Mentalizacija kao spoj psihoanalitičkih i kognitivno-bihevioralnih teorija

Bokulić, Ema

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:926179

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Ema Bokulić

Mentalizacija kao spoj psihoanalitičkih i kognitivno-bihevioralnih teorija

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Ema Bokulić

Mentalizacija kao spoj psihoanalitičkih i kognitivno-bihevioralnih teorija

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju KBC Zagreb pod vodstvom prof.dr.sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

Sadržaj

Sažetak I

Summary II

1.Uvod 1

2. Teorijski temelji mentalizacije 2

2.1. Koncepti slični mentalizaciji 5

2.2.1. Stilovi privrženosti u djetinjstvu i odrasloj dobi 8

2.3. Teorija uma 10

3. Neurobiološki temelji mentalizacije 12

4. Terapija temeljena na mentalizaciji (MBT) 16

4.1. Mentalizacija, kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) i terapija usmjerena na transfer (TFP) 19

5. Primjene terapije temeljene na mentalizaciji 21

5.1. Mentalizacija u graničnom poremećaju ličnosti 21

5.2. Mentalizacija u poremećajima hranjenja 23

5.3. Agresivnost, nasilje i mentalizacija 25

6. Zaključak 29

7. Zahvale 30

8. Literatura 31

9. Životopis 34

Sažetak

Mentalizacija kao spoj psihoanalitičkih I kognitivno-bihevioralnih teorija

Ema Bokulić

Peter Fonagy definirao je mentalizaciju kao proces kojime zaključujemo o akcijama i mentalnim stanjima (osjećajima, mislima, vjerovanjima i željama) koja ih motiviraju. Mentalizaciju koristimo u svakodnevnom životu kada razgovaramo s drugima i nastojimo vidjeti svijet iz njihove perspektive. Postoji nekoliko konceptualnih preklapanja s teorijom mentalizacije, od kojih su najznačajnije empatija i teorija uma. Teorija uma naziv je za sposobnost koju djeca stječu u dobi od 4-6 godina kada razumiju zadatke „lažnog vjerovanja". Fonagyjev koncept mentalizacije ima temelje u razvojnoj psihologiji i teoriji privrženosti, a nove neuroznanstvene slikovne metode snažno podupiru taj koncept. Sigurna, privržena veza majke i djeteta koju potiču dopaminski i oksitocinski neuralni sustavi olakšava razvoj sposobnosti mentalizacije. Taj razvoj može biti narušen zanemarivanjem ili zlostavljanjem, što je često vidljivo kod oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti. Ova teorijska znanja omogućila su razvoj nove, učinkovite terapije za granični poremećaj ličnosti. Terapija temeljena na mentalizaciji (MBT) zahtijeva angažiranog, empatičnog terapeuta koji će spremno objasniti mentalna stanja u terapeutskom odnosu. Poput kognitivno-bihevioralnih terapija, MBT traje kraće od psihodinamskih terapija i usredotočuje se na promatranje vlastitog ponašanja i razmišljanje o mentalnim stanjima koja su ga potaknula. Ovakva terapija nudi svojim klijentima dobro strukturiranu, sigurnu bazu unutar koje mogu naučiti regulirati svoje nestabilne afekte i ostvariti uspješne interpersonalne veze. MBT je randomiziranim kliničkim ispitivanjima potvrdila svoju uspješnost u liječenju graničnog poremećaja ličnosti, poremećaja hranjenja, obiteljskoj terapiji i tretmanima usmjerenim smanjenju školskog nasilja. Izneseni podaci pokazuju da bi MBT mogla biti uspješna i pristupačna terapija za različite psihičke bolesti.

Ključne riječi: granični poremećaj ličnosti, privrženost, teorija uma, terapija temeljena na mentalizaciji

Summary

Mentalisation as a fusion of psychoanalytical and cognitive-behavioural theories

Ema Bokulić

Peter Fonagy defined mentalisation as a process of making inferences about one's own actions and the mental states (feelings, thoughts, beliefs and desires) behind them. We use mentalisation in our everyday communication when engaging in a conversation with another person. Several concepts overlap with the concept of mentalisation, with empathy and theory of mind being the most notable. Theory of mind refers to the ability which children fully develop at the age of 4-6 when they understand 'false belief' tasks. Fonagy's concept of mentalisation has its origins in developmental psychology and attachment theory, with strong support from the newest neuroimaging studies. A safe, secure attachment relationship between mother and child, facilitated by dopaminergic and oxytocinergic neural circuits, fosters the development of the ability to mentalise. This development can be disrupted by early neglect or abuse, as often seen in patients with borderline personality disorder (BPD). Based upon this theoretical knowledge, a chance of developing a new, effective treatment for borderline personality disorder emerged. Mentalisation-based treatment (MBT) requires a more open-minded, empathic, and engaged therapist who willingly explains mental states in current therapeutic relationship. Similar to cognitive-behavioural therapies, MBT lasts shorter than psychoanalytic therapy, and places emphasis on observing one's own behaviour and thinking about mental states which motivate that particular behaviour. This treatment offers its clients a well-structured, secure base within which they can learn to regulate their somewhat unstable emotions, and accomplish successful interpersonal relationships. MBT has proven its effectiveness in treatment of BPD in randomized-controlled trials, with successful application in family treatment, eating disorders, and school-based treatments for minimizing violence. The presented evidence shows that one should consider MBT as a new, successful, and accessible treatment for various psychiatric disorders.

Keywords: borderline personality disorder, attachment, theory of mind, mentalisation-based treatment

1.Uvod

Britanski psihoanalitičar Peter Fonagy prvi je upotrijebio pojam 'mentalizacija' kako bi opisao proces kojim se svakodnevno koristimo kako bismo uspješno komunicirali s drugima i promišljali o vlastitim postupcima. Do tada poznatu u teoriji uma, mentalizaciju definiramo kao proces kojim interpretiramo postupke sebe i drugih kao smislene i temeljene na mislima, osjećajima, vjerovanjima i željama. Proces mentaliziranja ima tri dimenzije (Choi-kain & Gunderson, 2008). Prva se odnosi na razinu funkcioniranja: eksplicitno (na svjesnoj razini) i implicitno (nesvjesno), druga na objekte mentaliziranja (ja i drugi), a treća dimenzija na kognitivnu i afektivnu komponentu mentalizacije. U različitoj literaturi ovaj proces naziva se i „reflektivnom funkcijom“, „uvidom“, „empatijom“ ili „metakognicijom“. Mentalizacija je urođena ljudska sposobnost, ona nam omogućuje razumijevanje ponašanja sebe i drugih, olakšavajući međuljudsku komunikaciju. S druge strane, mentalizacija je djelomično i vještina čiji razvoj ovisi o kvalitetnom i sigurnom odnosu s roditeljima (značajnim drugim) u prvim godinama života (Bateman & Fonagy, 2004). Pojednostavljeno, možemo reći da mentalizacijom vidimo sebe onako kako nas drugi vide – „izvana“, a druge vidimo „iznutra“, onako kako oni vide sami sebe. Taj koncept ujedinjuje najnovije neuroznanstvene spoznaje i teoriju uma s postojećim psihoanalitičkim teorijama, posebno teorijom privrženosti (eng. attachment). Daljnjim razvojem tog koncepta Fonagy je utemeljio novu psihoterapijsku tehniku temeljenu na mentalizaciji (eng. MBT – mentalization-based treatment) koja je svoju uspješnost potvrdila u liječenju graničnog poremećaja ličnosti (BPD – borderline personality disorder), poremećaja koji se teško liječio do tada poznatim tehnikama. Fonagy je teorijom mentalizacije uspješno povezao dvije teorije koje imaju suprotne poglede na vodeće faktore u razvoju djetetova uma. Teorija uma naglašava kognitivne sposobnosti,

dok teorija privrženosti ističe emocije i kvalitetu veze s primarnim objektom (najčešće majkom) (Jurist, 2010). Mentalizacija je ključna za organizaciju ličnosti i regulaciju afekata, omogućujući djetetu ispravno tumačenje ponašanja sebe i drugih, te snalaženje u međuljudskim odnosima. Mentaliziranje promovira zadržavanje pozitivnog pogleda na život uz nadu, osjećaj povezanosti s drugima, prihvaćanje mogućih teškoća i njihovo fleksibilno rješavanje. Razvijena mentalizacija omogućuje prilagodbu na neplanirane situacije, stres i izazove koji su prisutni u svakodnevnom životu (Allen, Bleiberg & Haslam-Hopwood, 2003). Danas se smatra da je nedovoljno razvijena sposobnost mentalizacije predisponirajući čimbenik za razvoj psihičkih poremećaja, posebice poremećaja ličnosti (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Ovaj rad donosi pregled teorijskih osnova terapije temeljene na mentalizaciji i objašnjava njezinu povezanost s ostalim psihoterapijskim pravcima. Terapijske mogućnosti u liječenju graničnog poremećaja ličnosti, poremećaja hranjenja i nasilnog ponašanja bit će također opisane.

