

# Mentalizacija u kliničkoj medicini 21. stoljeća

---

Vojvodić, Jan

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:067799>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-04**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**

**MEDICINSKI FAKULTET**

**Jan Vojvodić**

**Mentalizacija u kliničkoj medicini 21. stoljeća**



**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2023.**

Ovaj je diplomski rad izrađen pri Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka te je predan na ocjenjivanje u akademskoj godini 2022./2023.

**Popis kratica:**

**AAI** – Intervju modela privrženosti za odrasle (eng. *Adult Attachment Interview*)

**BPD** – Granični poremećaj ličnosti (eng. *Borderline Personality Disorder*)

**fMRI** – Funkcionalna magnetska rezonancija (eng. *Functional Magnetic Resonance Imaging*)

**MBT** – Terapija temeljena na mentalizaciji (eng. *Mentalization-based Treatment*)

**PDI** – Intervju o razvoju roditelja (eng. *Parent Development Interview*)

**RF** – Refleksivna funkcija (eng. *Reflective Function*)

**PRF-CS** – Roditeljska refleksivna funkcija (eng. *Parental Reflective Functioning Coding System*)

**RFS** - Skala refleksivne funkcije (eng. *Reflective Functioning Scale*)

**BRFI** - Kratki intervju o refleksivnoj funkciji (eng. *Brief Reflective Functioning Interview*)

**RFQ** – Upitnik o refleksivnoj funkciji (eng. *Reflective Functioning Questionnaire*)

**PET** – Pozitronska emisijska tomografija (eng. *positron emission tomography*)

**DSM-V** – Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, 5. izdanje (eng. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition*)

**MBT-ED** - Terapija temeljena na mentalizaciji kod poremećaja hranjenja (eng. *Mentalization-based Treatment in Eating Disorders*)

**SPT** - Kratkotrajna psihodinamička terapija (eng. *Short-term Psychodynamic Treatment*)

**PTSP** – Posttraumatski stresni poremećaj

**MBT-SA** - Terapija temeljena na mentalizaciji kod seksualnih ovisnosti (eng. *Mentalization Based Treatment in Sexual Addicts*)

## Sadržaj:

Sažetak .....	5
Summary.....	6
1. Uvod .....	7
2. Teorija mentalizacije .....	8
2.1. Aspekti mentalizacije.....	9
3. Povijest psihoanalitičkog koncepta mentalizacije.....	10
3.1. Mentalizacija i njoj slični fenomeni.....	13
4. Teorija uma .....	17
4.1. Operacionalizacija i mjerenje mentalizacije .....	20
4.2. Neurobiološka potpora mentalizaciji .....	21
5. Primjena mentalizacije u klinici .....	23
5.1. Terapija temeljena na mentalizaciji (MBT) .....	25
5.1.1. Primjena MBT-a kod graničnog poremećaja ličnosti.....	25
5.1.2. Primjena MBT-a u poremećajima hranjenja.....	28
5.1.3. Primjena MBT-a kod depresivnih poremećaja .....	30
5.1.4. Primjena MBT-a kod PTSP-a i trauma .....	31
5.1.5. Primjena MBT-a kod poremećaja ovisnosti .....	33
5.1.6. Primjena MBT-a kod psihoza.....	34
6. Zaključak .....	35
7. Perspektive.....	36
8. Zahvale.....	38
9. Literatura.....	39
10. Životopis.....	44

## Sažetak

### *Mentalizacija u kliničkoj medicini 21. stoljeća*

Jan Vojvodić

Mentalizaciju kao pojam u psihijatriju prvi uvodi Peter Fonagy 1991. godine. Temeljena prvenstveno na kognitivnoj znanosti, mentalizacija svoje korijene ima i u drugim smjerovima u znanosti i psihoanalizi. Mentalizacija je važna za mentalno zdravlje iz više razloga. Mentalizaciju prepoznajemo kao sposobnost osobe da razumije postupke i akcije drugih ljudi ali i samog sebe u aspektu misli, osjećaja, želja i potreba. Njome se omogućuje (samo)kontrola te zdrav doživljaj sebe i ona daje osobi osjećaj kontinuiteta. U radu su osim mentalizacije ukratko objašnjeni i drugi fenomeni i koncepti slični njoj: teorija uma, simbolizacija (eng. *symbol formation* ili *symbolization*), mentalna ispunjenost (eng. *mindfulness*), psihološka umna naklonost (eng. *psychological mindedness*), empatija, afektivna svijest (eng. *affect consciousness*), emocionalna inteligencija, intersubjektivnost, introspekcija, refleksivna funkcija te metakognicija. Operacionalizacija i mjerenje mentalizacije važni su aspekti istraživanja koji omogućuju vrednovanje i objektivno procjenjivanje ove funkcije. To se vrši različitim instrumentima i upitnicima kojima se mjere različita područja i/ili dimenzije mentalizacijske sposobnosti. U radu je opisana i primjena MBT-a kao oblika terapije kod različitih poremećaja kao što su psihoze, poremećaji hranjenja, ovisnosti, depresija, PTSP i traume te granični poremećaj ličnosti. Oni u srži imaju probleme povezane s mentalizacijom i upravo na tom polju pokazuju zastoj. Uspostava adekvatne mentalizacije gdje je ona nedostatna ili uopće ne postoji, temeljni je put ka ozdravljenju. Kao „mlado“ istraživano područje psihoanalitike i neuroznanosti općenito, mentalizacija sigurno pruža razne mogućnosti i prednosti u kliničkoj medicini 21. stoljeća.

### **Ključne riječi:**

mentalizacija, teorija uma, operacionalizacija, MBT, granični poremećaj ličnosti

## **Summary**

### *Mentalization in clinical medicine of the 21st century*

Jan Vojvodić

Mentalization as a term in psychiatry was firstly introduced by Peter Fonagy in 1991. Based primarily on cognitive science, mentalization has its roots in other fields of science and psychoanalysis. Mentalizing is important for mental health for a number of reasons. We recognize mentalization as a person's ability to understand own actions and actions of other people as well as himself in the form of thoughts, feelings, desires and needs. It enables (self)control and a healthy perception of oneself, and it gives a person a sense of continuity. In addition to mentalization, other phenomena and concepts similar to it are briefly explained in this work: theory of mind, symbol formation or symbolization), mindfulness, psychological mindedness, empathy, affect consciousness, emotional intelligence, intersubjectivity, introspection, reflective function and metacognition. Operationalization and measurement of mentalization are important aspects of research that enable the evaluation and objective assessment of this function. This is done with different instruments and questionnaires that measure different areas and/or dimensions of mentalizing ability. The paper describes the use of MBT as a form of therapy for various disorders such as psychosis, eating disorders, addictions, depression, PTSD and trauma, and borderline personality disorder. At their core, they have problems related to mentalization and it is precisely in this field that they show stagnation. The establishment of adequate mentalization where it is insufficient or does not exist at all, is the fundamental path to healing. As a "young" researched area of psychoanalysis and neuroscience in general, mentalization certainly offers various possibilities and advantages in clinical medicine of the 21. st. century.

### **Keywords:**

mentalization, theory of mind, operationalization, MBT, borderline personality disorder

## 1. Uvod

Oduvijek su međuljudski odnosi te njihovo funkcioniranje bili predmetom znanstvenih, književnih ali i popularnih naslova i istraživanja. Naša sposobnost da bolje proniknemo u svoj um ali i u umove drugih utječe na naše interakcije s drugim ljudima i djelovanje u svim društvenim procesima. Razvoj jezika i naših komunikacijskih sposobnosti predstavlja mogućnost da interpretiramo i predviđamo vlastito ponašanje ali i ponašanje drugih.

Mentalizacija je važna za mentalno zdravlje iz više razloga. Njome se omogućuje samokontrola i zdrav doživljaj sebe te daje osobi osjećaj kontinuiteta. Ako znamo da nam kognitivni procesi omogućavaju da osvijestimo vlastita iskustva te da to utječe na afekte i njihovu regulaciju kao i na kontrolu impulsa što dovodi do regulacije našeg ponašanja, onda i sama mentalizacija može biti od velike pomoći. Kroz mentalizaciju će i doživljaj sebe i drugih imati ulogu u održavanju odnosa s drugima. Takvo razumijevanje sebe i drugih kroz mentalna stanja u odrasloj dobi ovisi je li ono bilo prepoznato i na pravi način interpretirano od roditelja/skrbnika u najranijoj dobi. Različite vrste trauma i/ili zanemarivanja mogu dovesti do narušavanja razvojnih procesa pa tako i procesa mentalizacije. Osobe koje su uz to još imale i genetsku predispoziciju imat će veću vjerojatnost za psihičke poremećaje ali i deficite u sposobnosti mentalizacije (Boričević Maršanić et al., 2017).

Široka je lepeza primjene mentalizacije i terapijskih tretmana koji se na njoj baziraju. Nadam se da će ovaj diplomski rad upotpuniti pregled cjelokupne mlade povijesti mentalizacije te njezine primjene u kliničkoj praksi. Također u ovom radu osvrnuo sam se na napredak i ubrzanu primjenu mentalizacije kao jednu od metoda psihoterapije u povijesnom kontekstu te njezinu širu primjenu u kliničkoj praksi kao i njezinu daljnju perspektivu.



## 2. Teorija mentalizacije

Mentalizacija (lat. *mens, mentis, f.* um, misao, duh) je sposobnost osobe da razumije postupke i akcije drugih ljudi i samog sebe u smislu misli, osjećaja, želja i potreba. Ujedno daje mogućnost osobi da implicitno i eksplicitno, vlastite ali i tuđe reakcije shvati kao smislene aktivnosti. Premda kognitivna aktivnost, mentalizacija se najviše odvija nesvjesno ili predsvjesno, a najvećim dijelom se radi o intuitivnoj i brznoj emocionalnoj reakciji koju sami niti ne primjećujemo (Allen et al., 2008).

Na fenomenološkoj razini mentalizacija uključuje: sposobnost mišljenja o vlastitim mentalnim stanjima i mentalnim stanjima drugih, promišljanje o razlozima zašto netko misli to što misli ili radi to što radi, uvažavanje da misli i osjećaji drugih mogu biti drugačiji od vlastitih, znatiželja o spoznaji o razlikama između sebe i drugih ljudi, kapacitet za empatiju te kapacitet za razlikovanje naših osjećaja od realnosti. Psihijatar Jeremy Holmes najbolje formulira mentalizaciju kao „promatranje sebe izvana, a drugih iznutra“. (Boričević Maršanić et al., 2017).

Iz definicije mentalizacije proizlaze njezine tri dimenzije. Prva se dimenzija odnosi na dva načina funkcioniranja: implicitni i eksplicitni. Druga se odnosi na objekte, ja i drugi, a treća pak na kognitivni i afektivni aspekt.

Implicitna mentalizacija odnosi se na nesvjesne automatske radnje te sposobnost pojedinca da zamisli vlastita mentalna stanja ili mentalna stanja drugih. Na taj način osoba nesvjesno “drži” tuđi um u svome umu. Eksplicitna mentalizacija odnosi se na njezino namjerno i svjesno korištenje. Najbolji primjer eksplicitne mentalizacije je psihoterapija gdje terapeut svjesno i namjerno promišlja o mentalnim stanjima pacijenta te potiče pacijenta da svjesno i namjerno promišlja o svojim mentalnim stanjima.

Objekti mentalizacije mogu biti sama osoba koja mentalizira ili drugi ljudi. Svaki od tih drugih osoba ima svoja vlastita razmišljanja koja uključuju njihove osjećaje, želje i potrebe. U mentalizaciji dva objekta nisu u statičkoj interakciji već su međusobno u dinamičkoj interakciji. Primjerice, osoba koja osjeća ljutnju prema drugoj osobi posumnjat će da je i ta druga osoba ljuta na njega.

Sadržaj i proces mentalizacije može imati dva aspekta: kognitivni i afektivni. Osoba može razmišljati o svojim mislima i o svojim osjećajima te biti svjesna svojih osjećaja i osjećaja koji su nastali kao reakcija na određene misli (Bateman & Fonagy, 2016).

## 2.1. Aspekti mentalizacije

Mentaliziramo kada smo svjesni što se događa u našem umu ili u nečijem tuđem umu. Mentaliziramo kada se pitamo: "Zašto sam to učinio?", "Jesam li ju povrijedio kada sam to rekao?" U konačnici sposobnost mentalizacije omogućuje nam da shvatimo naša i tuđa ponašanja. Taj proces zahtijeva punu našu pažnju i određeni mentalni napor; to je oblik svjesnosti, odnosno vođenja računa o tome što drugi misle i osjećaju, kao i vođenja računa o vlastitim mislima i osjećajima. Ona je poput jezika urođena svima: pretpostavka je da svi razvijamo sposobnost mentalizacije, osim genetskih stanja koja sprječavaju sposobnost adekvatnog učenja (poput autizma). Mentalizacija o problemima iz prošlosti može poboljšati vašu sposobnost mentalizacije o budućnosti (Allen et al., 2008).

