztahů může vést k lepšímu fungování v životě, ale i k lepšími vztahy mezi pacientem a terapeutem, a tím pádem dalšímu zvýšení účinnosti terapie (32). Psychoterapie využívající techniky mindfullnes rovněž prokázaly účinnost na negativní vzorce attachmentu (75).

Souhrnně se dá říci, že vazba ovlivňuje rychlost a kvalitu léčby HPO. U jedinců s jistou / bezpečnou vazbou dojde ke zlepšení rychleji než u jedinců s vazbou nejistou. Částečně to může být způsobeno i možností navázání jistějšího vztahu se samotným terapeutem. Většina pacientů však z terapie profituje. Individuální i párová terapie by se měla zaměřit na dysfunkční vzorce chování vedoucí k problémům, se kterými pár do terapie přichází.

Diskuze

Cílem této přehledové studie bylo představit současný stav poznání týkající se vztahu mezi attachmentem a hraniční poruchou osobnosti. Konkrétně jsme se zaměřili na tři oblasti reprezentované jednotlivými výzkumnými otázkami.

1. Jaká je vazba u pacientů s HPO v dětství?

Vazba je v dětském věku klíčová pro utváření postojů vůči okolnímu světu a sobě samému. U pacientů s HPO byly v dětském věku zjištěny nejisté formy vazby, které mají následně vliv na postoje pacienta vůči sobě a vůči světu. Dochází k negativnímu ovlivnění procesu vytváření pocitu bezpečí, který tito pacienti v dětském věku očekávají od okolí. Narušuje se schopnost regulovaného projevu emocí a jejich pochopení, což může vést až k neschopnosti chápat své emoce a říct o svých potřebách akceptovatelnou formou svým blízkým.

2. Jaká je vazba u pacientů s HPO v dospělosti?

Vazba u pacientů s HPO v dospělosti je často nejistá a je důsledkem vytvoření nejistých vazeb v dětství. Proto pacienti s HPO v dospělosti hledají pocit bezpečí a jistoty u svých partnerů. Naplnění tohoto očekávání však nemusí být uskutečněno a tím dochází ke zvýšení pocitů nejistoty a úzkosti, které následně mohou vést i k narušení vztahu. V popředí není jediný subtyp nejisté vazby, ale spíše jejich kombinace. Důsledkem jsou zvládací strategie, které nemusí být akceptovatelné a pochopitelné pro okolí.

3. Ovlivňuje vazba výsledky léčby HPO?

Pacienti s HPO, u kterých je více zastoupen jistý typ vazby, těží dříve z výhod terapie, která je jim poskytována. Pacienti s HPO, u kterých je více

vyjádřená nejistá vazba, mohou vyžadovat delší terapeutickou péči, nicméně profitují z ní stejně jako prvně zmínění pacienti. Při párové terapii je dobrým prediktorem přítomnost bezpečné vazby mezi oběma partnery. Další zlepšení v terapii pak zpětnovazebně posiluje bezpečnou vazbu ve vztahu a tím pozitivně ovlivňuje i možnosti dalšího vývoje vztahu.

Závěry

Teorie attachmentu je těsně propojená s projevy hraniční poruchy osobnosti zejména s ohledem na fungování v mezilidských vztazích a ve vztahu k vlastnímu sebepojetí. Jednotlivé typy nejisté vazby můžeme pozorovat ve vzorcích chování, které pacienti s hraniční poruchou osobnosti začleňují do repertoáru svých zvládacích strategií. Důsledkem tohoto chování je ale častý problém s regulací emocí a jejich pochopením jak u sebe, tak u druhých, a stejně tak problémy spojené s projevováním svých přání. Zvládací strategie, které v dětství pomáhají překonat nedostatek bezpečí, vedou nicméně k dysfunkčním projevům v dospělosti, které mají velký vliv na sociální, rodinný a romantický život pacienta. V partnerských vztazích pak nenasycené potřeby mohou vést až k dychtivým požadavkům na partnera, který (zvláště pokud sám má narušené bezpečné vazby či vyjádřenou nejistě vazby) nemusí být schopen adekvátně reagovat, což může vést ke krizi ve vztahu a následně i k jeho rozpadu. Tento vývoj může u pacientů s hraniční poruchou osobnosti dále posílit dysfunkční zvládací strategie a zvýšit

pocity nejistoty. Terapie poskytovaná pacientům s hraniční poruchou osobnosti by měla brát v úvahu i typ vztahové vazby vyskytující se u pacienta, jelikož ta může být pro terapeuta návodem k určení správného přístupu k pacientovi. Toto je zvláště vhodné právě u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, protože terapie je často náročná nejen pro pacienta, ale i pro terapeuta. Pochopení vytvořených systémů vazeb může vést k lepší spolupráci. U terapeuta může vést ke vhledu do situace a u pacienta ke snížení pocitů nejistoty a frustrace, která se v terapii může objevit.