2. Teorijski temelji mentalizacije

Psihoanalitički koncepti mentalizacije potječu još od Freudove ideje povezivanja („Bindung“). Tom idejom on označava prelazak iz fizičkog (neposrednog) u psihičko reprezentiranje unutarnjih stanja, što čini razliku između primarnih i sekundarnih procesa funkcioniranja. Daljnji razvoj ideje mentalizacije možemo primijetiti u radovima Melanie Klein; njezina „depresivna pozicija“ odgovara stjecanju sposobnosti reflektivne funkcije, odnosno mentalizacije. Dijete u depresivnoj poziciji uočava patnju i povredu kod drugih, kao i moguću vlastitu ulogu u tome. Wilfred Bion opisuje proces transformacije unutarnjih doživljaja koje pojedinac osjeća kao stvarne u iskustva koja može zamisliti i tolerirati,

nazivajući to „alfa-funkcijom“. Osim toga, Bion je, slično današnjem konceptu, isticao odnos majke i djeteta kao ključnu vezu za proces ranije objašnjene transformacije. Winnicot je prvi psihoanalitičar koji je smatrao da psihološko „ja“ nastaje kada primijetimo da nas drugi doživljavaju kao bića koja misle i osjećaju (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Preciznije, možemo istaknuti četiri različita teorijska pravca koja su doprinijela razvoju teorije mentalizacije (Holmes, 2005). Prvi je kognitivna psihologija, čija teorija uma objašnjava kako djeca do treće godine života ne mogu shvatiti prijevaru (eksperiment s lažnim vjerovanjem), te misle da svi razmišljaju kao oni. S navršenih pet godina života djeca shvaćaju da ljudi doživljavaju svijet kroz prizmu vlastitog uma, koji (manje ili više) odgovara stvarnosti. Drugi teorijski koncept je Bionov koncept „sadržavanja“ (containment), prema kojemu majka mora prepoznati i prihvatiti djetetove projekcije frustracije, vraćajući ih u obliku koji dijete može prihvatiti i tolerirati. Ako majka ne prihvaća te projekcije ili pretjerano reagira na njih, dijete ne dobiva odgovarajuću podršku za razvoj svoje sposobnosti regulacije afekta i smirivanja u stresnim situacijama, čime se otvara put za razvoj psihopatologije (Bion 1962, 1967). Frankofoni analitičari, kao treći teorijski pravac, koristili su pojam mentalizacije u punom širem kontekstu nego što ga poznajemo u današnjoj kliničkoj praksi. U svome radu oslanjali su se na Freudove ideje, tako da su mentalizacijom nazivali sposobnost transformacije tjelesnih iskustava u organizirane ideje, misli i riječi koje se mogu predočiti kao smislene, te kasnije modificirati. Kao posljednji teorijski pravac Holmes navodi razvojnu psihopatologiju, temeljenu na Winnicottovim idejama koje govore da su sigurna privrženost i razvoj mentalizacije međusobno povezani. Sigurna privrženost omogućuje razvoj mentalizacije, a ta sposobnost nam sugerira postignutu sigurnu privrženost između majke i djeteta.

U razvoju svoje terapije temeljene na mentalizaciji Bateman i Fonagy vodili su se konceptima psihičke ekvivalencije, stanja pretvaranja te teleološkog stava. Prva dva pojma opisuju djetetovo doživljavanje mentalnih stanja u godinama dok još nije razvilo sposobnost mentalizacije. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti (paradigma umanjene sposobnosti mentalizacije) u određenim okolnostima funkcioniraju na jedan od ova dva načina. U stanju psihičke ekvivalencije pojedinac doživljava realnim vanjski svijet i vlastita proživljavanja, unutarnje i vanjsko su jednaki. U stanju pretvaranja mentalna su stanja odvojena od vanjskog svijeta, no nisu integrirana s ostalim unutarnjim iskustvima. Kada osoba nastavi funkcionirati na razini psihičke ekvivalencije, doživljaji joj se čine previše „stvarnima“ i nadmoćnima pa bude preplavljena snažnim afektima. U stanju pretvaranja iskustva se doživljavaju kao nerealna, osoba ih osjeća kao udaljene i izolirane, pa bude premalo emocija. Takva stanja imaju posljedice na razvoj *selfa*: u prvom slučaju on se fragmentira pod prijetnjom tako snažnih afekata, a drugom slučaju postaje previše rigidan, bez fleksibilnosti, nastojeći očuvati prividnu stabilnost. Samo ujedinjenje ove dvije razine funkcioniranja omogućuje optimalan razvoj mentalizacije i shvaćanje emocija i misli kao reprezentacija unutarnjih stanja, dok se unutarnji i vanjski svijet mogu doživjeti kao povezani, no različiti. Integriranje se može dogoditi u kvalitetnom odnosu djeteta s roditeljem, u kojemu se djetetovi osjećaji, misli i potrebe prepoznaju i uvažavaju, istovremeno pokazujući da su odvojeni od fizičke stvarnosti (Bateman & Fonagy, 2004). U kontekstu BPD-a kao modela nedovoljno razvijene sposobnosti mentalizacije, važno je objasniti još jedno prementalizacijsko stanje, a to je teleološki stav koji se često vidi kao dio psihopatologije BPD-a. Osobe koje funkcioniraju prema tom obrascu prihvaćaju mentalna stanja samo kada ih mogu izraziti kroz fizički čin; tako samoranjavanje može biti izraz unutarnje boli, a promiskuitetno ponašanje želja

za ljubavlju i prihvaćanjem (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Iz psihodinamske perspektive možemo zaključiti da je stjecanje sposobnosti mentalizacije razvojno postignuće temeljeno na sigurnoj privrženosti (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Ponovno, siguran model privrženosti i sposobnost mentalizacije omogućuju razvoj psihološkog „ja“*selfa,* razumijevanje tuđih postupaka i snalaženje u interpersonalnim odnosima (Bateman & Fonagy, 2004).

2.1. Koncepti slični mentalizaciji

Mentalizacija nije novi pojam u psihoanalitičkoj literaturi, no njezino prvotno značenje je puno šire od onog Fonagyjevog koji je danas široko prihvaćen. Kako bi se umanjila konfuzija i definiralo ono što je danas mentalizacija, potrebno je opisati pojmove koji se konceptualno djelomično preklapaju s mentalizacijom u njezinim ranije spomenutim dimenzijama (Tablica 1.) (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Prvi takav pojam je pomnost (eng. mindfulness), koji se koristi u dijalektičkoj bihevioralnoj terapiji, a potječe iz istočnjačkih praksi meditacije. Prakticiranjem pomnosti reguliramo pažnju, postajemo otvoreni za iskustva, opažamo i opisujemo vlastito ponašanje. Uspoređujući pomnost s mentalizacijom, primjećuje se da obje tehnike potiču opažanje i promišljanje o unutarnjim stanjima kako bi se smanjilo impulzivno reagiranje, no pomnost je usmjerena više na eksplicitnu (svjesnu) dimenziju mentalizacije i na promišljanje o vlastitim iskustvima. Psihološki pojam „otvorenosti uma“ (eng. psychological mindedness) govori o sposobnosti shvaćanja posljedica vlastitog ponašanja, zajedno s mislima i osjećajima koji su doveli do određenog postupka. Ovaj pojam ponovno naglašava pojedinca i svjesno promišljanje o njegovim mentalnim stanjima, no podjednako je zastupljena njihova kognitivna i afektivna komponenta.

Tablica 1. Mentalizacija i konceptualno preklapajući pojmovi (prema: Choi-Kain LW, Gunderson JG. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in thetreatment of borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 165(9): 1127–1135.)

Komponente mentalizacije	**Pomnost**	**Psihološka „otvorenost uma“**	**Empatija**	**Svijest o afektima**
Implicitno (nesvjesno)	Ne	Ne	Da	Ne
Eksplicitno (svjesno)	Da	Da	Da	Da
Usmjereno na sebe	Da	Da	U manjoj mjeri	Da
Usmjereno na druge	Ne	U manjoj mjeri	Da	Da
Kognitivna ili afektivna komponenta	Podjednaki	Podjednaki	Više afektivna komponenta	Više afektivna komponenta

Sljedeći pojam je empatija, koju autori različito definiraju, no zajedničke komponente tih definicija su: reakcija na tuđa emotivna stanja, kognitivni kapacitet zamišljanja perspektive drugih ljudi te sposobnost zadržavanja distance između vlastitih i tuđih emotivnih stanja. Empatija se odvija implicitno (na nesvjesnoj razini) te je orijentirana na mentalna stanja drugih. 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.

2.2. Teorija privrženosti, regulacija afekata i razvoj *selfa*

Teoriju privrženosti razvio je John Bowlby i definirao privrženo ponašanje kao svaki oblik

ponašanja kojim se osoba služi kako bi pridobila ili zadržala bliskost s drugom osobom za koju smatra da se može bolje nositi s postojećom situacijom. Takva ponašanja najčešće pripisujemo prvim godinama života, stanjima straha ili iscrpljenosti, očekujući umirivanje kao odgovor na njih (Bowlby & Zeanah, 1988). Smisao aktivacije sustava privrženosti je stvaranje osjećaja sigurnosti, koji je prvi i najvažniji regulator emotivnog iskustva. U procesu razvoja selfa i reflektivne funkcije sustav privrženosti igra važnu ulogu. Prema psihoanalitičarima teorije objektnih odnosa i privrženosti, ponavljani, nepromjenjivi aspekti odnosa sebe i drugih postaju unutarnjim mentalnim modelima. Reprezentacije na kojima počivaju ti modeli postaju dio proceduralnog pamćenja, koje olakšava prilagodbu našeg ponašanja specifičnostima interpersonalnih odnosa koje ostvarujemo kasnije u životu. Ukratko, rani odnos majke i djeteta postaje stabilan model za sve kasnije odnose, otporan na promjene zato što se većinom odvija nesvjesno.