Kapacitet za mentalizaciju nastaje u ranom djetinjstvu kroz odnos sa značajnom odraslom osobom (obično se radi o majci). Dokazano je da djeca najbolje uče jezik u okruženju u kojem se puno govori, tako što čuju govor, tako što im se govori, slušaju druge i sebe te tako što im se odgovara dok uče govoriti. Slično tome, djeca najbolje uče mentalizirati kada su članovi njihove obitelji osjetljivi na njihova stanja uma, posebno na njihove emocije i ponašanja. Djeca uče mentalizirati tako što su mentalizirana to jest kada drugi imaju na umu njihov um. Mentalizacija neće uspijevati u emocionalno zanemarivanim vezama. Umjesto toga, mentalizacija se najbolje razvija u odnosima punim povjerenja i sigurnim odnosima – što nazivamo odnosima sigurne privrženosti (Boričević Maršanić et al., 2017).

Razina emocionalnog uzbuđenja glavni je čimbenik u mogućnosti mentalizacije u bilo kojem trenutku. Mentalizacija ide najbolje kada razina emocionalnog uzbuđenja nije niti previsoka niti preniska. Morate se osjećati relativno sigurno da biste mentalizirali. Ako se osjećate ugroženo - ljuti ste ili uplašeni - bit ćete više zabrinuti za samozaštitu nego za odvajanje vremena i truda za mentalizaciju. U stanjima visokog emocionalnog uzbuđenja, instinktivni odgovor borbe ili bijega (*fight or flight*) preuzima prednost, a mentalizacija je u drugom planu (Allen et al., 2008).

Mentalizacija donekle zahtijeva i maštu. No, projekcija iz vlastitog iskustva može biti sklizak teren; vaša mašta također može dovesti do iskrivljene mentalizacije.

### 3. Povijest psihoanalitičkog koncepta mentalizacije

Ukratko možemo reći da je cjelokupnost našeg mentalnog i psihičkog života povezana s našim umom. Već smo spomenuli da je mentalizaciju kao pojam u psihijatriju prvi puta uveo Peter Fonagy 1991. godine, no od samih početaka filozofije i filozofskog promišljanja znanstvenici su se bavili povezanošću tijela i uma kao i mozga i uma. Temeljena prvenstveno na kognitivnoj znanosti, mentalizacija svoje korijene ima u brojnim smjerovima u znanosti te u psihoanalizi (Allen et al., 2008).

Problem odnosa uma i tijela odavno je prisutan u filozofiji. Različiti povijesni misaoni sustavi i filozofski pravci te njihovi predstavnici predstavljali su um i tijelo s različitih pozicija. Suvremena filozofska grana, filozofija uma, bavi se područjem u kojem se blisko susreću filozofija i znanost. Teme i problemi koji ju zanimaju također su usko povezani s mentalizacijom kao što su: priroda uma, priroda mentalnih događaja te mentalnih funkcija, svijest i njezin odnos s tijelom, a prvenstveno s mozgom. Različite su teorije koje istražuju i pokušavaju objasniti tu tematiku (Jurić & Stupalo, 2021).

Monistički filozofi smatraju da su mozak i um ujedinjeni i nerazdvojni. Tom krugu je pripadao i Spinoza (17. st.) koji je pokušavao tu teoriju i racionalizirati te je pretpostavio da um i tijelo nisu dvije različite vrste (s)tvari nego dva različita svojstva iste (s)tvari.

Spomenimo R. Descartesa (17. st.) kao predstavnika dualizma, koji je pak smatrao da su um i tijelo dvije sasvim odvojene supstancije *res cogitans* (um) i *res extensa* (tijelo). Descartesov interakcionistički dualizam objašnjava da samo katkad nastaje interakcija mentalnoga i fizičkoga - ja jesam mišljenje a tijelo je samo nešto što imam - što najbolje oslikava latinska uzrečica pripisana tom filozofu: „*Cogito ergo sum!* - Mislim dakle postojim!“ (Jurić & Stupalo, 2021).

Fizikalisti s druge strane, problematiziraju istu tematiku pri tom uzimajući u obzir i otkrića neurobiologije. Njima pripada i američki filozof John Searle (20. st.). On je surađivao s Danielom Dennetom, također američkim filozofom zagovornikom intencionalnog stava (eng. *intencional stance*). To stajalište možemo protumačiti kao sposobnost uma da stvara sliku o sebi i svijetu oko njega. Podloga za mentalizaciju i interpersonalne odnose također je prikazana u teoriji da možemo razgraničiti sebe od drugoga tek kad sebi možemo pripisati određena mentalna stanja, a pri tom shvaćamo da su neka druga u isto to vrijeme prisutna kod neke druge osobe (Dennet, 1996).

Sigmund Freud (1856-1939) kao utemeljitelj psihoanalize te njegovi sljedbenici također su utjecali na definiranje i razvoj koncepta mentalizacije. Freudov pojam „*Bindung*“ ili povezivanje

možemo povezati s postavljanjem teorije objektnih odnosa koji će kod kasnijih psihoanalitičara biti temeljitije definirani. Direktna i doslovna nasljednica Anna Freud (1895-1982), kćer Sigmunda Freuda, uvelike je pridonijela razvoju dječje psihoanalize i razvojne psihologije.

Spomenimo i Melanie Klein (1882-1960), čiji rad predstavlja prijelaz od Freuda ka modernoj teoriji objektnih odnosa. Veza s mentalizacijom je vidljiva u opisivanju svijesti o vlastitoj intencionalnosti ili u intencionalnosti drugih, odnosno sposobnosti da se prepozna povrijeđenost i patnja u drugome (Boričević Maršanić et al., 2017). Psihoanalitičar W. R. Bion (1897-1979), baveći se podrijetlom misli i misaonih procesa, polazio je od Freudovih ideja. Bion pri tomu razlikuje misli i aparat koji misli (um) za razliku od Freuda koji razmišljanje (imaginaciju) predstavlja kao izostanak objekta. Bion naziva sposobnost mišljenja misli - alfa funkcijom. Ona transformira beta elemente (misli bez mislioca) u alfa elemente koji su tada dostupni za razmišljanje, tj. mentalizaciju. Bion opisuje sukob između želje da se riješi putem projekcija onih loših misli koje, budući da proizlaze iz gubitka, jesu uznemirujuće, i sposobnost da ih se modificira tako da mogu doista biti ono što se misli. Ovaj proces je usko povezan i s imenovanjem osjećaja, npr. „Mama odlazi u kuhinju na minutu, ali ne brini jer će se ona brzo vratiti“. U Bionovom nauku transformacija beta u alfa elemente dovodi do uspostavljanja "kontaktne prepreke", kako je izvorno rekao i sam Freud, između nesvjesnog i svjesnog mišljenja. Na taj način svatko od nas može pouzdano razlikovati stvarnost od fantazije, što je ključna pretpostavka za mogućnost mentalizacije (Holmes, 2005).

Frankofona se psihoanaliza razlikuje od anglosaksonske prije svega što je naklonjenija Freudovom nauku te njegovim ranim idejama. Psihoanaliza je prikazana kao filozofska pozicija. U pristupu mentalizaciji oni polaze od Freudove ideje, sadržane u njegovom neobjavljenom "Projektu za znanstvenu psihologiju" (1895). Ta ideja proizlazi iz vezivanja nesputanog te u nedostatku takvog vezivanja, psihička energija je ili ispražnjena kroz samo djelovanje, ili preusmjerena u somatske procese te nastaje klinički kao *acting out*, ili somatizacija. Luquet (1981.) i Marty (1991.) polaze od kliničkog fenomena da somatizacijske poremećaje shvate u terminima operativnog ili robotskog razmišljanja, lišenog afekta (Holmes, 2005).

Ukratko, Bion implicitno, a frankofoni su eksplicitno, koristili ideju mentalizacije puno prije njezina dolaska u svijet klinike te razvojne psihoanalize. Anglosaksonski pogled pak donosi sužavanje značenja te specifičniju i provjerljivu kao i ograničenu primjenu mentalizacije za razliku od filozofskih primjena njegovih ranijih korisnika.

Stručnjaci iz područja razvojne i kliničke psihologije uvelike se slažu da razdoblje ranog djetinjstva i iskustvo koje pojedinac stječe u svom prvom odnosu s roditeljem ili skrbnikom tijekom par prvih godina života, bilo da se radi o majci, ocu ili nekoj značajnoj drugoj odrasloj osobi, ima ključnu ulogu u normalnom razvoju pojedinca, ali i u nastanka poremećaja u njegovom funkcioniranju.

Jedna od najznačajnijih teorija je teorija privrženosti koju je od kraja 50-ih 20. st. razvijao John Bowlby. Upravo je on tvrdio da stvaranje ranih veza i kvaliteta brige u dojenačkoj dobi predstavlja temelj za kasnije dobro funkcioniranje pojedinca i formiranje privrženog ponašanja (Bowlby, 1969.). Bowlby je pri tom krenuo od dva jednostavna nalaza: 1. potreba male djece za roditeljima je analogna njihovoj potrebi za hranom i 2. značajnije odvajanje ili gubitak roditelja ima učinak psihološke traume za dijete. Privrženost je odabrana kao prostor za vježbanje ali i usvajanje mentalizacije od najranije dobi. To nije natjecateljski odnos nego učenje o vlastitom i tuđem umu. Ako uzmemo za primjer da majka ima sposobnost mentalizirati vlastito dijete, to će dovesti do toga da smanji djetetovu potrebu da dijete preispituje pouzdanost odnosa njega i majke. Mentalizacija kod ljudi sa sigurnim modelom privrženosti može se nesmetano razvijati jer ne postoje nikakav inhibitorni neurobiološki odjek aktiviranja privrženosti na mentalizaciju. Ovakav model također omogućuje dva važna pogleda na mentalizaciju: regulacija afekta i kontrola pažnje. Reguliranje afekta kroz privrženost se pretvara u reguliranje sebe, a njegovateljeva sposobnost da djetetovu pažnju usmjeri na nešto drugo, omogućuje djetetovu kontrolu pažnje i onemogućuje afekt prije stvaranja mentalne snage o tomu (Fonagy & Target, 2006).

Neki smatraju, a među njima su Hughes i Leekham, da su utjecaji privrženosti na razvoj same mentalizacije ograničeni. Također smatraju da sposobnost mentalizacije ne mora uvijek biti iskorištena u pozitivnu socijalnu svrhu, a može biti iskorištena i za zloćudni interpersonalni utjecaj. Također je razvoj mentalizacije usko povezan i s brojnim drugim aspektima privrženosti kao npr. razvojem i upotrebom jezičnih kompetencija koje su nužne kako bi se verbalizirala naša mentalna stanja i naša djelovanja (Fonagy & Target, 2006).

Nastavak na Freudove koncepcije i razvoj moderne psihoanalize dovodi do zasebnih emocionalnih i mentalnih struktura koje su također utjecale i bile podloga za razvoj i primjenu mentalizacije u klinici. Tako je uočeno da empatija ima višestruke funkcije u psihoanalizi te je H. Kohut (1913-1981) zagovarao da prisustvo empatije određuje psihološko polje i da je nezamjenljivo sredstvo opservacije u psihoanalizi (Kohut, 1959). Smatrao je i da neuspjeh roditeljske empatije rezultira nesposobnošću da se razviju intrapsihičke strukture koje mogu pouzdano regulirati samopoštovanje. Empatija sama po sebi ima velik terapijski potencijal prvenstveno preko osjećaja prihvaćenosti koji

pacijent ima. Sam Kohut kaže da je „empatija način na koji osoba sakuplja podatke o drugim ljudima i zamišlja njihovo unutarnje iskustvo mada ono nije otvoreno za direktno promatranje“ (Boričević Maršanić et al., 2017).

U istraživanjima britanskog empiričara D. Winnicotta (1896-1971) također možemo naći utjecaj na razvojnu povijest mentalizacije. On govori o takozvanom prijelaznom „tranzicijskom“ prostoru kojim se proširuje kontaktna barijera. Upravo u tom području, gdje se fantazija i stvarnost preklapaju, potječe se kreativnost, uključuje se i osnova kulturnog života odraslih kao i igra. Winnicott je to usporedio s terapijskom situacijom, u kojoj se svjetovi pacijenta i analitičara preklapaju, ponavljajući Freudov koncept analitičkog igrališta. Kod njega dakle pronalazimo da je roditeljsko razumijevanje psihološkog svijeta djeteta preduvjet za stvaranje sigurnog *selfa* koji nastaje njegovim opažanjem u umu roditelja (Winnicott, 1971).