Omezení dostupné literatury a návrhy pro budoucí výzkum

Hlavním omezením v této oblasti bádání je nízký počet probandů. Stále také chybí rozsáhlejší longitudinální studie, které by empiricky potvrdily souvislost mezi typem vazby vznikajícím v raném dětství a vazbou v dospělosti. Na typ dětské vazby dospělého pacienta většinou usuzujeme pouze na základě sebeposuzovacích škál a anamnestických údajů. Takto získané informace však mohou být výrazně zkreslené. Pokud by u dostatečně reprezentativního vzorku došlo k zevrubnějšímu zmapování vazebného chování od útlého věku až do prvního kontaktu s psychiatrií, bylo by možné identifikovat proměnné podílející se na změnách ve vnitřních pracovních modelech. Na tomto podkladě by pak mohl být vytvořen preventivní i terapeutický přístup doplňující současné léčebné možnosti.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington 2013.
2. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Dev Psychopathol*. 2019;31(3):1143-1156.
3. Johnson BN, Levy KN. Identifying unstable and empty phenotypes of borderline personality through factor mixture modeling in a large nonclinical sample. *Personal Disord*. 2020;11(2):141-150.
4. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62:553-564.
5. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Dis*. 2010;24:412-426.
6. Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, et al. The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2016;266(4):307-316.
7. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, et al. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected logical systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):221.
8. Fatimah H, Wiernik BM, Gorey C, et al. Familial factors and the risk of borderline personality pathology: genetic and environmental transmission. *Psychol Med*. 2019;1-11.
9. Paquette AG, Marsit CJ. The developmental basis of epigenetic regulation of HTR2A and psychiatric outcomes. *J Cell Biochem*. 2014;115(12):2065-2072.
10. Witt SH, Streif F, Jungkunz M, et al. Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Translational psychiatry*. 2017;7(6):e1155-e1155.
11. Bowlby J. Attachment and Loss. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books; 1973.
12. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, et al. Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. Hillsdale, NJ: Erlbaum, Inc 1978.
13. Bifulco A, Moran PM, Ball C, et al. Adult attachment style. II. Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:60-67.
14. Klohnen EC, Bera SJ. Behavioral and experiential patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: a 31-year longitudinal perspective. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74:211-23.
15. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(6):1027-1040.
16. Brumbaugh CC, Fraley RC. Transference and attachment: how do attachment patterns get carried forward from one relationship to the next? *Pers Soc Psychol Bull*. 2006;32:552-560.
17. Rezvan S, Bahrami F, Abedi M, et al. A preliminary study on the effects of attachment-based intervention on pediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Prev Med*. 2013;4(1):78-87.
18. Main M, Solomon J. Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990. p. 121-160.
19. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, et al. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(8):1106-1113.
20. DeWall CN, Lambert NM, Slotter EB, et al. So far away from

one's partner, yet so close to romantic alternatives: Avoidant attachment, interest in alternatives, and infidelity. *Journal of personality and social psychology*. 2011;101(6):1302.

21. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview, Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford Press; 1998.

22. Brumbaugh CC, Fraley RC. Transference and attachment: how do attachment patterns get carried forward from one relationship to the next? *Pers Soc Psychol Bull*. 2006;2:552-560.

23. Hooley JM, Wilson-Murphy M. Adult attachment to transitional objects and borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2012;26(2):179-191.

24. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61:226-244.

25. Fraley RC, Shaver PR. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*. 2000;4:132-154.

26. Ravitz P, Maunder R, Hunter J, et al. Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;69(4):419-432.

27. Marazziti D, Conso G, Albanese F, et al. Romantic attachment and subtypes/dimensions of jealousy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2010;6:53-58.

28. Guerrero LK. Attachment-style differences in the experience and expression of romantic jealousy. *Pers Relat*. 1998;5:273-291.

29. Cobb R, Davila J, Bradbury T. Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001;27:1131-1144.

30. Davila J, Bradbury TN. Attachment insecurity and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *J Fam Psychol*. 2001;15(3):371-393.

31. Saavedra MC, Chapman KE, Rogge RD. Clarifying links between attachment and relationship quality: Negative conflict and mindfulness as moderators. *Journal of Family Psychology*. 2010;24(4):380-390.

32. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*. 2006; 62(4): 411-430.

33. Levy KN, Kelly KM. Sex differences in jealousy. A matter of evolution or attachment history? In: Mikulincer M, Goodman GS, editors. *Dynamics of romantic love: attachment, caregiving, and sex*. New York: Guilford Press; 2006. p. 128-114.

34. Hopwood CJ, Wright AG, Ansell EB, et al. The interpersonal core of personality pathology. *Journal of personality disorders*. 2013;27(3):270-295.