Stjecanje sigurne privrženosti odvija se kroz proces točnog, ali ne pretjeranog zrcaljenja djetetovih afekata, koje ono dobiva kroz roditeljsku skrb. Primjer takvog zrcaljenja bio bi majčin odgovor na djetetov plač. Majka, koja i sama ima siguran stil privrženosti, će uvažiti djetetovu neugodu, no neće na nju reagirati uznemireno i uplašeno, nego će pokušati umiriti dijete osmijehom ili dodirom (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Na taj način dijete polako stječe sposobnost samostalnog reguliranja neugodnih afekata. Bowlbyjevom pojmu „sigurne baze“ odgovara Winnicottov koncept pridržavajuće okoline (engl. Holding) koja održava dobre uvjete za postupni razvoj samostalnog reguliranja potreba. O važnosti tog razvoja govori i koncept „dovoljno dobrog majčinstva“ (engl. good-enough mothering), koji ističe majčinu brižnost, nenametljivost i toleriranje djetetove potrebe za osamostaljenjem (Winnicott, 1965; Friedman, Ertegun, Lupi, Beebe, & Deutsch, 2013).

Prema svemu do sada izrečenom, možemo uspostaviti vezu između regulacije afekata i razvoja mentalizacije. Reguliranje afekata koje započinje krajem prve godine razvija *self* na način da se počinju shvaćati vlastite misli i osjećaji, kao i namjere drugih. To zajedno priprema dijete za razvoj prave mentalizacije u dobi od 4-5 godina. Uloga privrženosti ogleda se upravo u tome što dijete pomoću sigurno privržene veze s majkom stvara kognitivno-afektivne mentalne reprezentacije vanjskog i unutarnjeg svijeta (Jurist, 2010). Fonagy je u svome modelu mentalizacije ujedinio sve ranije objašnjene koncepte te stvorio model koji je u svojoj suštini iznimno vizualan. Djetetov dojam samoga sebe, sigurnost i razina reflektivne funkcije ovise o majčinoj sposobnosti da obilježeno i dosljedno zrcali djetetova stanja uma predstavljajući „sigurnu bazu“. Dijete će razvijati sliku o sebi promatrajući majčine reakcije na njegove emocije. Majčine reakcije bi, u optimalnom slučaju, trebale dati djetetu do znanja da su njegove emocije shvaćene i uvažene, ali i promijenjene njezinim doživljajem (raniji primjer reakcije majke na plač djeteta). Dijete pronalazi svoj um u njezinom prepoznajući vlastitu emociju na majčinom licu. Njezino zrcaljenje pomaže djetetu pretvoriti proživljena iskustva u svjesna mentalizirana stanja. Daljnjim razvojem dijete će moći samo mentalizirati unutarnja iskustva i smiriti se u stanjima stresa (Holmes, 2005; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, 1991).

2.2.1. Stilovi privrženosti u djetinjstvu i odrasloj dobi

Mary Ainsworth prva je istraživala stilove privrženosti kod dojenčadi u svom poznatom eksperimentu „nepoznate situacije“ (engl. Strange situation experiment). Promatrala je reakcije djeteta kada se nađe samo na nepoznatom mjestu, reakciju na odvajanje od majke i upoznavanje stranaca. Prema uočenom ponašanju razlikovala je tri različita stila privrženosti (Friedman, Ertegun, Lupi, Beebe & Deutsch, 2013; Fonagy, Gergely, Jurist &

Target, 2002). Sigurno privrženo dijete radoznalo istražuje okolinu dok je majka u blizini, tjeskobno je u blizini stranaca, uznemiri ih majčin odlazak te traže njezinu blizinu, smirujući se kada se ona vrati. Anksiozno-izbjegavajuće privrženo dijete djeluje manje uznemireno majčinim odlaskom, ne traži bliskost kada se majka vrati i ne uznemiruju ga stranci. Anksiozno-ambivalentno privrženo dijete izrazito je uznemireno majčinim odlaskom, te se teško smiruje kada se majka vrati. Poseban oblik privrženosti pokazuju djeca čije ponašanje djeluje nepovezano i besmisleno, kao da nastoje pobjeći iz situacije u kojoj se nalaze, neovisno o majčinoj prisutnosti. Taj stil privrženosti je nazvan disorganiziranim-dezorijentiranim te predstavlja mogući prediktor razvoja poremećaja ličnosti kasnije u životu, posebno graničnog poremećaja ličnosti. Pretpostavlja se da je takvo ponašanje posljedica dobivanja međusobno suprotstavljenih signala od skrbnika kada on djeluje kao izvor i sigurnosti i straha. Zanemarivana i zlostavljana djeca često pokazuju ovaj obrazac privrženosti (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Obrasci privrženosti u dječjoj dobi prediktori su stila privrženosti u odrasloj dobi. Procjenu stila sigurne privrženosti kod odraslih vršimo pomoću AA intervjua (engl. Adult-Attachment Interview). Intervju se snima i teče brzo, ispitanik mora konzistentno, s dovoljno detalja i bez digresija ispričati priču. Nakon toga, odgovori se analiziraju i boduje se način na koji je osoba pričala priču, a ne sam sadržaj. Koristeći drugačiju skalu, ovaj intervju može služiti i za procjenu mentalizacije kod odraslih. Tada se boduju svjesnost o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima, prihvaćanje moguće kontradiktornosti ponašanja i mentalnih stanja te fleksibilnost zaključivanja u svjetlu različitih perspektiva. Prema rezultatima upitnika, određene osobine mogu se pripisati različitim tipovima privrženosti: sigurna, zaokupljena, izbjegavajuća i bojažljiva privrženost. Poznavanje stila privrženosti pomaže nam shvatiti različite ličnosti, načine reguliranja afekata te obrasce u intimnim

vezama i mentalizaciji. To mogu biti važne informacije za zdravstvene djelatnike jer upućuju na to kako će se osoba nositi sa stresnom situacijom, kako će reagirati na predloženu terapiju te hoće li ju slijediti. Imajući na umu te činjenice, zdravstveni djelatnici bi trebali ponuditi svakome inidividualni pristup i razumjeti njegovo stajalište (Maunder & Hunter, 2009).

2.3. Teorija uma

Teoriju uma kao pojam u znanstvenoj su literaturi prvi upotrijebili primatolozi koji su proučavali ponašanje čimpanzi i njihovu sposobnost predviđanja glumčevih pokreta. Ipak, razvojni psiholozi su oni koji su osmislili eksperimentalne paradigme za proučavanje razvoja teorije uma. Danas postoje i protokoli namijenjeni istraživanju neurobiološke podloge teorije uma (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Teoriju uma definiramo kao čovjekovu sposobnost prepoznavanja mentalnih stanja sebe i drugih, te ponašanja i postupaka do kojih ta stanja posljedično dovode (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Teorija uma polazi od pretpostavke da je poznavanje i interpretiranje umova drugih važno za razvoj primjerenog socijalnog ponašanja. Za razliku od psihoanalitičkih teorija (točnije, teorije privrženosti), teorija uma ne ističe odnos majke i djeteta kao ključan za razvoj uma, no svejedno uvažava emotivnu intenzivnost toga odnosa (Jurist, 2010).

Prema do sada poznatim istraživanjima, teorija uma je sposobnost koju djeca stječu u približno istoj dobi, neovisno o socijalnom ili kulturnom kontekstu njihovog odrastanja. Pretpostavka je da teorija uma ima svoj neurobiološki supstrat u određenim dijelovima mozga (vidi poglavlje 3). Slično kao kod razvoja mentalizacije, ovdje su psiholozi predložili dva kognitivna prekursora teorije uma. Prvi je „teorija-teorija“ prema kojoj se

dijete ponaša kao znanstvenik, stvarajući pretpostavke o funkcioniranju uma temeljene na vlastitom iskustvu. Drugi je „simulacijska“ teorija prema kojoj dijete usvaja sposobnost interpretiranja uma zamišljajući tuđa mentalna stanja i što bi ono napravilo da se nađe u sličnoj situaciji (Jurist, 2010). Danas znamo da se zaključivanje o tuđim mentalnim stanjima događa brzo, automatski, izvan svjesne pažnje, univerzalno je te ima specifičan razvojni slijed (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998). U dobi od 18 mjeseci primjećujemo prve naznake teorije uma u obliku zajedničke pažnje (eng. joint attention) i protodeklarativnog pokazivanja. Pokazivanjem prstom djeca skreću roditeljima pažnju na željeni objekt, a zajednička pažnja znači da dijete shvaća da ono i druga osoba gledaju isti objekt. Djeca s autizmom već u toj najranijoj dobi ne slijede tuđe poglede, niti ne pokazuju prstom na predmete koje žele dobiti. U dobi od dvije godine dijete uživa u igri pretvaranja. Između treće i četvrte godine većina djece počinje shvaćati da ljudi imaju različita vjerovanja, te može proći zadatak lažnog vjerovanja. Zadatak lažnog vjerovanja (eng. false-belief task) eksperimentalni je model razvijen za procjenu teorije uma. U tom zadatku djetetu se prikaže slika dječaka i majke u sobi, a kutija keksa nalazi se na stolu. Sljedeća slika prikazuje dječaka koji izlazi iz sobe, a majka stavlja kekse u ladicu. Na posljednjoj slici vidi se kako se dječak vraća u sobu. Ispitanika se pita gdje će dječak tražiti kekse. Dijete koje je razvilo teoriju uma shvaća da će dječak, ne znajući za majčin postupak, tražiti kekse na stolu. Takvo dijete shvaća da ljudi mogu imati različita uvjerenja. Sljedeći korak u razvoju teorije uma događa se u dobi od 6 do 7 godina kada dijete shvaća zadatke lažnog vjerovanja drugog reda. U tipičnom eksperimentalnom modelu ispitaniku se ispriča sljedeća priča: muškarac i žena su u sobi, a žena stavlja knjigu na policu pa izlazi iz sobe. Muškarac uzima knjigu te ju stavlja u ladicu, ne znajući da ga žena može vidjeti kroz prozor. Ispitanik treba zamisliti da se nalazi na muškarčevu