### 3.1. Mentalizacija i njoj slični fenomeni

Do same pojave znanstvenog pojma mentalizacija, u upotrebi su bili drugi pojmovi kao npr. metabolizacija, simbolizacija, sekundarni mentalni procesi, već spomenuta alfa funkcija i sl. Samu mentalizaciju je važno razlikovati od njoj sličnih i gotovo preklapajućih koncepata i fenomena. Osim teorije uma, o kojoj će biti riječi nešto kasnije, postoje i drugi fenomeni i koncepti slični mentalizaciji: simbolizacija (eng. *symbol formation* ili *symbolization*), mentalna ispunjenost (eng. *mindfulness*), psihološka umna naklonost (eng. *psychological mindedness*), već spomenuta empatija, afektivna svijest (eng. *affect consciousness*), emocionalna inteligencija, intersubjektivnost, introspekcija, reflektivna funkcija te metakognicija (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Sam pojam simbolizacija (grč. *σύμβολον*: znak, znamenje) potječe iz stare Grčke gdje je bio povezan uz običaj lomljenja glinene pločice pri sklapanju ugovora. Tako bi svaka ugovorna strana dobila dio pločice (simbol) kojim bi se u idućim susretima „prepoznavala“. Već ta jasna upotreba otkriva osnovnu razliku između znaka i simbola. Možemo reći ukratko da je simbol svaki fenomen kojemu je društveno ili kulturalno pripisano neko značenje a ujedno je i mehanizam komunikacije kojeg koriste samo ljudi. U psihoanalizi simbol je oblik kojim je jedna mentalna predodžba (ideja, misao) zamijenjena drugom. Tom se zamjenskom predodžbom u prerusenom obliku u svjesnost prenose „zabranjeni“ sadržaji. Samo oblikovanje simbola nesvjesni je proces. Oduvijek je postojalo zanimanje psihoanalize

za simbole. Tako je Freud je opisivao sličnosti između simbola iz primitivnih kultura i onih koji se javljaju u neurozama ili u snovima. Jedna od klasičnih ideja u psihoanalizi koja seže još od Freuda i njegove ideje je ta da upravo snovi simboliziraju unutarnji svijet želja i htijenja koji su zbog nekih konflikta potisnuti. Možemo reći da je simbolizacija sposobnost osobe da stvori i reprezentira objekt na nesvjesnoj razini. Prije spomenuta Klein ali i Segal (1918-2011) daju veliku važnost sposobnosti simbolizacije za razvoj *selfa*. Njezino simboličko izjednačavanje (eng. *symbolic equation*) vrlo je slično pre-mentalizacijskom modelu psihičke ekvivalencije. Unutarnji svijet istovjetan je vanjskom po simbolima kojima se te želje i objekti iz unutarnjeg svijeta reprezentiraju. Možemo reći da se mentalizacija sa simbolizacijom preklapa u implicitnoj dimenziji, s obzirom da simbolizacija postaje eksplicitna samo osvjesticivanjem njezinog sadržaja odnosno svjesnim reprezentiranjem nesvjesnih mentalnih stanja. Upravo se to postiže i samom mentalizacijom (Quinodoz, 2008).

*Mindfulness* ili mentalna ispunjenost sve je popularniji terapijski pristup. Intervencije temeljene na „punoj svjesnosti“ isprobane su u širokom rasponu mentalnih poremećaja, s najjačim dokazima za primjenu kod depresije i anksioznosti. Ona djeluje tako da mijenja odnos osobe s „beskorisnim“ mislima i emocijama. Postoji niz vježbi i radionica za samostalno vježbanje mentalne ispunjenosti. Neki će reći da je to prezahtjevno za pojedinca dok će drugi usput otkriti i niz alata koji se, nakon što se nauče, mogu primijeniti na stalne životne teškoće. Puna svjesnost ili mentalna ispunjenost može biti korisna za kliničare za promicanje dobrobiti i poboljšanje terapijskog odnosa što je vrlo slično preduvjetima za samu mentalizaciju. U proteklih 15 godina došlo je do porasta zanimanja za *Mindfulness* kao terapijskog modela. Broj akademskih publikacija na tu temu eksponencijalno je porastao. U Ujedinjenom Kraljevstvu interes je tolik da je formirana i grupa svih stranaka kako bi ispitala potencijalne dobrobiti svjesnosti. Njihovo nedavno objavljeno izvješće (*Mindful Nation, UK*) dalo je preporuke za korištenje svjesnosti u zdravstvu, obrazovanju, kaznenom pravosuđu ali i na radnom mjestu (Davis & Hayes, 2011).

*Mindfulness* se prakticira više od 2 tisućljeća, posebice u budističkoj tradiciji. U kasnim 1970-ima Kabat-Zinn osniva kliniku u Massachusettsu te poziva liječnike da ondje upućuju ljude s kroničnom boli i/ili stresom. Mentalna ispunjenost je definirana kao održavanje nečije vlastite svijesti sa sadašnjim realitetom. Koncept je pak deriviran iz istočnih meditativnih tehnika, a danas implementiran u nekoliko modaliteta terapije uključujući i dijalektičku bihevioralnu terapiju. Možemo reći da mentalna ispunjenost ima dvije domene: regulaciju pažnje te prihvatanje i otvorenost ka iskustvima. Mentalna ispunjenost je zapravo sposobnost opažanja i opisivanja vlastitih iskustava. Ona njih percipira ali ih pri

tom ne osuđuje. Utoliko su mentalna ispunjenost i mentalizacija slične jer su obje usmjerene na proučavanje *selfa* i eksplicitno izražavanje integriranih kognitivnih i afektivnih aspekata mentalnih stanja. Mentalna ispunjenost je usmjerena samo na *self*, a ne na druge osobe, no ipak uključuje iskustva i interakcije s neživim stvarima. Ona je vremenski ograničena samo na sadašnjost. Dok se mentalna ispunjenost usredotočuje na prihvaćanje unutarnjih iskustava, mentalizacija se fokusira i na stvaranje reprezentacija i značenja vezanih uz takva iskustva (Davis & Hayes, 2011).

Sposobnost za uviđanjem odnosa između misli, osjećaja i radnji, a s ciljem spoznavanja značenja i uzroka vlastitih iskustava kao i ponašanja, naziva se psihološka umna naklonost (eng. *psychological mindedness*). Ovaj koncept podrazumijeva očuvanu kogniciju i empatiju s ciljem pronalaska značenja ponašanja. Kada se psihološka umna naklonost definira kao refleksija o značenjima i motivaciji ponašanja, misli i osjećaja kod sebe samih i drugih, ona se približava mentalizaciji dodajući interpersonalnu komponentu. Psihološka umna naklonost bavi se eksplicitnim razrađivanjem mentalnih stanja istovremeno naglašavajući kognitivnu i afektivnu komponentu istih. Ovakav koncept je vrlo sličan mentalizaciji (Hall, 1992).

Već smo spominjali pojam empatije (grč. *ἐμπάθεια*: *ἐν* (u) i *πάθος* (pathos, trpljenje, bol, muka) koji je zasigurno jedan od najpoznatijih i najvažnijih pojmova u međuljudskim odnosima. Autori empatiju različito definiraju, no možemo izvući da je to: kognitivno razumijevanje čuvstava i položaja druge osobe npr. situacije u kojoj se nalazi, patnje koju podnosi, ugroženosti koju doživljava ili emocionalno uživanje u osjećaje druge osobe. Upravo to uživanje omogućava gledanje svijeta “njezinim očima“, što je posebice važno tijekom psihologijskog savjetovanja i psihoterapije. Empatija se odvija na nesvjesnoj razini te je orijentirana na mentalna stanja drugih za razliku od mentalizacije koja uključuje i svijest o *selfu* i svojem mentalnom stanju. Tako empatija dodaje dimenziju dijeljenja i brige o tim stanjima. Empatija je više usmjerena na drugu osobu, a mentalizacija ima jednaki fokus na *self* kao i na drugu osobu (Decety & Jackson, 2004).

Posljednji pojam jest svijest o afektima (eng. *affect consciousness*) koji opisuje sposobnost svjesnog opažanja, promišljanja i izražavanja afekata. Suprotno od empatije, svijest o afektima je eksplicitna. Decety i Jackson u svome su radu iznijeli koncizan i razumljiv model. Njihova definicija empatije jest da je to složen oblik psiholoških zaključaka u kojima opažanja, sjećanja, znanja i razum kombinirano pridonose uvidu u misli i osjećaje drugih. Nadalje pronalaze 24 zajedničke karakteristike brojnih definicija i zaključuju da je empatija: afektivna reakcija koja uključuje dijeljenje emocionalnog



stanja s drugom osobom tj. kognitivna sposobnost za imaginacijom perspektive druge osobe i stabilna sposobnost za održavanje distinkcije *self*-druga osoba (Decety & Jackson, 2004).

Mentalizacija i afektivna svijest se preklapaju u tom što se obje temelje na reprezentaciji i međusobnoj komunikaciji afektivnih mentalnih stanja. Afektivna svijest je ipak pri tom eksplicitnija jer se više fokusira na svjesno opažanje i izražavanje afektivnih mentalnih stanja. Kao i sama mentalizacija okrenuta je i *selfu* i drugoj osobi. No, upravo zbog toga što se bavi samo afektivnim mentalnim stanjima razlikuje se od mentalizacije koja uključuje i brojna druga (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Razvojem self-help literature kao i popularne psihologije pojam kao što je emocionalna inteligencija postao je vrlo proširen. Prema Saloveyu i Mayeru emocionalna inteligencija definira se kao "sposobnost praćenja svojih i tuđih osjećanja i emocija te upotreba tih informacija u razmišljanju i ponašanju." Goleman ju pak definira kao sposobnost za nadgledanjem vlastitih i tuđih osjećaja te kao sposobnost razlikovanja osjećaja i njihovog pravilnog imenovanja te korištenja tako dobivenih informacija za usmjeravanje razmišljanja i ponašanja. Možemo reći da je emocionalna inteligencija najbliža empatiji, ali za razliku od nje je jednako usmjerena i *selfu* i drugoj osobi. Od mentalizacije se razlikuje prvenstveno zbog naglaska na afektivnom sadržaju mentalnih stanja (Goleman, 2009).

Intersubjektivnost možemo definirati kao zajedničko shvaćanje i dogovor između *selfa* i druge osobe (u ovom slučaju pacijenta i terapeuta). Tako se stvara „zajednički-dijeljeno“ znanje koje omogućuje uvid u mentalna stanja. Intersubjektivnost naglašava čovjeka kao inherentno socijalno biće (Gillespie & Cornish, 2009). Ogden je pak istraživao uzajamno djelovanje subjektivnosti i intersubjektivnosti u psihoterapiji te je skovao termin „analitički treći“. Tako je treća subjektivnost proizvod je jedinstvene dijalektike među odvojenim subjektivnostima pacijenta i terapeuta u terapijskom okruženju. Međusobnim uvažavanjem i pacijent i terapeut preuzimaju i individualne, ali opet i međusobno zavisne subjektivnosti iz analitičkog trećeg. Upravo to želimo i postići terapijskim procesom (Ogden, 2004; Marčinko, 2011).

Introspekcija se općenito smatra procesom pomoću kojeg učimo o vlastitim trenutnim ili nedavno prošlim mentalnim stanjima ili procesima. Međutim, nisu svi takvi procesi introspektivni. Uži prikaz introspekcije mogao bi zahtijevati da introspekcija uključuje pozornost i izravno otkrivanje nečijih trenutnih mentalnih stanja. Prvotno filozofski pojam iako mnogi filozofi misle da je obraćanje pozornosti ili izravno otkrivanje mentalnih stanja nemoguće ili barem nije prisutno u mnogim paradigmatiskim primjerima introspekcije (Schwitzgebel, 2014).

Refleksivna funkcija je termin kojim se koristimo u istraživačkom kontekstu. Na ljestvicama rezultata refleksivne funkcije možemo razlikovati mentalizirajuće funkcije kao i odsustvo istih. Različite razine refleksivne funkcije posljedica su različitih poremećaja u razvoju mentalizacije (Fonagy et al., 1998).

Metakognicija, također filozofski i dijalektički pojam, objašnjava se kao razmišljanje o razmišljanju. U biti je to vrlo uzak aspekt mentalizacije jer prati samo kognitivni proces koji pak prati samo kognitivne sadržaje. Za razliku od mentalizacije osoba to provodi samo u kontekstu vlastitih misli (Allen et al., 2008).

Radi lakše usporedbe i preglednosti prikazat ćemo gore spomenute procese i koncepte u zajedničkoj tablici. Možemo zaključiti da mentalizacija kao koncept i metoda koja se može primjenjivati u kliničkoj medicini, uključuje sve pozitivne aspekte koje nemaju svi prikazani modeli.

<b>Koncepti</b>	<b>implicitno</b>	<b>eksplicitno</b>	<b>usmjerenost na self</b>	<b>usmjerenost na druge</b>	<b>kognitivna ili afektivna komponenta</b>
Simbolizacija	da	da	da	ne	podjednako
<i>Mindfulness</i>	ne	da	da	u manjoj mjeri	podjednako
Pomnost	ne	da	da	ne	podjednako
Empatija	da	da	u manjoj mjeri	da	afektivna
Svijest o afektima	ne	da	da	da	afektivna
Emocionalna inteligencija	da	da	da	da	afektivna
Mentalizacija	da	da	da	da	podjednako

#### **4. Teorija uma**

Sam pojam mentalizacije ima korijene u različitim područjima o kojim je bilo riječi u prošlim poglavljima kao što su: psihoanalitička teorija objektnih odnosa, posebno u djelu Biona, frankofona psihoanaliza te teorija privrženosti kao i razvojna psihopatologija.