35. Bernheim D, Gander M, Keller F, et al. The role of attachment characteristics in dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26(3):339-349.

36. Widom CS, Czaja SJ, Paris J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*. 2009;23(5):433-446.

37. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & human development*. 2000;2(1):23-47.

38. Besharat MA, Khajavi Z. The relationship between attachment styles and alexithymia: mediating role of defense mechanisms. *Asian J Psychiatry*. 2013;6(6):571-576.

39. Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment

relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3):228-249.

40. Taylor GJ, Bagby RM, Kushner SC, et al. Alexithymia and adult attachment representations: Associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;5(5):1258-1268.

41. Erickson SJ, Lowe JR. The role of maternal responsiveness in predicting infant affect during the still face paradigm with infants born very low birth weight. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*. 2008;29(2):114-132.

42. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(12):971-974.

43. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics*. 2000;23(1):103-122.

44. Blatt SJ, Levy KN. Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry* 2003;23:102-150.

45. Bagge CL, Nickell A, Stepp S, et al. Borderline personality disorder features predict negative outcomes two years later. *Journal of Abnormal Psychology*. 2004;113:279-288.

46. Lavner JA, Lamkin J, Miller JD. Borderline personality disorder symptoms and newlyweds' observed communication, partner characteristics, and longitudinal marital outcomes. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(4):975-981.

47. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 2005;17:959-986.

48. Beck LA, Pietromonaco PR, DeBuse CJ, et al. Spouses' attachment pairings predict neuroendocrine, behavioral, and psychological responses to marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2013;105(3):388-424.

49. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, et al. Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004;12:94-104.

50. Bradley R, Westen D. The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 2005;17:927-956.

51. Beeny JE, Wright AGC, Stepp SD, et al. Disorganized attachment and personality functioning in adults: A latent class analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017;8(3):206-216.

52. Smith M, South S. Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020;75:101781.

53. Minzenberg MJ, Poole JH, Vinogradov S. Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(5):341-348.

54. Lazarus SA, Scott LN, Beeny JE, et al. Borderline personality disorder symptoms and affective responding to perceptions of rejection and acceptance from romantic versus non-romantic partners. *Personal Disord*. 2018;9(3):197-206.

55. Dutton DG, Saunders K, Starzomski A, et al. Intimacy, anger, and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*. 1994;24:1367-1386.

56. Pearson CM, Lavender JM, Cao L, et al. Associations of borderline personality disorder traits with stressful events

and emotional reactivity in women with bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(5):531-539.

57. De Paoli T, Fuller-Tyszkiewicz M, Huang C, et al. A network analysis of borderline personality disorder symptoms and disordered eating. *J Clin Psychol*. 2020;76(4):787-800.

58. Pallini S, Terrinoni A, Iannello S, et al. Attachment-Related Representations and Suicidal Ideations in Nonsuicidal Self-Injury Adolescents with and without Suicide Attempts: A Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2020;50(4):909-920.

59. Mauricio AM, Lopez FG (2009). A latent classification of male batterers. *Violence Vict*. 2009;24(4):419-38.

60. Simpson JA, Overall NC. Partner buffering of attachment insecurity. *Current Directions in Psychological Science*. 2014;23(1):54-59.

61. Roberts N, Noller P. The associations between adult attachment and couple violence: The role of communication patterns and relationship satisfaction. In *Attachment Theory and Close Relationships*. 1998: 317-350.

62. Dumas DM, Pearson CL, Elgin JE, et al. Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2008;23(5):616-634.

63. Navarro-Gómez S, Frías A, Palma C. Romantic relationships of people with borderline personality: a narrative review. *Psychopathology*. 2017;50(3):175-187.

64. Miano A, Dziobek I, Roepke S. Characterizing Couple Dysfunction in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2018;32:1-18.

65. Tragesser SL, Benfield J. Borderline personality disorder features and mate retention tactics. *J Pers Disord*. 2012;26(3):334-344.

66. Daley SE, Burge D, Hammen C. Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109:451-460.

67. Bouchard S, Sabourin S. Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports*. 2009;11(1):55-62.

68. Bateman AW, Fonagy P. The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2003;67(3):187-211.

69. Diamond D, Stovall-McClough C, Clarkin JF, et al. Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin*. Summer 2003;67(3):227-59.

70. Overall NC & Simpson JA. Attachment and dyadic regulation processes. *Current Opinion in Psychology*. 2015;1(10):61-66.

71. O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6):518-525.

72. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, et al. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Front Psychol*. 2016;7:1373.

73. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):445-458.

74. Swenson CR, Choi-Kain LW. Mentalization and Dialectical Behavior Therapy. *Am J Psychother*. 2015;69(2):199-217.

75. Reyes-Ortega MA, Miranda EM, Fresán A, et al. Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychol Psychother*. 2020;93(3):474-489.