mjestu – gdje bi onda očekivao da žena krene tražiti knjigu? Ovim eksperimentom provjerava se shvaća li ispitanik različita vjerovanja koja imaju muškarac i žena, kao i muškarčevu krivu pretpostavku o ženinom postupku. Najviši stupanj teorije uma ljudi dosežu u dobi od 9 do 11 godina kada mogu shvatiti da ljudi ponekad izgovore nešto što ne bi smjeli reći (a ne znaju da je to neprikladno) i time nesvjesno povrijede drugu osobu. Osobe s Aspergerovim sindromom (blagim oblikom autizma) obično imaju teškoća s ovom komponentom socijalnih kontakata (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998). Ovaj model stjecanja svijesti o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima ipak ima jedan nedostatak, a to je da ne objašnjava u kojem kontekstu djeca shvate da su njihova mentalna stanja zapravo misli, osjećaji, želje i vjerovanja. Fonagy je u razvoju svog koncepta mentalizacije nastojao odgovoriti upravo na to pitanje, naglašavajući ulogu privrženosti djeteta i skrbnika koja omogućuje transformaciju „doživljaja“ mentalnih stanja u unutarnje reprezentacije o kojima dijete može promišljati i graditi svijest o sebi i drugima (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

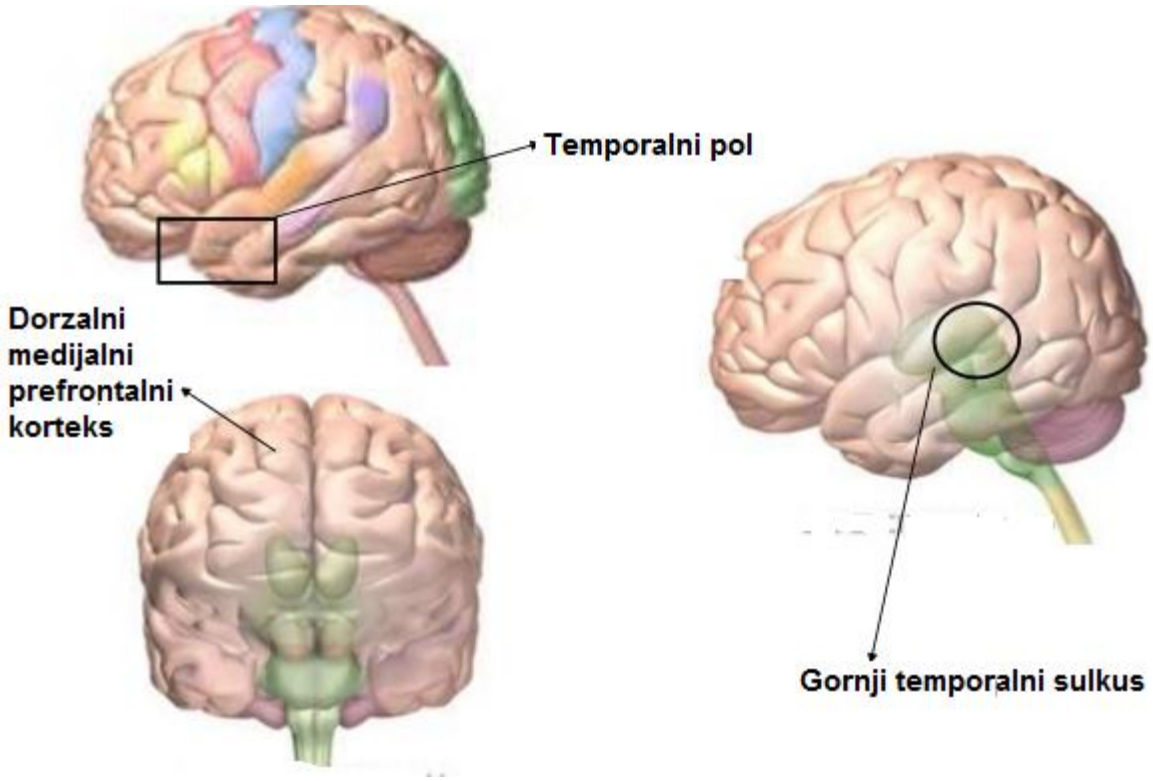
3. Neurobiološki temelji mentalizacije

Objašnjenje neurobioloških temelja mentalizacije ne bi bilo moguće bez otkrića sustava zrcalnih neurona (eng. mirror neuron system). Danas znamo da se taj kompleksni sustav sastoji od tri područja koja procesuiraju različite aspekte promatranog ponašanja, od motorike u prefrontalnom korteksu (PFC) do vizualno-somatosenzornih podražaja koje procesuiraju gornji temporalni sulkus i inferiorni parijetalni lobulus. Zrcalni neuroni imaju važnu ulogu u socijalnoj interakciji zato što omogućuju razumijevanje i dijeljenje emocija sa sugovornikom, primjerice gledanje tuđe patnje izaziva aktivnost istih neuralnih krugova kao kada sami osjećamo patnju. Jednako tako, promatranje izvođenja neke radnje aktivira zrcalne neurone u premotornom korteksu kao kada sami izvodimo tu

radnju. Za uspješno mentaliziranje, odnosno, predočavanje tuđih mentalnih stanja, sustav zrcalnih neurona mora procesuirati neverbalne znakove u podlozi emocija povezujući ih preko insule (dijela mozga odgovornog za fiziološki odgovor na emocije) s limbičkim sustavom (obrađuje emotivna značenja događaja). Na taj način „osjećamo“ i dijelimo emocije s drugima (Pally, 2007; Frith & Frith, 2006). Ipak, osjećati istu emociju kao i netko drugi tek je prvi korak u mentalizaciji, temeljem toga ne možemo ništa zaključiti o uzroku te emocije. Nove slikovne metode istraživanja omogućile su preciznije definiranje dijelova mozga važnih za mentalizaciju. Posteriorni kraj gornjeg temporalnog sulkusa i temporoparijetalni spoj dijelovi su mozga važni za shvaćanje konteksta emocija, oni omogućuju predstavljanje svijeta iz perspektive drugoga usmjeravajući pogled prema onome što netko drugi gleda. Temporalni polovi mozga služe predviđanju osjećaja i ponašanja drugih osoba čak i prije nego što se neka emocija verbalno izrazi ili se učini neka akcija, oni funkcioniraju kao općeniti „spremnik“ znanja o svijetu i ljudskom ponašanju. 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).

Istraživanja koja su proučavala neuralne korelate teorije uma provedena su na ispitanicima koji su zadobili oštećenja orbitofrontalnog korteksa (eng. orbitofrontal cortex, OFC) zbog preboljelog moždanog udara. Osobe s bilateralnim oštećenjem OFC-a pokazale su slične rezultate na ispitivanjima kao osobe s Aspergerovim sindromom, uspješno rješavajući zadatke lažnog vjerovanja prvog i drugog reda. Dio te složene neuralne mreže za teoriju uma, odnosno mentalizaciju je i limbički sustav (amigdala) koji procesuira afektivnu komponentu mentalnih stanja (Stone, Baron-Cohen & Knight, 1998). Zaključno, danas su poznate moždane strukture koje sudjeluju u procesu mentalizacije,

odnosno teorije uma, no njihove međusobne interakcije tek trebaju biti otkrivene Slika 1).