Već smo spomenuli nakane i problematiku filozofskih razmišljanja i pojedinaca koji se bave filozofijom uma. Kognitivna znanost za razliku od same filozofije koristi znanstvenu metodu te

pokušava empirijski dokazati vlastite pretpostavke. Ona dakle razgraničava subjektivnost od objektivnosti.

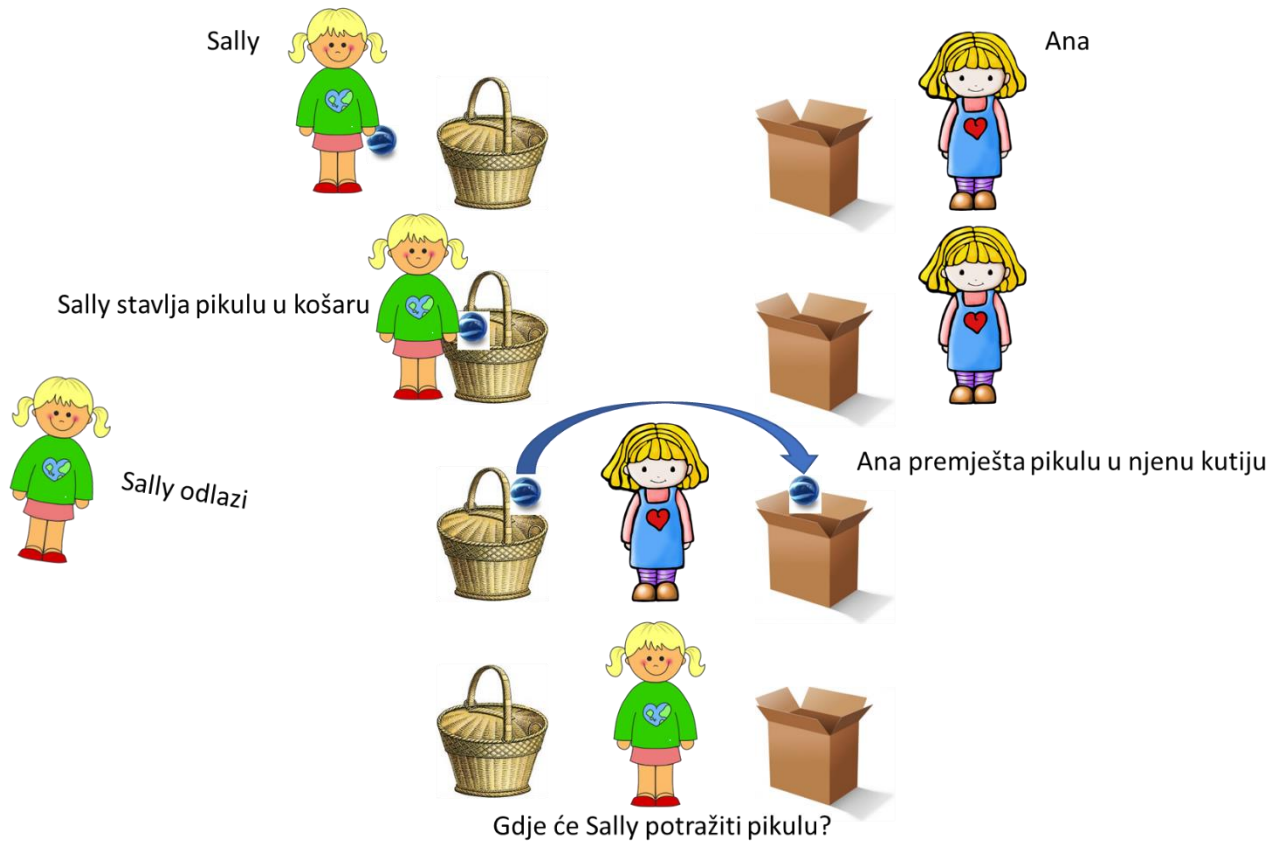
Kognitivna psihologija je usvojila filozofski pojam teorije uma kako bi objasnila neke od poteškoća s kojima se suočavaju ljudi koji pate od raznim psihičkih poremećaja. Konceptualno podrijetlo mentalizacije ima korijene u kognitivnoj psihologiji ali i drugim već spomenutim teorijama.

Kognitivni su psiholozi usvojili su filozofski pojam teorije uma kako bi objasnili neke od poteškoća s kojima se suočavaju ljudi koji pate od različitih psihičkih poremećaja. Nužno je prepoznavanje različitosti ljudi kao što npr. moramo znati odakle netko dolazi da bismo se našli s vlastitim potrebama i da smo u mogućnosti nastaviti svoje planove. Pojedinci koji imaju nesposobnost da osvješčuju druge kao one koji imaju različite umove a time neminovno i različite poglede od njihovih, njima lako međuljudski svijet postaje neobjašnjiv i nepredvidiv, što u konačnici rezultira povlačenjem i preokupacijom sobom kao što je to primjer kod autista (Holmes, 2005).

Samu primjenu teorije uma prvi ostvaruju primatolozi, istraživanjima koja su vršena na čimpanzama. Promatrali su čimpanzine sposobnosti da razumije i predvidi ponašanja glumaca u filmovima koje bi im znanstvenici prezentirali. Nadalje razvojni psiholozi uvode pokuse, zadatke tzv. „lažnog uvjerenja“ gdje se od djece traži da predvide gdje bi oni mogli tražiti nestali objekt koji je premješten iz jednog kontejnera u drugi. Tek u dobi od 5 godina djeca mogu vidjeti da je „prijevera“ moguća i samim tim taj nečiji će um gledati na svijet drugačije od uma drugih, ovisno o dostupnim informacijama te je stoga osoba koja traga sposobna shvatiti stvari „pogrešno“. Samo je mali korak od ovoga do mentaliziranja (Holmes, 2005).

Wimmer i Perner (1983.) osmislili su „Sally-Ann“ zadatak kako bi ispitali dječje razumijevanje „lažnog uvjerenja“.

1. korak: Dijete gleda kako Sally stavlja pikulu u košaru.
2. korak: Dijete vidi da Sally napušta scenu.
3. korak: Dijete gleda kako Ann pomiče pikulu iz košare, skrivajući ga u kutiju.
4. korak: Sally se vraća na scenu, a dijete se pita gdje će Sally tražiti pikulu.



Slika br. 1 Problem „lažnog“ uvjerenja

U izvornoj studiji, većina djece stare tri i četiri godine pogrešno je rekla da će Sally pogledati u kutiju, sugerirajući da je njihovo razumijevanje „lažnog uvjerenja“ bilo manjkavo. Sposobnost da dijete shvati da će Sally pogledati u košaru, a ne u kutiju je uspješno dokazana na djeci od 4 do 6 godina starosti. Upravo zbog poteškoća s interpersonalnim funkcioniranjem, a koje nastaju zbog deficita teorije uma, autistična djeca neuspješno rješavaju zadatke „lažnog vjerovanja“ (Baron-Cohen et al., 1985).

Teorija uma obuhvaća više teorijskih pristupa koji se bave kognitivnim procesima. Razni procesi i mehanizmi u konačnici omogućuju da dijete razumije tuđa mentalna stanja i tako možemo reći da teorija uma potencira kognitivni aspekt i razumijevanje drugih i kao takva je podloga i preduvjet za samu mentalizaciju. Mentalizacija pak podrazumijeva i uvid osobe u vlastite želje, namjere, osjećaje... (Boričević Maršanić et al., 2017).

Teorija uma je dakle predmet ne samo znanstvenih nego i filozofskih razmatranja. S napretkom znanosti ali i tehnologije dovode se u pitanja nove pretpostavke koja proizlaze iz istraživanja odnosa tijelo-um i/ili mozak-um. Spomenimo samo jednu od relativno „novih“ fenomena koji već sad intrigiraju ne samo neuroznanost nego i širu akademsku zajednicu a to je mogućnosti i uopće nezino postojanje i

primjena „umjetne inteligencije“ kao i mogućnost svijesti u ne-ljudskih živih bića (Jurić & Stupalo, 2021).

#### 4.1. Operacionalizacija i mjerenje mentalizacije

Operacionalizacija i mjerenje mentalizacije važni su aspekti istraživanja koji omogućuju kvantifikaciju i objektivno procjenjivanje ove funkcije. Trenutno postoje različiti instrumenti i upitnici koji omogućavaju mjerenje različitih područja ili dimenzija mentalizacijske sposobnosti. Jedan od instrumenata kojim možemo izmjeriti razinu mentalizacije je *Adult attachment interview* (AAI). To je strukturirani intervju koji se fokusira na ranija iskustva privrženosti i putem kojeg ispitivač nastoji doći do podloge psihopatologije kod ispitanika. Kaplan, Goldwyn i Main osmislili su ga 1985. god. i on se sastoji od 20 pitanja gdje se od pacijenata traži da odgovore na postavljena pitanja i opišu njihove odnose s roditeljima u djetinjstvu tako da izaberu 1 od 5 pridjeva. Pacijent mora promišljati o odgojnom stilu svojih roditelja i na koji su način iskustva iz djetinjstva utjecala na razvoj pacijentove ličnosti. Rezultati AAI kategoriziraju privrženost u 4 modela: siguran/autonoman, nesiguran/obacujući, nesiguran/zaokupljen/zabrinut i nesiguran/neriješen/dezorganiziran (Lüdemann et al., 2021).

Ljestvica reflektivnog funkcioniranja (RFS) razvijena je za procjenu individualnih razlika u sposobnosti mentalizacije odnosa privrženosti. Već prije spomenuta reflektivna funkcija (RF) je operacionalizacija mentalnih procesa koji podupiru sposobnost mentalizacije i pruža empirijski utemeljen okvir za razumijevanje ove složene ljudske sposobnosti. RFS procjenjuje mentalizaciju iz transkripata intervjua za privrženost odraslih (AAI). Opću ocjenu daje ispitivač na ljestvici od 11 točaka u rasponu od anti-refleksivan (-1) do iznimno refleksivan (9). Bilježenje rezultata oslanja se na razlikovanje pitanja zahtjeva i dozvola tijekom AAI-ja. Pitanja zahtjeva izravno istražuju reflektivno funkcioniranje (RF), dok pitanja dopuštenja to ne čine. Rezultati se usredotočuju na otkrivanje kvalitativnih markera RF-a odnosno kvalitativnih markera odsutnog RF-a. Ovakva skala upotrijebljena je u istraživanju liječenja poremećaja ličnosti, gdje se veća vrijednost na skali može koristiti s generalno boljom mentalizacijom kod pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Slade i Slade kombinirali su RF skalu skupa s *Parent Development Interview* (PDI) i dobili su *Parental Reflective Functioning Coding System* (PRF-CS). RFS temeljen na PDI je pouzdana i valjana

metoda za mjerenje refleksivnog funkcioniranja roditelja u vezi s njihovim odnosom prema djeci, njihovim roditeljstvom te percepcijom njihove djece.

Rudden, Milrod, Target, Ackerman i Graf (2006.) oblikovali su specifičan kratki refleksivni intervju o funkcioniranju *Brief Reflective Functioning Interview* (BRFI). Pitanja u BRFI-ju namijenjena su provociranju razmišljanja o iskustvima privrženosti i razvijena su na temelju AAI-ja. BRFI se sastoji od 10 pitanja koja su vezana uz pacijentove roditelje i nastoje provocirati mentalizaciju na privrženim događajima te slijedi isti princip kao i AAI. Izračunavaju se prosječne vrijednosti samih pitanja. BRFI stoga predstavlja korisnu, ekonomičnu, pouzdanu i valjanu metodu za mjerenje refleksivnog funkcioniranja (Lüdemann et al., 2021).

Jedna od novijih metoda procjene kao i instrument (samo)procjene mentalizacije je upitnik o refleksivnom funkcioniranju eng. *Reflective functioning questionnaire* (RFQ) kojeg je razvio P. Fonagy. Instrument koristi 12 čestica na 2 subskale, pri tom mjereći sigurnost i nesigurnost u refleksivnom funkcioniranju (Fonagy et al., 2016).

#### **4.2. Neurobiološka potpora mentalizaciji**

Razvojem i napredovanjem tehnologije i nastojanjem znanosti da se teorijske postavke mentalizacije dokažu i eksperimentalno, te upravo uz pomoć napretka neuroznanosti i njezinih novih otkrića, do današnjeg dana učinjen je veliki napredak u razumijevanju i bilježenju mentalizacije kao moždane aktivnosti u specifičnim regijama u mozgu. Među prvima su Fletcher i suradnici PET-om (eng. *positron emission tomography*) snimali metabolički aktivna područja mozga u čitanju i slušanju te je i za njihovo istraživanje bila potrebna teorija uma. Dokazano je da su pri čitanju bili aktivni stražnji cingularni korteks, pri slušanju temporalni polovi obostrano i lijevi gornji temporalni korteks, a za razumijevanje (tj. uporabu teorije uma) medijalni prefrontalni korteks i stražnji cingularni korteks. Istraživanje je pokazalo kako osobe s autizmom i Aspergerovim sindromom imaju nedovoljnu aktivaciju gore navedenih područja (Fletcher et al., 1995).