Slika 1. Neuroanatomske strukture važne za teoriju uma, odnosno mentalizaciju (prema slici preuzetoj s http://www.slideshare.net/ashratnam/theory-of-mind-seminar-presentation)

Teorija privrženosti također ima svoj neurobiološki supstrat. Sustav privrženosti temelji se na neuralnim sustavima odgovornima za promoviranje i održavanje majčinskog ponašanja. To su dopaminski sustav nagrade, te sustav oksitocinskih projekcija u striatum, amigdala i cingulum koji regulira socijalno ponašanje i emocije. Studije učinjene funkcionalnom magnetskom rezonancijom (fMR) pokazale su da se kao odgovor na djetetove signale aktivira majčin mezolimbokortikalni dopaminski sustav nagrade. Striatum, struktura sastavljena od putamena i nucleusa caudatusa, aktivira se gledanjem djetetova lica ili zvukom djetetova plača. Svaka regija striatuma povezana je sa

substantijom nigrom i dopaminskim putevima, integrirajući motorički i limbički sustav, kognitivno i afektivno; kreirajući odgovore na podražaje. Hormoni stražnjeg režnja hipofize, oksitocin i vazopresin, posreduju stvaranje privrženosti između majke i djeteta aktivacijom sustava nagrade, te inhibicijom bihevioralnog sustava koji posreduje pri izbjegavanju bliskih socijalnih kontakata. Istraživanja su pokazala da oksitocin olakšava funkcioniranje u socijalnim situacijama (npr. pamćenje lica), smanjuje bihevioralni i neuroendokrini odgovor na stres, aktivira sustav privrženosti posrednom aktivacijom dopaminskog sustava nagrade. Vrijednosti oksitocina tijekom trudnoće i nakon poroda snažno koreliraju s kasnijim majčinim povezivanjem s djetetom. Veća aktivacija sustava privrženosti povisuje roditeljske koncentracije oksitocina, majka ili otac postaju osjetljiviji na djetetova mentalna stanja te ih posljedično mogu bolje reprezentirati, olakšavajući svom djetetu razvoj sposobnosti razumijevanja vlastitih mentalnih stanja. Čini se da je upravo oksitocin važan za stvaranje reprezentacija mentalnih stanja. U prilog tome govori činjenica da zanemarivana djeca kasnije razviju sposobnost mentalizacije/teorije uma, češće imaju problema s mentalizacijom i slabije empatično odgovaraju. Majčin stil privrženosti može poslužiti kao prediktor njezinih odgovora na djetetove potrebe. Majke sa sigurnim stilom privrženosti imaju više koncentracije oksitocina i veću aktivaciju sustava nagrade kada gledaju svoju djecu, makar ona i plakala. Izbjegavajući ili nesigurni stil privrženosti povezan je s deaktivacijom sustava nagrade i aktivacijom insule (dijela mozga povezanog s emocijama kao što su bol i gađenje) kao odgovorom na djetetovo tužno lice. Vjerojatno takve majke tužno lice njihovog djeteta previše podsjeća na neugodna iskustva koja su same proživjele pa nisu u stanju regulirati negativne emocije koje se javljaju u njima. Prema svemu do sada izrečenom, jasno je da takve majke neće moći pružiti svome djetetu prikladno zrcaljenje potrebno za razvoj mentalizacije,

regulaciju afekata, te naposljetku razvoj *selfa* (Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011).

Identificiranje moždanih regija koje su uključene u sustav nagrade i pažnje, odnosno mentalizaciju, pomoglo je stvaranju kvalitete psihoterapijske tehnike koja u svom pristupu povezuje psihološke procese i njihove biološke supstrate. Aktivacija sustava privrženosti inhibira aktivnost sustava za integriranje kognitivnog i afektivnog, preciznije sustava za interpretiranje negativnih emocija (srednji prefrontalni, donji parijetalni, srednji temporalni korteks i stražnji cingulum). Drugi sustav koji je inhibiran je sustav za socijalne i moralne prosudbe, te identificiranje mentalnih stanja drugih ljudi (temporalni polovi, temporoparijetalni spoj, amigdala i srednji prefrontalni korteks). Takav međuodnos razumljiv je ako se uzme u obzir da je funkcija privrženosti regulacija negativnih afekata – iz svakodnevnog života nam je poznato da gubitak bliske osobe vodi u tugu, kao što tražimo bliskost kada smo tužni. Isto tako, deaktiviran sustav socijalne i moralne prosudbe potreban je kako se ne bismo pretjerano distancirali. Iako na prvi pogled ove spoznaje djeluju kontradiktorno (sustav privrženosti i mentalizacija bi trebali pozitivno korelirati), neuroznanstvena otkrića podupiru povezanost privrženosti i mentalizacije nađenu na bihevioralnoj razini. Terapija temeljena na mentalizaciji (MBT) potiče mentaliziranje u okviru odnosa privrženosti. Aktivacija sustava privrženosti i poticanje razvoja ranije opisanih psiholoških procesa koje ta aktivacija inače deaktivira, stvara temelje za razvoj sigurnog stila privrženosti unutar terapijskog odnosa u MBT-u (Fonagy & Bateman, 2006).

4. Terapija temeljena na mentalizaciji (MBT)

Terapija temeljena na mentalizaciji ima elemente psihodinamskih i kognitivno-bihevioralnih terapija. U terapiji je osnovni cilj postići bliskost između terapeuta i klijenta

koja će omogućiti razvoj mentalizacije aktivacijom sustava privrženosti. Za razliku od dinamskih terapija, sadržaj interpretacija nije toliko važan kao sam proces interpretiranja mentalnih stanja. U razgovoru s klijentom govori se o temama koje se odnose na misli, osjećaje, želje i vjerovanja, terapeut reprezentira klijentovo trenutno mentalno stanje i usredotočuje se na jednostavna iskazivanja vlastitog mišljenja o klijentovom doživljaju samoga sebe (Bateman & Fonagy, 2004). Terapeut svojim primjerom nastoji pobuditi interes za mentalna stanja i načine na koje ona motiviraju ponašanje, pokazujući klijentu kako mu takva razmišljanja mogu pomoći stvoriti smisao iz vlastitih iskustava. Budući da je MBT stvorena kao terapija za granični poremećaj ličnosti (eng. borderline personality disorder, BPD), najviše je dokumentirana njezina primjena upravo za taj poremećaj. Takvim osobama treba stabilizirati osjećaj *selfa*, pred terapeuta se stavljaju veći izazovi nego u dinamskoj terapiji – on mora biti otvoreniji, spreman surađivati i postati ono što klijentu u tom trenutku treba. Budući da se deficiti u mentalizaciji javljaju tek u kontekstu privrženih veza, osobe koje boluju od BPD-a će pokazati to tek kasnije tijekom terapije. Terapeut ne smije na početku terapije pogrešno pretpostaviti da klijent može prihvatiti konflikt, shvatiti metaforu ili verbalizirati emocije – to sve zahtijeva stabilan *self* i sposobnost stvaranja reprezentacija.

U ovom tipu terapije analiza transfera nije osnovni pokretač promjene u klijentovom sustavu reprezentacija. Analiziranje transfera može se koristiti oprezno, ovisno o stupnju klijentove anksioznosti. Osobe s teškim BPD-om postaju izrazito anksiozne ako je u terapiji prevelik fokus na njihov odnos s terapeutom, dolazi do panike i buđenja snažnih nekontroliranih emocija koje vode do povratka na prementalizirajuće modele razmišljanja ili odustajanja od terapije (Bateman & Fonagy, 2004). MBT se razlikuje od dinamskih terapija po tome što je naglasak na svjesnom, ne razmatraju se kompleksni nesvjesni

sadržaji koje klijent ne može povezati s mentalnim stanjima iz svakodnevnog života; izbjegava se razgovarati o prošlosti, fokus je na „ovdje i sada“; mentalna stanja opisuju se na način prihvatljiv klijentu te cilj terapije nije uvid već oporavak mentalizacije. Učinkovita MBT sastoji se od nekoliko faza koje klijent i terapeut zajedno prolaze tijekom gotove svake seanse. Na početku terapeut prepoznaje deficite mentalizacije i funkcioniranje na prementalizacijskim stupnjevima. Nakon toga se istražuju trenutačne emocije koje klijent veže uz događaj koji je doveo do prekida mentalizacije, a terapeut svjesno istražuje je li on na bilo koji način pridonio tom prekidu. Naposljetku, terapeut pomaže klijentu shvatiti mentalna stanja u trenutačnom terapeutskom odnosu. Intervencije bi trebale biti usmjerene na afekte, jednostavne i razumljive, trebale bi tražiti klijentovo sudjelovanje, odnositi se na nedavan događaj – klijentovu trenutačnu mentalnu stvarnost (Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011). Ovakav tip terapije prilično je izazovan za terapeuta, on mora postići tzv. „mentalizacijski stav“ (eng. mentalizing stance), odnosno ravnotežu između onoga što klijent želi od njega i održavanja jasne i koherentne slike vlastitih mentalnih stanja. Pojava kontratransfera se ne može izbjeći, no terapeut i tada treba zadržati mentalizacijski stav i razmišljati o svom mentalnom stanju, a ne djelovati onako kako ga kontratransfer potiče. Dobar terapeut koji se bavi MBT-om prihvaća činjenicu da ne može sve znati, uzima vremena za identificiranje drugih perspektiva, uvažava ih, potiče klijenta na opisivanje iskustva („kako“ pitanja), te jasno govori da mu je nešto nejasno (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011). U individualnoj terapiji terapeut neprestano pokušava odgovoriti na pitanja poput: „Zašto klijent to sada govori?“, „Jesam li svojim ponašanjem nekako pridonio tome?“, „Kakve to emocije budi u meni?“. Tijekom grupnih terapija potiče se članove na razmišljanje o

mentalnim stanjima drugih, postavlja se pitanje: „Što mislite, zašto se on /ona tako osjeća?“

Nemogućnost mentalizacije možemo promatrati kao nedostatak ili kao obranu, te prema tome prilagoditi terapijski pristup pojedincu (Brown, 2015). Osobe kod kojih uočimo čestu nemogućnost mentalizacije obično u anamnezi imaju doživljenu traumu, zlostavljanje ili zanemarivanje, a psihijatrijski komorbiditeti odnose na na osi I i II prema DSM-IV. U tom slučaju terapija bi trebala stvoriti najbolje uvjete za usvajanje vještine mentalizacije i potaknuti klijenta na „igranje“ s mentalnim reprezentacijama. Interpretiranje transfera ovdje je kontraproduktivno jer osobe to ne shvaćaju dok ne postignu veći stupanj organizacije *selfa.* Kada je nemogućnost mentalizacije obrana, primijetit ćemo da se javlja samo epizodno, obično povezano s intrapsihičkim konfliktom. Tada s klijentom radimo na uvidu i razumijevanju njegove obrane. Terapeut interpretira nagone iz *ida* odgovorne za anksioznost koja vodi u stvaranje obrana. Razumijevanje obrana potiče klijenta na preuzimanje kontrole nad njom.