Otkrićem zrcalnih neurona dodatno je postignut napredak u razumijevanju neurobiološke osnove mentalizacije. Zrcalni neuroni omogućuju percepciju izvođenja određene radnje, bilo da je vizualna ili slušna kod drugih osoba. Kada vidimo ili čujemo neku radnju, subliminalno se aktiviraju odgovarajuća

područja u našem mozgu kao da mi sami izvodimo tu radnju. Zrcalni neuroni, najčešće smješteni prednjem premotornom korteksu, kodiraju radnje koje su usmjerene prema nekom objektu, bez obzira jesu li percipirane ili izvedene te nam pomažu u prepoznavanju cilja i razumijevanja same radnje. Mogućnost razumijevanja drugih ljudi povezana je s aktivacijom ovih „zajedničkih reprezentacija“ i sposobnošću prepoznavanja značajnih obrazaca ponašanja koji su usmjereni prema cilju (Gabbard, 2005).

Medijalni prefrontalni korteks uvijek je aktivan kad razmišljamo o mentalnim stanjima sebe ili drugih, neovisno o tome radi li se o kratkotrajnom afektu ili trajnijoj osobini ličnosti (Frith & Frith, 2006).

Teorija privrženosti ima svoju neurobiološku osnovu koja se temelji na neuralnim sustavima koji promoviraju i održavaju majčinsko ponašanje. Ti sustavi uključuju dopaminski sustav nagrade, kao i oksitocinske projekcije u striatumu, amigdali i cingulumu, koji pak reguliraju socijalno ponašanje i emocije. Istraživanja funkcionalnom magnetskom rezonancijom (fMRI) su pokazala da majčini mezolimbokortikalni dopaminski sustav nagrade reagira na signale djeteta. Primjerice, kada majka gleda lice djeteta ili čuje njegov plač, aktivira se striatum, koji se sastoji od putamena i nucleusa caudatusa. Svaka regija striatuma je povezana sa substantiom nigrom i dopaminskim putovima što omogućuje integraciju motoričkog i limbičkog sustava, kao i kognitivnog i afektivnog sustava, kako bi se stvorili odgovori na podražaje. Oksitocin i vazopresin iz stražnjeg režnja hipofize kod majki koje gledaju svoje dijete ili čuju njegov plač, aktiviraju sustav nagrade te inhibiraju bihevioralni sustav koji potiče izbjegavanje bliskih socijalnih kontakata. Istraživanja su također pokazala kako oksitocin olakšava funkcioniranje u socijalnim situacijama, smanjuje neuroendokrini odgovor na stres te stimulira sustav privrženosti putem aktivacije dopaminskog sustava nagrade. Povećana aktivacija sustava privrženosti potiče povećane razine oksitocina kod roditelja, što ih čini osjetljivima na mentalna stanja djeteta i omogućuje im da bolje razumiju ta stanja, ujedno olakšavajući razvoj djetetove sposobnosti razumijevanja vlastitih stanja (Merchant et al., 2022).

Identificiranje moždanih regija koje sudjeluju u sustavu nagrade, pažnje i mentalizacije omogućilo je razvoj psihoterapijskih tehnika koje povezuju psihološke procese s njihovim biološkim supstratima. Aktivacija sustava privrženosti inhibira aktivnost sustava za integraciju kognitivnih i afektivnih funkcija, posebno sustava za interperiranje negativnih emocija (kao što su srednji prefrontalni, donji parijetalni, temporalni korteks i stražnji cingulum). Također drugi sustav koji je inhibiran je sustav za socijalno i moralno prosuđivanje, kao i identificiranje mentalnih stanja drugih

osoba (kao što su temporalni polovi, spoj temporalnog i parijetalnog korteksa, amigdala i srednji prefrontalni korteks).

Ovaj međusobni odnos je razumljiv kada se uzme u obzir da je funkcija privrženosti regulacija negativnih emocija. Na primjer, gubitak bliske osobe izaziva tugu, kao i to da tražimo bliskost kada smo tužni. Istovremeno deaktivacija sustava socijalnog i moralnog prosuđivanja je potrebna kako bismo izbjegli pretjeranu distancu. Iako prvotno ove spoznaje mogu izgledati kontradiktorno (budući da bi sustav privrženosti i mentalizacija trebali biti pozitivno povezani), neuroznanstvena istraživanja podržavaju povezanost između privrženosti i mentalizacije na razini ponašanja.

## 5. Primjena mentalizacije u klinici

Psihijatrija u svojoj srži nastoji pomoći pacijentu ondje gdje je razvoj zapeo ili stao u potpunosti. Možemo govoriti o zapinjanju u ponavljajućim obrascima. Poremećaji kao što su ovisnost, depresija ili poremećaji ličnosti u srži imaju probleme povezane s mentalizacijom i upravo na tom polju pokazuju zastoj. Bilo kakva promjena dovodi do anksioznosti, jer je anksioznost odgovor na novo i nepoznato (Allen et al., 2003). Uspostava adekvatne mentalizacije gdje je ona nedostatna ili uopće ne postoji temeljni je put ka ozdravljenju. Tako pacijenti dolaze do bolje pozicije gdje mogu odabirati načine koje će koristiti u liječenju, u interpersonalnim odnosima te u svakodnevnim izazovima i posrtanjima. Svaki terapijski plan treba biti individualan i on može sadržavati i uključivati jednu ili kombinaciju više individualnih ili grupnih intervencija te farmakoterapiju.

U kontekstu mentalizacije kao jedne od metoda i njezine primjene u klinici možemo govoriti o tri zajednička cilja:

1. Ojačati mentalizaciju, osjećaj samoostvarenja i mogućnosti izbora.
2. Ojačati kontrolu i svoj kapacitet za samoregulaciju.
3. Promovirati svijest o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima (Allen & Fonagy, 2006).

Terapija temeljena na mentalizaciji (eng. *mentalization based treatment*, MBT) terapijski je koncept kojeg su osmislili Bateman i Fonagy u radu s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti (Bateman & Fonagy, 2010). On u stvari ne predstavlja sasvim novi pristup, nego implementaciju



kombinacije razvojnih procesa prisutnih kod svakog čovjeka – izgradnju privrženosti i koherentnu reprezentaciju vlastitih osjećaja i misli. Ovaj je koncept osmišljen u radu s pacijentima s BPD-om, ali je njegova primjena sigurno šira te se može primijeniti na gotovo sve oblike intervencija i sve poremećaje (Skårderud, 2007). Holmes pak smatra da takvi pristupi u kojima se preklapaju psihoanalitička MBT i kognitivno temeljene terapije kao npr. kognitivno-bihevioralna terapija jesu budućnost psihoterapije općenito (Holmes, 2005).

Dobro posloženi pristup terapeuta koji onemogućava pretpostavke o pacijentovoj mogućnosti mentalizacije dovodi do uspješne intervencije s ciljem oporavka same mentalizacije. On uključuje: fokusiranje na pacijentovu epizodičku memoriju; stimuliranje pacijenta da stvori sliku o interpersonalnim odnosima; terapeut pak nudi alternativni pogled na njih; korištenje pacijentovog emocionalnog odgovora za prilagođavanje sve težim situacijama te terapeutovo usklađeno „zrcaljenje“, što otvara put za sigurno i povjerljivo međusobno okruženje (Fonagy et al., 2011).

Svaki tretman započinje procjenom psihijatra i/ili drugih stručnjaka uključenih u intervenciju. Cilj same procjene je odrediti pacijentov kapacitet za mentalizaciju, jakost područja i funkcioniranja ličnosti te detektirati ona područja koja predstavljaju poteškoće. Već smo prije naveli neke instrumente koji nam pri tomu mogu pomoći kao što su AAI skala za refleksivne funkcije i QRF i BRFI. Oblici terapije su različiti i prilagođeni svakom pacijentu ponaosob: individualna psihoterapija, grupna psihoterapija te obiteljska i bračna terapija. U svakoj od njih imamo mogućnost promicanja mentalizacije ali u različitim odnosima. Od razvoja privrženosti između pacijenta i terapeuta, koja služi kao dobra podloga za razvoj i primjenu mentalizacije, do vježbanja iste na različitim članovima grupe koji svaki za sebe imaju različita mentalna stanja i emocije. U bračnim i obiteljskim terapijama ti odnosi, bilo da su funkcionalni ili ne, također služe kao podloga za uspješnu ili barem početak same mentalizacije. Uz ostale vrste terapije ne smijemo izuzeti i važnost psihofarmaka u liječenju poremećaja s obzirom na neurobiologijsku osnovu mentalizacijskih mehanizama. Poremećaji kao što su poremećaj raspoloženja i anksioznost ali i neki od glavnih stresora mogu onemogućiti postizanje punog kapaciteta, rješavanje problema kao i vježbanja mentalizacije (Allen et al., 2003).

Najvažnija od svega je dakako pacijentova odluka da se ostavi destruktivnih i ponavljajućih obrazaca nementalizirajućih ponašanja. Takva terapija im pomaže da ih sami pacijenti uoče te da shvate što ti obrasci ali i oni sami čine sebi i drugima. Treba ih dovesti do toga da zamijene ili da se ostave obrasci koji daju iluziju kontrole. To je jedino moguće uz pomoć stvaranja veza i privrženosti te partnerske veze pacijent-terapeut ali i ukazivanjem i usvajanjem realnih vještina suočavanja. Kao što je

za bilo koji odnos u životu bitno da se temelji na međusobnom razumijevanju, možemo reći da kada pacijent surađuje te umije koristiti terapijski proces za vlastitu dobrobit, jedino tada može biti napretka u njegovu ozdravljenju.

## **5.1. Terapija temeljena na mentalizaciji (MBT)**

Razvojem koncepta mentalizacije uočena je mogućnost primjene novostečenih znanja o procesima mentalizacije u obliku terapije (*Mentalization Based Therapy MBT*). Već smo spomenuli da koncept mentalizacije vuče korijene iz teorije privrženosti Johna Bowlbyja. Sigurna privrženost između djeteta i njegovog primarnog skrbnika postavlja temelje za emocionalnu stabilnost i zdrave odnose (J. Bowlby, 1991).

Prije samog pristupa terapiji pacijent mora proći procjenu mentalizirajuće ranjivosti i obrasca privrženosti koji uključuje područja ranjivosti u emocionalnoj disregulaciji. Ova procjena i njezini rezultati moraju biti jasni i kliničaru i pacijentu kako bi mentalizacijski pristup pacijenta u terapiji bio nadograđen s mentalizacijskim pristupom kliničara (Fonagy et al., 2016).

Nakon ovog pripremnog rada, pacijentu se nudi individualna i/ili grupnu terapiju. U početku je to bilo organizirano oko 18-mjesečnog programa tjedne grupne terapije ili individualnih treninga. Međutim, dokazi da je to optimalan raspored ili najprikladnija duljina nisu dostupni. Sukladno navedenom MBT-u on se sada provodi i kroz kraće vrijeme te kao terapija jedan na jedan ili kao grupna terapija. Kliničar u MBT-u mora pratiti određena pravila koja mora poštovati tokom trajanja terapije.

### **5.1.1. Primjena MBT-a kod graničnog poremećaja ličnosti**

Granični poremećaj ličnosti (eng. *borderline personality disorder BPD*) ozbiljan je psihijatrijski poremećaj sa prevalencijom tijekom života do 6% (Fonagy et al., 2016). BPD se često dijagnosticira zajedno s poremećajima raspoloženja, anksioznim poremećajima, bipolarnim poremećajem, te shizotipalnim i narcisoidnim poremećajem osobnosti. Prema DSM-V BPD mora zadovoljavati 5 od 9 kriterija kako bi mogli postaviti konačnu dijagnozu:

1. obrazac nestabilnih intenzivnih veza
2. neprimjeren intenzivan bijes
3. očajnički napori za izbjegavanjem napuštanja
4. nestabilnost afekta
5. impulzivna djela
6. ponavljajuće samoozlijeđivanje
7. kronični osjećaj praznine ili dosadu (disforija)
8. privremene stresom uzrokovane paranoične misli
9. poremećaji identiteta i teški disocijativni simptomi.

Predloženi alternativni model, koji reprezentira BPD, odražava sve veći interes za razumijevanje svakog poremećaja ličnosti kao dvodimenzionalnog a ne kao jednodimenzionalnog poremećaja, pri čemu pojedinci pokazuju osobine u različitim stupnjevima. Ovaj model ima 4 moguća elementa oštećenja u funkcioniranju:

1. identitet
2. usmjerenost na sebe (eng. *self-direction*)
3. empatija
4. intimnost.

Identitet i usmjerenost na sebe vezani su uz samu osobu s njezinog funkcijskog aspekta. Osoba koja ima funkcijski deficit u vezi svog identiteta često ima teškoće shvaćati sebe kao jedinstvenu jedinku sa svojom osobnosti i osobnom povijesti. Također ako osoba ima poteškoće s usmjerenosti prema sebi, teško planira dugotrajne ili kratkotrajne planove koji bi utjecali na njegov život. Ova dva elementa odnose se na intrapersonalnu komponentu same osobe.