4.1. Mentalizacija, kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) i terapija usmjerena na transfer (TFP)

Nedovoljno razvijena sposobnost mentalizacije vjerojatno je prisutna u temeljima gotovo svake psihopatologije, a isto tako vjerojatno postoji više učinkovitih načina koji je poboljšavaju. Poput mentalizacije, KBT jednako potiče ljude na promišljanje o mislima i osjećajima koji su prethodili nekom postupku, suprotstavljajući to „automatskom“ življenju bez osviještenih mentalnih stanja. Svi tipovi KBT-a dijele sljedeće zajedničke pretpostavke: kognitivna aktivnost može mijenjati ponašanje, kognitivne aktivnosti mogu se pratiti i mijenjati, a promjene ponašanja mogu se postići kognitivnom promjenom.

Ranije spomenut koncept pomnosti (vidi poglavlje 2) našao je svoju primjenu kao jedan od tipova kognitivno-bihevioralne terapije. Pomnost neki teoretičari promatraju kao vrstu eksplicitne mentalizacije, definirajući je kao sposobnost svjesnog vođenja vlastitog ponašanja, prilagođavajući ga trenutku (Björgvinsson & Hart, 2006). Sljedeća terapija koja je u kliničkim istraživanjima pokazala bolje rezultate u liječenju BPD-a od uobičajenog tretmana (eng. treatment as usual, TAU) je dijalektička bihevioralna terapija (DBT). DBT je varijanta KBT-a posebno dizajnirana kako bi klijentima pomogla regulirati nestabilno i impulzivno ponašanje, možemo reći da ona „uči“ klijente kako se nositi s neugodnim osjećajima i regulirati svoje ponašanje. Metodološki DBT povezuje istočnjačke tehnike meditacije i tehnike KBT-a, a provodi se individualno i na grupnim tečajevima vještina. U randomiziranim kliničkim istraživanjima pokazana je veća uspješnost DBT-a u odnosu na TAU što se tiče smanjenja suicidalnosti i želje za samoozljeđivanjem. Iako je ovo jedna od najviše istraživanih terapija u kliničkim istraživanjima, nema konkretnih dokaza da je ona uspješnija u odnosu na ostale terapije dizajnirane posebno za osobe s BPD-om. Terapija usmjerena na transfer (TFP) oblik je psihodinamske terapije u kojoj princip rješavanja problema nastalih u odnosu klijenta i terapeuta služi kao primjer za suočavanje s problemima u svakodnevnom životu. Temelj te terapije je Kernbergov objektni model BPD-a prema kojemu su teškoće koje te osobe imaju u odnosima s drugima posljedica „crno-bijelog“ pogleda na svijet – osobe oko njih su ili apsolutno dobre ili apsolutno loše. Korištenje objašnjenja, konfrontacije i interpretacije transfera pomaže klijentu uklopiti dobre i loše reprezentacije sebe i drugih u koherentnu cjelinu. Randomizirana klinička istraživanja pokazala su da TFP i DBT pokazuju slične rezultate što se tiče smanjenja suicidalnosti kod osoba s BPD-om. U odnosu na druge terapije, osobe koje su prošle TFP pokazuju bolju kontrolu ljutnje,

iritabilnosti i verbalnih napada. Važno je istaknuti da i ova terapija omogućuje poboljšanje reflektivne funkcije i razvoj sigurnog stila privrženosti.

Rezultati ovih kliničkih istraživanja pokazuju da vjerojatno postoji više uspješnih tehnika psihoterapijskog liječenja graničnog poremećaja ličnosti. Dvije najuspješnije tehnike, DBT i MBT, svojim klijentima nude definiranu strukturu, usredotočuju se na regulaciju emocija i potiču rješavanje međuljudskih problema kroz promišljanje o mentalnim stanjima. Struktura i stabilnost, kao i empatija i uvažavanje, iznimno su važne osobama s graničnim poremećajem ličnosti. Osim toga, DBT i MBT nastoje promjenom mišljenja (kognitivna komponenta) utjecati na promjenu ponašanja. One se ne bave klijentovom traumatskom prošlošću, već se usredotočuju na trenutačne misli i osjećaje (Paris, 2010; Bliss & McCardle, 2014).

5. Primjene terapije temeljene na mentalizaciji

Terapija temeljena na mentalizaciji jedan je od pristupa liječenju graničnog poremećaja ličnosti koji je svoju uspješnost dokazao randomiziranim kliničkim istraživanjem. Svoju uspješnost dokazao je tijekom praćenja tih osoba 18 mjeseci i 8 godina nakon završetka tretmana. Danas se MBT koristi u terapiji poremećaja hranjenja, u obiteljskoj terapiji i za smanjenje nasilja u školama (Choi-Kain & Gunderson, 2008). U sljedećem odlomku bit će više riječi o primjeni MBT-a za te poremećaje.

5.1. Mentalizacija u graničnom poremećaju ličnosti

Granični poremećaj ličnosti (BPD) čest je poremećaj ličnosti s zastupljenošću od 6% u općoj populaciji (Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011). Budući da je cijela terapija temeljena na mentalizaciji razvijena za ovaj poremećaj, ovdje će biti istaknute samo najvažnije karakteristike tog poremećaja i specifičnosti terapije. Temeljne karakteristike

ovog poremećaja su: disregulacija emocija, visoka impulzivnost koja vodi u (auto)agresivnost, poremećeno interpersonalno funkcioniranje, intolerancija samoće i očekivanje neprijateljstva od drugih. Iz perspektive teorije mentalizacije, važne su karakteristike poremećen osjećaj identiteta (takve osobe ne doživljavaju sebe kao smislena bića) i jaka unutarnja bol koja proizlazi iz traumatskih iskustava zanemarivanja ili zlostavljanja. Teorija privrženosti nudi objašnjenje poremećenog interpersonalnog funkcioniranja koje se tako promatra kao mehanizam prilagodbe na odnos djeteta i skrbnika u kojemu je skrbnik doživljen kao osoba od koje dijete dobiva miješane signale sigurnosti i straha. Zbog toga sustav privrženosti postane hiperaktivan, osobe očajnički izbjegavaju napuštanje, intimne veze su im često nestabilne i intenzivne. Ipak, danas znamo da su za nastanak BPD-a osim zlostavljanja i zanemarivanja odgovorni i premorbidni faktori ličnosti i konstitucijska osjetljivost (Fonagy, Luyten & Strathearn, 2011; Fonagy & Bateman, 2006). Osobe koje boluju od BPD-a imaju nerazvijenu sposobnost mentalizacije kako bi zaštitile svoj um od uma agresora. Tada ti pojedinci funkcioniraju na prementalizirajućim modelima poput psihičke ekvivalencije ili teleološkog stava – sve što je „izvana“ predstavlja i njihovu „unutarnju“ stvarnost. Kao jedan od simptoma BPD-a često se nalazi i sklonost autoagresiji-samoozljeđivanju i suicidu, a to se objašnjava konceptom *alien-selfa*. *Alien-self* posljedica je disfunkcionalne privrženosti i neodgovarajućeg zrcaljenja kada dijete u interakciji sa skrbnikom ne vidi zrcaljene vlastite emocije, već one skrbnikove. Ta iskustva traumatiziran pojedinac uklapa u *self* nastojeći se prilagoditi napadima bliske osobe, postupno se identificirajući s agresorom. Na taj način se u trenucima psihičke boli *self* osjeća napadnuto iznutra, te nastoji ukloniti taj strani, neprijateljski dio sebe (*alien self*) samoozljeđivanjem ili pokušajem suicida (Fonagy & Bateman, 2006). Psihoterapija ovakvih bolesnika morala bi uzeti u obzir i

kognitivne poremećaje koji se javljaju u tih osoba, poput kvazi-psihotičnih paranoidnih misli koje se javljaju u velikom distresu, disocijacije, socijalnih kognitivnih predrasuda (oštećena reflektivna funkcija, polarizirani pogled na interpersonalne odnose), disfunkcionalnih uvjerenja i deficita tzv. „izvršne neurokognicije“ (planiranje, razmišljanje o alternativama i inhbiranje nagona) (Fertuck & Stanley, 2006). Kao što je već navedeno, terapija takvih bolesnika morala bi poticati razmišljanje o mentalnim stanjima sebe i drugih pomoću aktiviranja sustava privrženosti u terapeutskom savezu. U skladu sa saznanjima o pojačanoj osjetljivosti tih osoba na negativne emocije i sklonosti pogrešnom tumačenju neutralnih izraza lica kao neprijateljskih, terapeut ne bi trebao nastupati hladno i profesionalno distancirano, već toplije i srdačnije, pokazujući uvažavanje klijentovih stavova. Terapeutski savez ovdje se shvaća kao terapijsko postignuće, a ne automatski fenomen. Analiza transfera kontraproduktivna je, posebno na početku terapije kada osoba još nema kapacitete za shvaćanje interpretacija, bolje je empatično podupirati klijenta na promišljanje o mentalnim stanjima koja upravljaju ljudskim ponašanjem (Gabbard, 2012).

5.2. Mentalizacija u poremećajima hranjenja

Hilde Bruch prva je definirala anoreksiju nervosu kao *self*-patologiju, posljedicu razvojnih deficita u organizaciji psihološkog „ja“. Deficiti u razvoju manifestiraju se netočnim percepcijama i kontrolom tjelesnih iskustava, zbunjenošću emotivnim stanjima i velikim strahom od odbijanja. Današnja istraživanja iz područja razvojne psihologije i teorije privrženosti, zajedno s neuroznanstvenim otkrićima, potvrdila su pretpostavke Hilde Bruch da je anorexia nervosa bliža poremećajima ličnosti. Poput poremećaja ličnosti, oboljeli od anoreksije imaju teškoća s opisivanjem emocija i interpretiranjem signala iz tijela (Skårderud, 2009). Anoreksiju nervosu možemo promatrati kao borbu za kontrolu,

za osjećaj identiteta, kompetentnosti i učinkovitosti (Bruch, 1973). Oštećena mentalizacija u anoreksiji nervosi ogleda se u činjenici da postoji izomorfizam uma i tijela – radi se o stanju psihičke ekvivalencije. Oblik tijela, tjelesna težina i glad doživljavaju se kao reprezentacije mentalnih stanja tako da kontrola hranjenja predstavlja kontrolu samih sebe. Tjelesna obilježja predstavljaju emotivna i socijalna stanja tako da je u umu oboljelih od anoreksije pojam debljine izjednačen sa slabošću.

Terapija osoba koje boluju od anoreksije izuzetno je kompleksna i postavlja posebne izazove pred terapeuta. Rad s pacijentom i uspostavljanje terapeutskog saveza otežano je zbog njihovog nedostatka uvida u bolest i slabe motiviranosti za promjenu – simptomi služe za očuvanje kohezije *selfa* i regulaciju afekta. Česta je aleksitimija i pseudo-suradljivost, koja je izraz potrebe za pohvalom i ispunjavanjem tuđih zahtjeva. Terapeut koji radi s oboljelima od anoreksije suočava se s fizičkim i psihološkim posljedicama malnutricije, često je nepripremljen za tišinu i izolaciju koju nalazi kod pacijenta, te njegovo nerazumijevanje bolesti može dovesti do nedostatka strpljenja i posvećenosti.

Standardni tretman u liječenju anoreksije danas je kognitivno-bihevioralna terapija, no ona ne nudi čvrsto teorijsko objašnjenje psihopatologije te bolesti i premalo se usredotočuje na emotivni život. Pogrešno bi bilo ovako složenu psihopatologiju svesti na kognitivni deficit. Terapija temeljena na mentalizaciji potiče terapeutov aktivan stav, posebno ako je prisutna aleksitimija; potiče se postupno uspostavljanje privrženog odnosa s pacijentom kako bi se njegova mentalna stanja mogla jasno i obilježeno reprezentirati. Poželjno je istražiti emocije koje se javljaju u terapeutskom odnosu, jednostavno objasniti afekte koji su u pozadini nekog ponašanja, te djelovati suportivno i empatijski. Za potpunu rehabilitaciju oboljelih od anoreksije važno je osim psihoterapije uključiti cijeli tim stručnjaka koji će se baviti psihoedukacijom, terapijom pokretom i

fizioterapijom kako bi pomogli pacijentu doživjeti tijelo na dublji način (Skårderud, 2007& 2009).

5.3. Agresivnost, nasilje i mentalizacija

Promatranje fenomena nasilja i njegovog društvenog značenja ukazuje na potrebu razumijevanja psihodinamike tog fenomena kako bismo ga mogli uspješno prevenirati. Činove nasilja može se podijeliti u tri skupine. U prvoj skupini nalaze se oni nasilni postupci do kojih dolazi u trenucima velikog bijesa, oni su nekontrolirani i neorganizirani. Drugi tip čini nasilje koje zadovoljava psihotične ili perverzne motive, nasilnici djeluju kao da „vrebaju plijen“, te nasilni čin djeluje organizirano. Konačno, treću skupinu čine nasilni postupci koji su dio kriminalnog djela, a mogu biti organizirani ili neorganizirani. Psihodinamika nasilja uglavnom objašnjava nasilje koje pripada prvoj skupini. Nasilnici su u djetinjstvu često bili opisivani kao hiperaktivni, impulzivni, s deficitima pažnje, dok u odrasloj dobi često imaju i psihijatrijske dijagnoze. Zanimljiva je i povezanost narcističnog poremećaja ličnosti i nasilja. Teorija mentalizacije objašnjava pojavu nasilja kao posljedicu nedovoljne sposobnosti reprezentiranja mentalnih stanja. Pojednostavljeno, do nasilja dolazi kada se ne shvaća da ljudske postupke vode misli, osjećaji, želje i vjerovanja. Slično kao i kod psihopatologije graničnog poremećaja ličnosti, sposobnost mentalizacije se ne razvija zbog zanemarivanja u djetinjstvu pa posljedično perzistiraju prementalizirajući modeli razmišljanja, posebno psihička ekvivalencija. Psihička ekivalencija čini pojedince posebno osjetljivim na teške životne prilike na koje onda odgovaraju nasiljem jer im nerazvijena sposobnost mentalizacije nudi to kao jedinu opciju nošenja s problemima. Istraživanja provedena na zatvorenicima potvrđuju da su takve osobe po tipu privrženosti dezorganizirane uz oštećenu reflektivnu funkciju. Njihova razvojna psihopatologija pokazuje obrazac odbacivanja razmišljanja o iskustvima

povezanima s privrženošću, vjerojatno zbog podsjećanja na traumatsko iskustvo. Oštećena mentalizacija otvara put u nasilne postupke koje bi razvijeno mentaliziranje inače spriječilo. Tada se mentalna stanja pogrešno tumače, neki benigni postupci mogu se doimati prijeteće te potaknuti na nasilni čin. Jednako tako, smanjeno empatiziranje predstavlja još jedan korak koji otvara put nasilju. Osoba koja funkcionira na prementalizirajućim stupnjevima nema osjećaj „vlasništva“ nad svojim postupcima, ne prepoznaje sebe kao smisleno biće sposobno za akcije. Psihička ekvivalencija i teleološki stav ostavljaju osobu s intenzivnim, zbunjujućim afektima koji su uzrok teškoćama u svakodnevnom interpersonalnom funkcioniranju, a osoba ih ne može prikladno objasniti.

Nasilni čin može se promatrati kao očajnički pokušaj popravka oštećene sposobnosti mentalizacije. Tipičan primjer je navala srama koju osoba oštećena mentalizacije vidi kao prijetnju cjelovitosti *selfa.* Sram se tada pokušava premjestiti u dio sebe koji osoba ne doživljava kao vlastiti – *alien-self*, eksternalizira se kao egzistencijalna prijetnja, te se čini da se na taj način može zauvijek uništiti.

Proživljeno nasilje generira daljnje nasilje ako je ono doživljeno u okviru afektivne veze privrženosti. Ista situacija može se dogoditi kod promatranja zlostavljanja osobe s kojom postoji emotivna veza. Kada nasilje dovoljno dugo traje, ono dovodi do iznimnog poniženja koje uništava *ego*, sva unutarnja proživljavanja postaju iskustva koja se trebaju izbjegavati, potpuno uništavajući sposobnost mentalizacije (Fonagy, 2004).

Terapija temeljena na mentalizaciji korištena je u randomiziranom kontroliranom kliničkom istraživanju kao jedan od pristupa smanjenju školskog nasilja. Kontrolna skupina primala je uobičajeni tretman (eng. treatment as usual, TAU), druga skupina

školsku psihijatrijsku konzultaciju (eng. School Psychiatric Consultation, SPC), a treća program orijentiran ka stvaranju mirnog okoliša za učenje. (eng. Creating a Peaceful School Learning Environment, CAPSLE). SPC program entuzijastično je dočekan u školama, a provodili su ga dječji psihijatri koji su individualno radili s djecom s poremećajem prilagodbe. Unatoč tome, analiza je pokazala da je taj program dobar za pojedinačne intervencije, no malo je pridonio smanjenju općenite razine agresije i viktimizacije. CAPSLE program temelji se na psihodinamskim principima i orijentiran je na cijelu školsku zajednicu – zlostavljača, nasilnika, pasivnog promatrača i učitelje. Program zapravo jača sposobnost mentalizacije kako bi cijela zajednica imala razvijene kapacitete suprotstavljanja zlostavljanju. Analizom rezultata i praćenjem škola godinu dana nakon provedenih intervencija pokazalo se da je CAPSLE program pridonio ukupnom smanjenju nasilnog ponašanja – manje djece bilo je u upitniku okarakterizirano kao zlostavljač, žrtva ili promatrač. Zaključak ovog istraživanja je da programi koje vode učitelji pokazuju bolje rezultate od onih koje vode profesionalci, a uspješnost se povećava ako uključuju jačanje emotivnih i kognitivnih vještina (tj.sposobnosti mentalizacije) cijele zajednice, a ne samo agresivne djece (Fonagy et al., 2009).