Interpersonalne komponente uključuju empatiju i intimnost. Empatija je oštećena sposobnost prepoznavanja ili poistovjećivanja s osjećajima i potrebama drugih. Problemi u intimnosti su karakteristika koja ukazuje na neuspjehe u formiranju odnosa privrženosti koji rezultiraju od poremećaja sustava privrženosti u dječjoj dobi (Bateman & Fonagy, 2016).

Osobe sa dijagnosticiranim BPD-om više su bile izložene nasilju u djetinjstvu i traumatskim događajima nego osobe s ostalim poremećajima ličnosti ili zdrave osobe. Alternativni model također opisuje pet patoloških osobnosti koje su povezane s poremećajima ličnosti: negativna afektivnost, odvojenost, antagonizam, dezinhibicija i psihoticizam.

Fonagy i Bateman svoj pristup liječenja graničnog poremećaja osobnosti (BPD) temelje na tri ključne ideje:

1. Pretpostavljaju da su povijest ranih (djelomično emocionalnih) refleksija i poremećeno rano društveno okruženje općenito uobičajeni kod osoba s BPD-om i pretpostavljaju da to može narušiti sposobnost nekih pojedinaca da razviju potpune mentalne kapacitete.
2. Pretpostavljaju da posebno kod tih pojedinca, dodatni nepovoljni događaji ili traume mogu dodatno narušiti mentalizaciju, djelomično kao adaptivnu reakciju pojedinca da ograniči izloženost okrutnom psihosocijalnom okruženju i djelomično zbog visokog stupnja uzbuđenja koje generira preaktivacija i dezorganizirane strategije vezivanja koje ometaju manje uvježbane i slabije razvijene kognitivne kapacitete.
3. Mentalizacija je multidimenzionalna sposobnost, pa će stoga različiti pacijenti s BPD-om biti karakterizirani specifičnim oštećenjem u tim kapacitetima.

Kada se sposobnost mentalizacije izgubi, um se oslanja na ranije razvojne načine davanja smisla svijetu, a ta stanja mentalne obrade poznata su kao prementalizirajući načini. Prementalizirajuće načine karakterizira kao:

1. razmišljanje na brz način ili prečac ili um "izvana u" u kojem se računaju samo brze i vidljive radnje, na primjer, "Ako to ne učiniš, ne voliš me" (u MBT-u se naziva "teleološki modus"),
2. "boom brain" ili "inside out" iskustva u kojima ljudi gube sposobnost razlikovanja unutarnje i vanjske stvarnosti, na primjer, "Osjećam se glupo jednako jesam glup" (ovo se u MBT-u naziva "način psihičke ekvivalencije") i
3. "način mjehurića", koji opisuje osjećaj odsječenosti od vanjskog svijeta, u ekstremnim slučajevima uzrokujući disocijaciju ili depersonalizaciju, na primjer, "ja se ne osjećam stvarnim" (u MBT-u se naziva "način pretvaranja").

U skladu s teoretskom pretpostavkom da su pacijenti s BPD-om posebno podložni prementalizirajućim modusima kada doživljavaju emocionalni distres, posebno u kontekstu odnosa

privrženosti, primarni cilj terapeuta je identificirati te mentalne pomake i vratiti pacijenta u mentalno stanje u kojem osoba može razmišljati i razmišljati o tome što se događa. Kada je u mentalizirajućem načinu, pretpostavlja se da kod pacijenta razumijevanje vlastitih ali i tuđih unutarnjih mentalnih stanja, olakšava emocionalno i interpersonalno funkcioniranje i društvenu interakciju (Bateman & Fonagy, 2016.).

Kako bi se nosili sa svojim unutarnjim nemirom i imali normalnu socijalnu interakciju sa drugim ljudima, osobe sa graničnim poremećajem ličnosti imaju naviku hiperaktivacije privrženosti. Obično se javlja kod anksioznih osoba sa BPD-om te se oni vežu za druge osobe vrlo brzo i lako (Mikulincer & Shaver, 2007). Ovakav razvoj događaja obično završava razočaravajuće iz više razloga. Jedan od razloga je taj da hiperaktivacija privrženosti kod osoba uzrokuje neprimjerenu privrženost prema drugima, a s druge strane hiperaktivacija privrženosti inhibira dio mozga koji je odgovoran za suđenje i povjerenje prema drugim ljudima (Allen et al., 2008).

Osobe koje primarno koriste deaktivaciju privrženosti i emocionalnu distancu skloni su duljoj i boljoj sposobnosti mentalizacije nego osobe sa hiperaktivacijom privrženosti. Kada premaše razinu stresa deaktivacijska strategija više nije učinkovita te se ponovno pojavljuje osjećaj nesigurnosti, pojačani osjećaj negativne slike o samom sebi i povećani nivo unutarnjeg nemira (Mikulincer et al., 2004). Takvi pacijenti ponekad se mogu doimati mirni i čak sposobni za mentalizaciju. Katkada oni mogu imati i povišen krvni tlak ili mogu imati nagle promjene raspoloženja od potpune mirnoće do osjećaja nelagode i slabosti.

### **5.1.2 Primjena MBT-a u poremećajima hranjenja**

Mentalizacija kao pristup u poremećajima hranjenja promatra iste kao poremećaj *selfa* te samoregulacije afekta. Možemo također govoriti o specifičnom fenotipu poremećaja ličnosti (Espeset et al., 2012). Kod osoba koje boluju od poremećaja hranjenja primijećen je veliki deficit mentalizacije i zato se kao osnovni cilj ovakve terapije postavlja oporavak same mentalizacije. Smatra se da se simptomi pojavljuju kao pokušaji zastiranja bolnih i oštećenih stanja *selfa*. Tako osobe s poremećajima hranjenja svojim različitim aktivnostima i ponašanjima - pojačano vježbanje, povraćanje, prejedanje - pokušavaju regulirati i na neki način strukturirati emocije. Upravo će to predstavljati prementalizacijski model funkcioniranja, točnije teleološki model (Marčinko et al., 2013).

Sam preduvjet dobrog i povjerljivog terapijskog saveza te stvaranje sigurne privrženosti uz terapeuta, samo po sebi jača kapacitet mentalizacije. Nastoje se istražiti okidači za određena emocionalna stanja te se identificiraju i opisuju i najmanje razlike koje se uoče u mentalnim stanjima. Razmatraju se epizode i događaji iz prošlosti koji bi mogli utjecati na sadašnje mentalno stanje te njihovi uzroci. Tako terapeut zrcali ono što mu pacijent nudi, pri čemu jasno razlučuje svoja iskustva od pacijentovih. Pristup je „živ“ te jako aktivan pri čemu terapeut često postavlja pitanja, komentira te predlaže drugačije viđenje i razmišljanje uvijek ostajući pri tezi „ja ništa ne znam“. Ideja jest ta da pacijent nauči da uvijek postoji više perspektiva dok je sam sadržaj interpretacije nevažan i ne smije biti u fokusu. Terapeut nikad ne smije biti prenapadan i prijeteći. Terapeut i pacijent zajedno istražuju simboliku simptoma. Kroz otvoren stav terapeut pokazuje da razumije kompleksnost poremećaja, a to je za oboljele jako važno. Oni sami često imaju osjećaj da ih nitko ne razumije i da je kod svakog od njih sve drugačije, nego što je prije ili je sad bilo kod nekog drugog pacijenta. U sklopu tretmana uvijek treba i educirati pacijenta te ga uputiti u sve što mu se događa sa stručne strane. Pacijent tako osjeća da ima mogućnost preuzimanja aktivne uloge u svom liječenju. U poremećajima hranjenja jedino neupitno treba biti uzimanje hrane, ali se izjave oko uzimanja hrane nikad ne izgovaraju preautoritativno i prestrogo, ili bilo kakvim drugim ponižavajućim, moralizirajućim ili prijetećim tonom. Takav pristup prema pacijentima odmah rezultira nastajanjem straha, otpora i nesuradnje. Pažnju treba posvetiti i istraživanju prošlih iskustava s hranom i tijelom. Njih treba povezati s emocionalnim i kognitivnim iskustvima te iskustvima u odnosima. U konačnici ih treba verbalizirati da bi se o njima moglo razgovarati kao o nečem fizičkom i metaforičkom. Takav pristup dovodi do dekonkretizacije samih simptoma (Skårderud, 2007).

Kao primjer terapije MBT-a kod poremećaja hranjenja ukratko ću predstaviti rezultate istraživanja provedenog na Psihijatrijskom odjelu Sveučilišne bolnice u Udinama (Italija, 2015). Za sve uzorke pacijenata i kontrolnu skupinu, provedeno je psihijatrijsko, medicinsko, nutricionističko i dijetetičko praćenje. Prva je grupa liječena po MBT protokolu koji se sastojao od 18 mjeseci psihoterapije: tjedne individualne psihoterapijske sesije u trajanju od 45 min i tjednog termina grupne psihoterapije u trajanju od 90 min. Terapeuti su prošli obuku MBT-ED na Institutu Anna Freud u Londonu. Druga je grupa liječena psihodinamičkim modelom, koji se paralelno provodio tijekom istog razdoblja od 18 mjeseci, a sastojao se od tjedne sesije individualne psihoterapije u trajanju od 50 min, koju su pak provodili psihodinamički orijentirani terapeuti. Modeli MBT-a i SPT-a razlikuju se i u načinu na koji se sama terapija provodi. MBT polazi od istog mentalnog stava „ne-znanja“ kao i psihodinamički tretman, ali te informacije koristi drugačije s aktivnim fokusom na razumijevanje i

nerazumijevanje sebe i drugih, kao i korištenjem implicitnog i eksplicitnog u intervencijama, na temelju stvarnog psihičkog stanja pacijenta. Pri tom je MBT terapeut aktivniji od psihodinamičkog terapeuta te potiče pacijenta na zajednički pogled na procese koji su u osnovi tretmana, a ne pretvara se da ih razumije, kao što psihodinamički terapeut obično radi. Štoviše, MBT terapeut pomaže pacijentu baviti se vlastitim osjećajima, a ne samo prepoznavati ih i imenovati.

Što se tiče rezultata, usporedba između dvije skupine pokazuje da su oba tretmana bila povezana uz značajno poboljšanje nekoliko pacijenata. Kada se uzme u obzir da je MBT relativno novi tretman, time je pokazano da sad postoji i teorijska ali i empirijska podloga da ga se primjenjuje kod liječenja poremećaja hranjenja. Autori su na kraju istaknuli da se postavlja jedno od glavnih pitanja je li MBT pristup prikladniji i isplativiji za implementaciju u javnu službu te za obuku psihijatrijskih specijalizanata (Balestrieri et al., 2015).

### **5.1.3. Primjena MBT-a kod depresivnih poremećaja**

Paralelno s napretkom u terapiji depresije u terapijski fokus dolazi i primjena MBT-a kod takve vrste poremećaja. U samu terapiju i proces liječenja uključuje se i trening svjesnosti (Segal et al., 2002). Već smo spomenuli da se ta dva koncepta preklapaju. Kod depresivnih poremećaja ključno je da se mentalna stanja mijenjaju - fenomen koji izmiče pozornosti depresivnih pacijenata. Ovdje svjesnost može omogućiti određenu nevezanost, npr. dok pacijenti uče identificirati "mentalno-stanje-u-kojem-sebe-sebe doživljavam potpuno bezvrijednim" (Segal et al., 2002).

Mentalizacija omogućuje određenu nevezanost pomažući pacijentu da usvoji višestruke perspektive na danu situaciju (npr. "Prvo sam mislio da me nije pozdravila jer me se htjela riješiti, ali onda mi je palo na pamet da je možda bila zaokupljena njezinim nadolazećim ispitom"). Tako se mentalizacija suprotstavlja sklonosti preživljavanju, što može dovesti osobu u depresivno raspoloženje te s vremenom, generirati depresivnu bolest (Ingram, 2003).

Načela i mentalizacijski savjeti kognitivnog terapeuta:

- Anksioznost nije smrtonosna.
- Anksioznost se ne poistovjeđuje s osobnom slabošću.
- Misli su misli, a ne činjenice.
- Emocije nisu izravni odrazi stvarnosti.
- Kad postanem tjeskoban, imam više tjeskobnih misli.
- Ako sam više zabrinut, to ne čini svijet opasnijim.
- Kontroliranje tjeskobe uzrokuje više tjeskobe.
- Moram biti spreman iskusiti tjeskobu kako bih smanjio tjeskobu (Allen et al., 2008).