U liječenju adolescenata sa simptomima samoranjavanja terapija temeljena na mentalizaciji također se pokazala uspješnom. Terapija je strukturirana za izvanbolničke pacijente koji dolaze jednom tjedno na seansu s terapeutom te jednom mjesečno na obiteljsku terapiju. Za bolničke pacijente postoji intenzivniji program s individualnim seansama dva puta tjedno i obiteljskom terapijom jednom tjedno. Do ozljeđivanja dolazi kada osoba ne može predočiti svoja iskustva kao mentalna stanja. U trenucima tako ugrožene mentalizacije, negativna razmišljanja o samome sebi toliko su jaka da tjeraju na impulzivno ponašanje i traženje distrakcije. U usporedbi s uobičajenim tretmanom

(TAU) koji se temelji na preporukama medicine temeljene na dokazima (eng. evidence-based medicine), a provodi ga stručnjak savjetovanjem i suportivnim tretmanom, MBT prilagođena za adolescente pokazuje veću uspješnost u smanjenju depresivnih simptoma i samoozljeđivanja. Moguće je da njezina uspješnost leži u činjenici što većina osoba koja se ozljeđuje ima karakteristike graničnog poremećaja ličnosti. Intervencije u terapiji tipične su za poticanje mentalizacije: usmjerenost na trenutačne emocije, promišljanje o mentalnim stanjima sebe i drugih te postupno reguliranje afekata i impulzivnih postupaka (Rossouw, 2015; Rossouw & Fonagy, 2012).

6. Zaključak

Fonagy i suradnici svojom su definicijom pojma mentalizacije olakšali razvoj nove, uspješne psihoterapijske tehnike. Kombiniranjem postojećih koncepata teorije privrženosti i teorije uma uspješno su upotpunili neke nedostatke koje su obje teorije imale, te na taj način stvorili okvir za cjelovito objašnjenje djetetova psihološkog razvoja. Ovakva redefinirana mentalizacija ima čvrste znanstvene temelje u spoznajama iz neurobioloških i slikovnih metoda istraživanja. U centru terapije temeljene na mentalizaciji nalazi se pretpostavka da psihopatologija nastaje kao posljedica nemogućnosti reprezentiranja mentalnih stanja sebe i drugih. Strukturno, terapija ima elemente i psihodinamskih i kognitivno-bihevioralnih terapija. Usmjerena je na trenutačne probleme i afekte, vremenski je manje zahtjevna (seanse jednom tjedno tijekom godinu dana), ne ulazi u interpretaciju nesvjesnog, a odnos terapeuta i klijenta srdačniji je nego što je to slučaj u klasičnoj dinamskoj terapiji. Poput kognitivno-bihevioralnih terapija, ovdje je također pretpostavka da promjena mišljenja (shvaćanje akcija i mentalnih stanja koja ih motiviraju) dovodi do promjene ponašanja (bolja regulacija afekata i impulzivnosti, bolji interpersonalni odnosi). Randomizirana klinička istraživanja pokazala su uspješnost MBT-a za granični poremećaj ličnosti, a postupno se dokazuje i uspješnost u liječenju poremećaja hranjenja, suicidalnosti i samoozljeđivanja te smanjenju vršnjačkog nasilja. Ovakvi rezultati pokazuju da će se u budućnosti ova pristupačna i jeftina tehnika možda uspješno koristiti za široki spektar psihičkih bolesti.

7. Zahvale

Zahvaljujem mentoru, prof.dr.sc. Darku Marčinku na stručnoj i nesebičnoj pomoći pri pisanju ovog diplomskog rada.

Hvala svim mojim prijateljima i kolegama, onima koji su uz mene još od srednje škole i onima koje sam stekla tijekom fakulteta, neću vas pojedinačno nabrajati jer bih nekoga vjerojatno nepravedno izostavila, sami ćete se prepoznati. Hvala vam na razumijevanju, podršci i svim trenucima druženja po kojima ću pamtiti studij.

Hvala Leu na obavljenom lektorskom poslu, emotivnoj potpori i razumijevanju tijekom svih šest godina studija.

Na kraju, najveća zahvala ide mojim roditeljima i sestri bez čije dugogodišnje podrške i povjerenja ne bih postigla sve ovo što jesam.

8. Literatura

Allen JG, Bleiberg E, Haslam-Hopwood T. (2003). Mentalizing as a Compass for Treatment. The Menninger Clinic, 1-14. Preuzeto s: http://www.menningerclinic.com/education/clinical-resources/mentalizing

Bateman AW, Fonagy P. (2004) Mentalization-based treatment for BPD. Journal of Personality Disorders 18 (1): 36-51.

Bion W. (1962) Learning from Experience. London: Heinemann.

Bion W. (1967) Second Thoughts. New York: Jason Aronson.

Björgvinsson T, Hart J. (2006) Cognitive Behavioral Therapy Promotes Mentalizing, U: Handbook of Mentalization-Based Treatment (ur. J. G. Allen and P. Fonagy), Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Bliss S, McCardle M. (2014). An Exploration of Common Elements in Dialectical Behavior Therapy, Mentalization Based Treatment and Transference Focused Psychotherapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Clinical Social Work Journal 42(1): 61-69.

Bowlby J, Zeanah CH. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. The Journal of Nervous and Mental Disease 178(1): 62

Brown WG. (2008) Failure to Mentalize: Defect or Defense? Psychoanalytic Social Work 15(1): 28-42.

Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books.

Choi-Kain LW, Gunderson JG. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 165(9): 1127-1135.

Fertuck EA, Stanley B. (2006). Cognitive disturbance in borderline personality disorder: Phenomenologic, social cognitive, and neurocognitive findings. Current Psychosis and Therapeutics Reports 4(3): 105-111.

Fonagy P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. Int J Psychoanal 72: 639–656.

Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. (2002) Attachment and reflective function: their role in self-organization. U:Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, str.23-65.

Fonagy P. (2004) The Developmental Root of Violence in the Failure of Mentalization. U: A Matter of Security: The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy (ur. F. Pfäfflin & G. Adshead). London: Jessica Kingsley Publishers, str. 13-56.

Fonagy P, Bateman AW. (2006). Mechanisms of change in mentalisation-based therapy with BPD. Journal of Clinical Psychology 62(4): 411-430.

Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM, Nelson JM, Dill EJ, Little TD, Sargent, JA. (2009). A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. Journal of Child Psychology and Psychiatry 50(5): 607-616.

Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. Infant Mental Health Journal 32(1): 47-69.

Friedman DD, Ertegun L, Lupi T, Beebe B, Deutsch S. (2013). Securing Attachment : Mother – Infant Research Informs Attachment-Based Clinical Practice, 45-60.

Frith CD, Frith U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. Neuron 50(4): 531-534.

Gabbard GO. (2012). Neurobiologically Informed Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. U: Psychodynamic Psychotherapy Research. Totowa, NJ: Humana Press, str. 257-268.

Holmes J. (2005). Notes on Mentalizing – Old Hat, or New Wine?. British Journal of Psychotherapy 22(2): 179-198.

Jurist EL. (2010). Mentalizing Minds. Psychoanalytic Inquiry 30: 289-300.

Maunder RG, Hunter JJ. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical

patients. General Hospital Psychiatry 31(2): 123-130.

Pally, R. (2007). Mirror neurons and beyond: Shared Circuits of Self and Other Regina Pally, M.D., 2000.

Paris J. (2010). Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Current Psychiatry Reports 12(1): 56-60.

Rossouw TI, Fonagy P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 51(12): 1304-1313

Rossouw TI. (2015). The use of mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A) with a young woman with mixed personality disorder and tendencies to self-harm. Journal of Clinical Psychology 71(2): 178-187.

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 15(5): 323-339.

Skårderud F. (2009). Bruch revisited and revised. European Eating Disorders Review 17(2): 83-88.

Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. (1998). Frontal Lobe Contributions to Theory of Mind. Journal of Cognitive Neuroscience 10(5): 640-656.

Winnicott D. (1965). The maturational processes and the facilitating environment. New York: International Universities Press.

9. Životopis

Rođena sam 22.12.1991. u Zagrebu. U Zagrebu sam završila Petu gimnaziju prirodoslovno-matematičkog usmjerenja i srednju glazbenu školu GU Elly Bašić, smjer glazbenik flautist. 2010. godine upisujem Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Tijekom studija aktivno sam i pasivno sudjelovala na nekoliko kongresa iz područja neuroznanosti, psihijatrije te umjetnosti i medicine. Pisala sam pregledne radove za studentski stručni časopis Gyrus u kojemu sam posljednjih godinu dana urednica. U akad. god. 2014./2015. bila sam demonstrator na kolegiju klinička propedeutika na odjelu kardiologije KBC Sestre Milosrdnice. Tijekom studija volontirala sam na javnozdravstvenim akcijama u organizaciji studentskih udruga CroMSIC i EMSA. Aktivno se služim engleskim jezikom.