Kognitivna terapija je najbliža mentalizaciji u svojoj zabrinutosti za metakogniciju: razmišljanje o razmišljanju. U ovim i drugim domenama, kognitivna terapija ima prednost jer nudi visoko strukturirane tehnike utemeljene na dokazima koje, s našeg stajališta, olakšavaju mentalizaciju. Ne slučajno, metakognitivni kapaciteti igraju središnju ulogu u sigurnoj privrženosti i obrnuto. U skladu s tim, iz perspektive teorije privrženosti, kvaliteta odnosa pacijent-terapeut središnja je za proces mentalizacije u kognitivnoj terapiji. Štoviše, gledano iz perspektive razvojne psihopatologije, kognitivne distorzije očite u depresiji često imaju korijene u traumatičnim odnosima privrženosti (Allen, 2006).

#### **5.1.4. Primjena MBT-a kod PTSP-a i trauma**

Poteškoće u mentalizaciji ključna su značajka kompleksnog PTSP-a i disocijativnih poremećaja (Mitchel & Steele, 2021). Obnavljanje mentalizacije u dvije domene leži u središtu liječenja PTSP –a i trauma: 1. mentalizacija je sredstvo za borbu s opsesivnim simptomima PTSP-a te 2. mentalizacija je ključ za prekidanje rekonstrukcije traume (Allen et al., 2008). Osoba koja pati od PTSP-a mora razviti sposobnost da traumatična sjećanja ima na umu kao značajno i emocionalno podnošljivo iskustvo. Mentalizacija time postaje put do odvajanja prošlosti od sadašnjosti, a ujedno i način prelaska sa svakog ponovnog proživljavanja na sjećanje. Kao i kod svakog MBT-a, mentalizacija je temelj (samo)regulacije emocija. Svaki takav tretman koji omogućuje pacijentu da razmišlja, osjeća i govori o traumi dok je emocionalno angažiran, ali ne i emocionalno preopterećen, olakšat će mentalizaciju. To već postižu kognitivno-bihevioralni tretmani za PTSP koji se temelje na izloženosti. U mjeri u kojoj se oni fokusiraju



na traumom, psihodinamički tretmani mogu učiniti isto. Ipak, ovako strukturirani pristup, kao što je MBT, ima prednost da u dnevni red eksplicitno uključi i obradu traume. Prema iskustvu autora i pacijentu i terapeutu je lako izbjeći suočavanje s traumom u otvorenijim terapijama (Allen et al., 2008). U nedostatku mentalizacije, osobe koje pate od PTSP-a postaju uvedene u Sizifov „posao“ u kojem nesvjesno rekonstruiraju traume iz prošlosti u sadašnjim odnosima na način u kojem uvijek iznova eskalira osjećaj prijetnje. Ti pak eskalirajući stresori evociraju sjećanja na prošlost trauma. PTSP u kombinaciji s impulzivnim i destruktivnim ponašanjem, potiče rekonstrukcije. Mentalizacija je jednako važna i u identificiranju takvih ponašanja te povezanih podsjetnika kako bi se odvojila sadašnjost od prošlosti i smanjila mogućnost rekonstrukcije (Allen et al., 2008).

Nije neuobičajeno da se osobe koje pate od PTSP-a zatvaraju u zaštićeni, izolirani i društveno povučeni način života. Oni kao da žive u mentalnom zatvoru, užasnuti su vlastitim umom. Općenito se boje misliti jer se boje sjećati a i osjećati. Upravo vraćanje te slobode mišljenja ali i osjećanja temeljni je cilj tretmana MBT-a. Sloboda mišljenja i osjećanja neodvojiva je pak od slobode stvaranja svih odnosa privrženosti. Štoviše, sloboda mišljenja i osjećanja ovisi jednako o odnosu čovjeka prema samom sebi (Allen et al., 2008).

MBT može biti od pomoći za kompleksni PTSP i razne disocijativne poremećaje. Osim toga, kliničko iskustvo ukazuje na anegdotsku potporu za njegovo uključivanje u ovu populaciju. Isti autori navode da je nekolicina autora primijetila da bi bolja povezanost između polja traume i mentalizacije bila dobra podloga za bolje razumijevanje te primjenu mentalizacije na teške poremećaje povezane s traumom. Autori članka predlažu eksplicitniji fokus na sigurnu vezu terapeuta i pacijenta (razumijevanje i dijeljenje), privrženost kao i procese mentalizacije koji će poboljšati terapijsku praksu s ovom skupinom klijenata (Mitchell & Steele, 2021).

Složena ili razvojna trauma može se najbolje „osloniti“ na odnos privrženosti jer se obično događa u kontekstu bliskih intimnih odnosa. Tako se PTSP može shvatiti kao dio kontinuuma poremećaja povezanih s traumom. Oni ne uključuju samo simptome povezane s traumom, već često i nedostatke u općim emocionalnim i relacijskim strategijama suočavanja te poremećaje identiteta zbog uplitanja u normalnu razvojnu putanju cjelokupne pacijentove osobnosti i osjećaja sebe. Disocijativni simptomi kao što su apsorpcija, depersonalizacija i isključivanje temeljna su obilježja kompleksnog PTSP-a (Mitchell & Steele, 2021).

Već smo prije naglasili kada su primarni odnosi nasilni, zanemarujući ili vrlo nesigurni, djeca se ne osjećaju sigurno. To dovodi i do deficita njihove funkcije mentalizacije. Deficit i loša mentalizacija loše utječe na točnost mentalnih reprezentacija tijekom razvoja. Autori članka predlažu da se ulože veći naponi kako bi se teorija i praksa mentalizacije integrirali u liječenje kompleksnog PTSP-a i trauma općenito kao i disocijativnih poremećaja. Isto tako, oni koji su dobro upoznati s pristupima mentalizaciji i MBT-a mogu imati koristi od učenja istih upravo i iz njihove primjene na područja razvojne traume i disocijacije (Mitchell & Steele, 2021).

### **5.1.5. Primjena MBT-a kod poremećaja ovisnosti**

Ovisnost o drogama i drugim opojnim sredstvima ima svoje korijene u problemu mentalizacije i deficitu u razvoju, a nekolicina znanstvenika smatra kako je srž problema u deficitu afektivnog procesuiranja. Afektivno procesuiranje jedan je od osnovnih komponenti mentalizacije i njezin deficit u pacijenata koji su ovisni o drogi točka, ima sličnost sa psihogenetskom osnovom mentalizacijskih poremećaja sa psihosomatskim bolestima. Mentalizacijski model, MBT, na temelju modela ovisnika i njegovog manjka mentalizacijske sposobnosti ima obećavajući potencijal u budućoj psihodijagnostici i terapiji (Savov & Atanassov, 2013).

Terapija temeljena na mentalizaciji npr. kod “seksualnih ovisnika” provodi se s ciljem smanjenja hiperseksualnih ponašanja kao poremećaja koji mogu uzrokovati. MBT-SA (eng. *mentalization based treatment in sexual addicts*) nastoji povećati pacijentovo psihoseksualno iskustvo i seksualne veze povećavanjem razumijevanja vlastitog uma kao i uma drugih (osobito onih s kojima pacijent povezuje seksualnost, ili pak onih koji su interes pacijentova seksualnih ponašanja). Uspjeh MBT-SA možemo mjeriti s 3 ključna faktora:

1. kvantifikacijski - simptomatsko poboljšanje (smanjenje hiperseksualnog ponašanja i vlastitih impulzivnih misli)
2. promjena u pacijentovom afektu i kognitivnoj sposobnosti u vezi sa seksualnošću (pogotovo poboljšana reflektivna funkcija i eksplicitna mentalizacija o seksualnosti te smanjenje prementalizirajućih načina mišljenja)
3. poboljšanje odnosa pacijenta što se očituje povećanom međuljudskom mentalizacijom i mentaliziranom afektivnošću u odnosima.

Kako se MBT klinički temelji na uvjerenju da povećanje mentalizacije i refleksivne sposobnosti predstavljaju osnovne mehanizme terapijske promjene, cilj MBT-SA je omogućiti pacijentu da svjesno razumije misli i osjećaje koji ga dovode nemogućnosti kontrole seksualnog ponašanja (Berry & Berry, 2014).

### **5.1.6. Primjena MBT-a kod psihoza**

Poremećaji mentalizacije sve češće su povezani sa simptomima te funkcionalnim oštećenjem osoba sa psihotičnim poremećajima. MBT može igrati važnu ulogu u olakšavanju oporavka od psihoze (Brent et al, 2014). Specifična mentalizacija te nedostaci koji se javljaju kod psihotičnih poremećaja moraju se odrediti empirijski i to primjenom različitih zadataka. Razlikovanje mentalizirajućih poremećaja povezanih s psihotičnim poremećajima od onih koji se javljaju kod graničnog poremećaja ličnosti, autizma ili druge teške mentalne bolesti, komplicira nekoliko čimbenika: 1) ograničenja trenutnih metoda procjene; 2) ono u kojoj su mjeri povezana oštećenja mentalizacije sa specifičnim društvenim kontekstom; 3) značajna dijagnostika heterogenosti osoba sa psihozom te 4) visoke stope psihijatrijskih komorbiditeta, uključujući poremećaje ličnosti, među pacijentima s psihotičnim poremećajem (Brent et al, 2014). MBT je tretman za rješavanje temeljnih simptoma različitih psihotičnih poremećaja i simptoma kao što su impulzivnost te ponašanja samoozljeđivanja kao npr. kod graničnog poremećaja ličnosti. Specifično za psihotične simptome je to da se obično javljaju situacijski unutar specifičnog društvenog konteksta npr. nerazumijevanje tuđih namjera. Rehabilitacija sposobnosti „za sebe“ kao i razumijevanje drugih može biti kritična komponenta mehanizma promjene u tretmanu ljudi sa psihozom. (Brent et al, 2014).

Glavni ciljevi MBT-a su poticanje sposobnosti mentalizacije o sebi i drugima te olakšavanje razumijevanja načina na koji mentalizacija utječe na specifične međuljudske odnose. U liječenju psihoza, razvijajući razumijevanje, određene domene i oštećenja kod pojedinca kao što je sposobnost razmišljanja o mentalnim stanjima, pomaže uspostaviti fokus liječenja. Smetnje unutar društvenog konteksta privrženosti povezane su sa smetnjama mentalizacije a time i sa psihotičnim poremećajima. Pravovremeni tijek liječenja dovodi do kvalitete mentalizacije koja se ispituje kroz razgovore o pacijentovom razmišljanju unutar međuljudskih odnosa (Brent et al, 2014).

Upravo rad (Brent et al., 2014) prikazuje poboljšanje društvene funkcije kod nekoliko slučajeva, ljudi sa shizofrenijom koji su primili MBT.

## **6. Zaključak**

Glavno je pitanje koje postavljaju prije opisani primjeri može li psihoterapija usmjerena na nedostatke socijalnog razumijevanja, kao što je i sam tretman temeljen na mentalizaciji (MBT), olakšati i pridonijeti bržem oporavku pacijenata s raznim psihičkim oboljenjima i poremećajima. Oštećena mentalizacija kao sposobnost razmišljanja o mentalnim stanjima u sebi i drugima, sve se više smatra važnom psihopatološkom domenom kod osoba s psihičkim poremećajima (Allen et al., 2008).

Nedavna i sve brojnija literatura pokazuje da je razumijevanje mentalnog stanja usko povezano s društvenim kontekstom ali i s vrlo ranim primarnim odnosima privrženosti (Brent et al., 2014). Opće je poznato i priznato da tijekom prvih godina života, dijete i skrbnik razvijaju emocionalnu vezu. Dijete ima osjećaj sigurnosti u blizini njegovatelja te su bitna djetetova očekivanja u obraćanju skrbniku za utjehu tijekom razdoblja emocionalnih nedaća. Tu na scenu dolazi temeljni odnos i razmatrana teorija privrženosti. Predviđa se da skrbnikovo „snalaženje“ tj. sklad s djetetovom težnjom za privrženosti koju ono pokazuje kroz svoja ponašanja (npr. plakanje, smiješak, prijanjanje) i reakcije na nekakav distress, postupno će promicati djetetov osjećaj sigurnosti kod njegovatelja (Brent et al., 2014). U toj formuli krije se dakako dobar „start“ za svakog pojedinca da kasnije razvije sve svoje potencijale kako na emocionalnom tako i na kognitivnom ali i na društvenom planu. Djeca koja pak dožive značajnu disfunkciju privrženosti (npr. maltretirana djeca) pokazala su kašnjenja u stjecanje razumijevanja mentalnog stanja (Boričević Maršanić et al., 2017).

Veze između privrženosti i razvoja mentalizacije, pacijentove okoline koja skrbi može imati značajan i jak moderirajući utjecaj na sposobnost za kasnije točno međuljudsko razumijevanje (Brent et al. 2014). Autori naglašavaju da je bitno dalje proučavati koliko upravo mentalizacijski deficiti, koji nastaju u kontekstu disfunkcionalnih odnosa privrženosti, pridonose psihozi i ostalim psihičkim poremećajima. To je ogromno područje u kojem ostaju brojna neriješena pitanja. Dakako da postoje i mnogi drugi čimbenici koji mogu dovesti do poremećaja mentalizacije, i to ne samo kod osoba s psihotičnim poremećajima, koje nije nužno povezati s kvalitetom skrbi. Nabrojimo samo neke kao što su okruženje, temperament ili pak traume koje su se desile neovisno o iskustvima s njihovim

njevodateljima (Brent et al., 2014). Današnja kronična izloženost životnim stresnim situacijama definitivno ne pomaže niti u održavanju odnosa niti u razvoju privrženosti u njima samima.

Jedan od vrlo novih ali „prijetećih“ fenomena treba pomno istražiti i raditi na prevenciji već vidljivih deficita i poremećaja koje sa sobom donosi. To je sve veća prisutnost „virtualnog svijeta“ i sve veća ovisnost o njemu ne samo djece i mladih. Treba istražiti koji i kakav utjecaj vrše razni „ekrani“ te stvaraju ovisnost na prvenstveno mlađu populaciju. Taj će sigurno fenomen utjecati, a to se već događa, na poremećaje u ponašanju ali i u samoj mentalizaciji. Više smo puta spomenuli kako upravo poteškoće u razlikovanju unutarnjeg od vanjskog, a tako i osjetilnih iskustava, mogu povećati rizik za različite društvene disfunkcije. Otudjenje od svijeta a i sve slabije komunikacijske vještine sigurno će pridonijeti i oslabljenoj i onemogućenoj mentalizaciji.

## **7. Perspektive**

Premda mlado istraživano područje psihoanalitike i neuroznanosti općenito, mentalizacija sigurno pruža razne mogućnosti i prednosti u kliničkoj medicini 21.-og stoljeća. Prikazana su područja djelovanja MBT u širokom rasponu liječenja raznih poremećaja. Za svaku „novinu“ pa tako i u samoj znanosti jedan od bitnih faktora za dokazivanje i operacionalizaciju te potvrdu u znanstvenoj široj javnosti, je vrijeme. Premda je vidljiv je porast znanstvenih članaka i stručnih knjiga i priručnika na temu mentalizacije u zadnjih 20-tak godina, ostaju područja koja tek treba istražiti i usklađivati s novo nastalim fenomenima.

Na internetu se mogu pronaći i razne edukacije i tečajevi mentalizacije koje nude ne samo klinike nego i privatne osobe. Možda je upravo i to put da se MBT približi ne samo „kliničarima“ nego i svima onima koji rade s djecom i mladima – odgajateljima, profesorima ali i mladim roditeljima s djecom. Dakako treba promišljati i o organizaciji posla samih klinika jer nedostatak ili neopstojnost istih kliničara na jednom mjestu, dovodi do nemogućnosti ostvarivanja privrženosti a time je i sam MBT teže ostvariv i upitan (Boričević Maršanić et al., 2017).

Poboljšanje poslovnih procesa oduvijek je uključivalo i poboljšanje komunikacijskih modela općenito. Moguće je dalje istraživati implementaciju mentalizacije u te procese. Dakako i tu treba krenuti od same edukacije.

Pojava umjetne inteligencije kao vrlo „svježeg“ fenomena također donosi mogućnost istraživanja u području neuroznanosti i psihijatrije a tako i mentalizacije. Odmah se postavlja pitanje privrženosti između terapeuta i pacijenta te se nadam da umjetna inteligencija ni u kojem slučaju neće biti uključena u bilo kakve psihoanalitičke metode. Ipak prednosti novog i modernog svijeta treba i pametno koristiti te mentalizaciju i njezinu primjenu učiniti vidljivijom i dostupnijom putem raznih edukacija, tečajeva koji se mogu pratiti upravo i putem različitih virtualnih medija.

Još je jedno područje vrlo zanimljivo a sve se više pojavljuje uz sve ostale fenomene koje „otvaranje“ i globalizacija svijeta nose sa sobom. Različiti jezici i različite komunikacijske strukture ali i različiti društveni i kulturni konteksti, stvaraju određene barijere. Ostaje istražiti koliko će ti izazovi narušiti mogućnost u međusobnim mentalizacijama zbog novog i nepoznatog.

Ono što je sigurno je da je mentalizacija, iako mlad i još nedovoljno istražen koncept u kliničkoj medicini 21. stoljeća, već uočena kao dobar i moguć put ka liječenju i izlječenju.

## 8. Zahvale

Zahvalio bih se Prof. D. Marčinku na ukazanom trudu, povjerenju, strpljenju i pomoći oko pisanja diplomskog rada.

Želio bih se zahvaliti svim svojim prijateljima koji su bili uz mene sve ove godine mog studiranja. Vaša prisutnost i društvo uvelike mi je olakšavalo teške dane i još me više uveseljavalo u sretnim trenucima.

Posebne zahvale idu Ani, bez koje bih se pogubio u moru ispita i obaveza i Davidu, bez kojeg vjerojatno ne bih niti završio ovaj studij.

Hvala i mojoj braći koja su uvijek bila tu kad sam trebao odmor ili kad mi je trebao dodatni poticaj za učenje.

Na kraju najveća zahvala ide mojim roditeljima, koji su uvijek bili tu kad je trebalo i davali mi savjete kroz moj dug put na ovom studiju. Bez vas sigurno ne bih bio tu gdje jesam. Hvala vam od srca.

## 9. Literatura

- Ajduković, M., Orešković, K. K., Laklija, M. (2006). Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad. Pregledni članak, UDK 364.01:364.4
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice* (1st ed). American Psychiatric Pub.
- Allen, J. G., Fonagy, P., (2006). *Handbook of mentalisation-based treatment*. Book, John Wiley & Sons, Ltd.
- Balestrieri, M., Zuanon, S., Pellizzari, J., Zappoli-Thyrion, E., Ciano, R., & ResT-MBT. (2015). Mentalization in eating disorders: A preliminary trial comparing mentalization-based treatment (MBT) with a psychodynamic-oriented treatment. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 20(4), 525–528. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0204-1>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide* (First edition). Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders, A Practical Guide*. Oxford University Press
- Berry, M. D., & Berry, P. D. (2014). Mentalization-based therapy for sexual addiction: Foundations for a clinical model. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 245–260. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.856516>
- Bogdanić, T. (2019). Validacija mjere samoprocjene mentalizacije na adolescentskom uzorku: Upitnik reflektivnog funkcioniranja. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Bokulić, E. (2016). Mentalizacija kao spoj psihoanalitičkih i kognitivno bihevioralnih teorija. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet
- Boričević Maršanić, V., Karapetrić Bolfan, Lj., Buljan Flander, G., Grgić, V. (2017). „Vidjeti sebe izvana, a druge iznutra“ - Mentalitacija u djece i adolescenata i tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente. *Pregled. Soc. psihijat.* Vol. 45 Br. 1, str. 43-56
- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L. J., Fonagy, P. (2014) Linking an Attachment-based Model to the Psychotherapy for Impaired Mental State Understanding in People with Psychotic Disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci* - Vol. 51 - No 1
- Davis, D. M., Hayes, J. A. (2011). What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.



- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2012). The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa: Negative Emotions in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 451–460. <https://doi.org/10.1002/erv.2183>
- 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), 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. London: University College London, 1998.
- Fonagy, P., Allison, E. (2011). What is Mentalisation? The Concept and its Foundation in Developmental Research and Social-Cognitive Neuroscience. Chapter
- Frgaćić, T. (2015). Mentalizacija i teorija uma u medicini 21. Stoljeća. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Gillespie, A., & Cornish, F. (2009). Intersubjectivity: Towards a Dialogical Analysis. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 40(1), 19-46.
- Goleman, D. (2009). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ* (Elektroničko izd.). New York: Bantam Books.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Hall, J. A. (1992). Psychological-Mindedness: A Conceptual Model. *American Journal of Psychotherapy*, 46(1), 131-140.
- Holmes, J. (2005). Notes on mentalizing – Old hat, or new wine? *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 179-197.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and Attachment Theory* (2. izd.). New York: Routledge.
- Hršak, M. (2016). Uloga i značaj psihoanalize danas kao psihoterapijske tehnike. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

- Ingenhoven, T. J. M. (2015). The place of trauma in the treatment of personality disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 6:1, 27629
- Ivezić, S. Š., Skočić Hanžek, M., Bilić, V. (2019). Važnost teorije objektnih odnosa M. Klein za razumijevanje procesa u grupnoj psihoterapiji osoba s iskustvom psihoze. Članak. *Psihoterapija*; vol. 33, br. 2: 222-44
- Jurić, H., Stupalo, K. (2021). *Filozofija. Školska knjiga*, Zagreb 2021.
- Jakobsen, J. C., Glud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., Lange, T., Søgaard, U., Simonsen, E. (2012). ‘Third wave’ cognitive therapy versus mentalization-based therapy for major depressive disorder. A protocol for a randomised clinical trial. *Study Protocol*. Jakobsen et al. *BMC Psychiatry*, 12:232
- Jańczak, M. (2018). Mentalization in clinical practice – a Psychodynamic perspective. *Psychoterapia* 4 (187)
- Kohut, H. (1959). Introspection, Emphaty, and Psychoanalysis. An Examination of the Realationship between Mode of Observation Theory. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, Volume VII, No. 3
- Law, R., Ravitz, P., Pain, C., Fonagy, P. (2022). Interpersonal Psychotherapy and Mentalizing— Synergies in Clinical Practice. *Am J Psychother* 75:1
- Lüdemann, J., Rabung, S., Andreas, S. (2021). Systematic Review on Mentalization as Key Factor in Psychotherapy. *Review. Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9161
- Lysaker, P. H., Cheli, S., Dimaggio, G., Buck, B., Bonfils, K. A., Huling, K., Wiesepape, C., Lysaker, J. T. (2021). Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? Lysaker et al. *BMC Psychiatry* 21:329
- Marčinko, D. (2013). *Poremećaji hranjenja : od razumijevanja do liječenja* , Medicinska naklada, 2013.
- Marčinko, D. (2011). Intersubjectivity and Psychopharmacotherapy in the Treatment of Chronically Suicidal Patients. *Psychiatria Danubina*, 23(3), 325-327.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment, Group–Related Processes, and Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(2), 233–245. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.2.233>

- Mikulincer, M., Dolev, T., & Shaver, P. R. (2004). Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 940–956. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.6.940>
- Mitchell, S., & Steele, K. (2021). Mentalising in complex trauma and dissociative disorders. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100168. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100168>
- Ogden, T. H. (2004). *The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique*. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 167-195.
- Quinodoz, J. M. (2008). *Listening to Hanna Segal: Her Contribution to Psychoanalysis*. New York: Routledge
- Savov, S., & Atanassov, N. (2013). Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *ISRN Addiction*, 2013, 250751. <https://doi.org/10.1155/2013/250751>
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131–138. <https://doi.org/10.1002/cpp.320>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa--an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 15(5), 323–339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>
- Šćuric, V. (2014). *Mentalizacija i poremećaji ličnosti*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Šelendić, M. (2019). *Mentalizacija kao bitan parametar optimalne poslovne komunikacije*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- Špelić, A., (2016). Psihoanaliza i znanost danas. Članak. *Psihoterapija 2016.*; vol. 30, br. 1: 101-18
- Takšić, V., Mohorić, T., Munjas, R. (2006). *Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom*. Pregledni rad
- Vasiliu, O., Vasile, D. (2017). *Mentalization Based Treatment for Behavioral Addictions: A Conceptual Framework*. *International Journal of Psychiatry and Psychotherapy*, Volume 2
- Vrdoljak, G., Velki, T. (2011). *Metacognition and Intelligence as Predictors of Academic Success*. *Croatian Journal of Education*. Vol: 14 (4/2012), pages: 799-815

- Vukosavljević, T. (1996). Pojam empatije u Self psihologiji Hajnca Kohuta. PSIHOLOGIJA, 4, 499-508
- Zittoun, T., (2004). Symbolic Competencies for Developmental Transitions: The Case of the Choice of First Names. Culture & Psychology 10, issue 2, 131-161, 2004

## 10. Životopis

Rođen sam 26.01.1997 u Zagrebu. Nakon završene V. Gimnazije upisao sam Medicinski fakultet u Zagrebu. Završio sam osnovno glazbeno školovanje u Glazbenoj školi Vatroslava Lisinskog u Zagrebu, smjer klavir. Tijekom školovanja aktivno sam sudjelovao kao član zborova Lege Artis i Ivan Goran Kovačić s kojima sam redovno sudjelovao na javnim nastupima. Aktivno se bavim sportom te sam kao član srednjoškolskog badmintonskog tima V. Gimnazije sudjelovao na svjetskom školskom prvenstvu u Taipeiu. Volim nogomet, košarku, stolni tenis, šah, a sa svoja tri brata i tatom često slobodno vrijeme provedem na sportskom igralištu. Kako su mi mlađa braća jako vezani uz glazbu (klavir i klarinet), životni mi je prostor često ispunjen tom vrstom umjetnosti. Dobitnik sam Dekanove nagrade. Uvjeren sam da će mi moje obrazovanje i obiteljsko okruženje pomoći i dalje u mojem budućem profesionalnom radu. Oduvijek me zanimala psihijatrija kao medicinska grana zbog svoje raznolikosti. Nadam se da će moj profesionalni i životni put biti vezan upravo uz to uvijek novo i uzbudljivo polje medicine.