Mentalizacija i poremećaji ličnosti

Šćuric, Vedran

Master's thesis / Diplomski rad

2014

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:105:895695

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

Vedran Šćuric

Mentalizacija i poremećaji ličnosti

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Vedran Šćuric

Mentalizacija i poremećaji ličnosti

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je na **Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Rebro** pod vodstvom **doc. dr. sc. Darka Marčinka** i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013./2014

SADRŽAJ

UVOD 1

MENTALIZACIJA 2

Razvoj mentalizacije s psihoanalitičkog stajališta 3

Mentalizacija s neurobiološkog stajališta 4

Mentalizacija i teorija uma 9

MENTALIZACIJA U POREMEĆAJIMA LIČNOSTI 11

a) Granični poremećaj ličnosti 11

b) Anoreksija nervoza 15

Somatoformni poremećaji 15

TRETMAN TEMELJEN NA MENTALIZACIJI (MBT) ZA POREMEĆAJE LIČNOSTI .. 18

RASPRAVA 22

ZAKLJUČAK 23

ZAHVALE 24

LITERATURA 25

ŽIVOTOPIS 28

Sažetak

Mentalizacija je novi pojam u psihijatriji koji je prvi put u svom radu uveo Peter Fonagy 1991. godine. To je sposobnost zaključivanja što se nalazi u umu druge osobe. Teorija mentalizacije osmišljena je s namjerom da se objasni psihopatologija graničnog poremećaja ličnosti i da se shodno tome razvije uspješna psihoterapija. Bitna je pretpostavka teorije da je mentalizacija razvojno postignuće koje dijete uspješno razvije u sklopu sigurnog privrženog odnosa sa skrbnikom. Dijete u tom odnosu u svom ranom psihičkom razvoju prolazi kroz nekoliko načina psihičkog funkcioniranja. Prvi je „psihička jednakost" u kojoj dijete poistovjećuje unutarnju i vanjsku stvarnost. Sljedeći je razvojni stupanj „pretvaranje". Dijete se pretvara da je stvarnost drugačija i to se odvija u igri; vanjska i unutarnja stvarnost u potpunosti su odvojene. Završni je stupanj uspješna integracija ta dva načina psihičkog funkcioniranja u jedan; tj. unutarnji i vanjski svijet nisu isti, ali su povezani. Da bi dijete uspješno razvilo takav način funkcioniranja, potrebno je da skrbnik pravilno prepozna djetetove podražaje te ih njemu dosljedno predoči. To pomaže razvoju dopaminergičkog i oksitocinergičkog sustava te određenih dijelova frontalnog korteksa zaduženih za nadzor emocija koji su prepoznati kao neurobiološka osnova mentalizacije. Teorija uma koja je povezana s mentalizacijom, eksperimentalnom paradigmom „zadatak lažnog uvjerenja" otkrila je da djeca uspješno savladavaju ideju o tome što se događa u umu drugih osoba između treće i šeste godine. Genetička predispozicija, zanemarivanje i trauma mogu štetiti razvoju mentalizacije u djeteta te se moždani sustav privrženosti ne razvija pravilno, čineći ga hipersenzitivnim i disfunkcionalnim uslijed stresa te inhibira moždane sustave mentalizacije, zbog čega takvi ljudi imaju probleme u društvenim odnosima jer ne mogu ispravno zaključiti i/ili razmišljati o namjerama, osjećanjima, mislima i uvjerenjima drugih ljudi. To se primarno odnosi na osobe s graničnim poremećajem ličnosti, ali i na pacijente sa somatoformnim poremećajem i anoreksijom nervozom. Tretman temeljen na mentalizaciji (MBT) koristi uvide teorije mentalizacije u svrhu liječenja pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti. Fleksibilan je i može se koristiti s drugim oblicima psihoterapije. Rezultati istraživanja pokazuju da je MBT dugoročno uspješniji od standardne psihijatrijske njege te dovodi do sniženja troškova liječenja. Teorija mentalizacije i tretman temeljen na njoj obećavaju da će u bliskoj budućnosti postojati uspješno liječenje za poremećaje ličnosti.

Ključne riječi: mentalizacija, teorija uma, granični poremećaji ličnosti, sigurna privrženost

Summary

Mentalization is a new term in psychiatry, introduced for the first time by Peter Fonagy in 1991. This ability allows a person to infer mental states of other people. The theory of mentalization was devised with the intention of explaining psychopathology of borderline personality disorder and thus developing a succesful psychotherapy to treat the disorder. Important premise of the theory is that mentalization is a developmental achievement a child acquires in a relationship of secure attachment with the care-giver. During early psychic development, the child goes through several modes of psychic functioning. Psychic equivalence is the first: inner and outer reality are perceived as one and the same. The next developmental stage is pretend mode: the child pretends that reality is different from what it really is and this roleplay occurs in a game. Successful integration of these two modes of functioning represents the final stage; the inner and the outer worlds are different and connected. In order to successfully acquire this stage, the child needs marked contingent mirroring of its needs by the caregiver. This facilitates the development of dopaminergic and oxcitocinergic system, as well as specific areas of frontal cortex in charge of emotional control, which were recognized as the neurobiological basis of mentalization. The theory of mind, which is connected to mentalization, has revealed through an experimental paradigm, the so called „false-belief task“, that children acquire this ability between four and six years of age. Genetic predispositon, neglect and trauma may hinder the development of mentalization and the child's attachment system, making the child hypersensitive and dysfunctional; it inhibits the neural systems of mentalization, causing the person to develop problematic social relationships because the affected people cannot correctly infer the mental states of others and cannot mentalize about thoughts, emotions, intentions and beliefs of others. These are the characteristic traits of borderline personality disorder. Somatizing patients and patients with anorexia nervosa have impaired mentalization as well. Mentalization based treatment uses the insights of theory of mentalization to treat patients with borderline personality disorder. The treatment is flexible and can be used with other forms of psychotherapy. Research shows that mentalization based treatment is more successful in the long term than standard psychiatric care, and also requires lower costs of treatment. Theory of mentalization and mentalization based treatment present a promising phenomenon which suggests that successful therapy of personality disorders might develop in the near future.

Key words: mentalization, theory of mind, borderline personality disorder, mentalization based treatment, secure attachment

UVOD

Spoznaja i sistematizacija pojma mentalizacije je omogućila znanstvenicima da unaprijede liječenje osoba kojima je diagnosticiran granični poremećaj ličnosti. Vrlo je važno razjasniti ulogu i značaj mentalizacije u formiranju ličnosti i s tim u vezi na patologiju koja se može pojaviti.

Postoje tri generalne skupine poremaćaja u psihijatriji: psihotični poremećaji, poremećaji ličnosti i neurotični poremećaji. Još je Winnicot u svojim radovima o patologiji parova spominjao tu podjelu i obrazlagao njihov nastanak kroz razvoj koji prati jednostavnu aritmetičku shemu. Dijete nesvjesno samog sebe prvo razvija osnovnu svijest o sebi, tj. da ono samo postoji (simbolizirano prelaskom nule u jedan). Može se reći da je u tom trenutku dijete svjesno svog unutarnjeg svijeta kojeg još uvijek ne razlikuje od vanjskog svijeta. Uspješno savladavanje razlikovanja tih dvaju svjetova je osnova testiranja realnosti. Trauma djeteta u ovoj fazi razvoja stvara u djetetu predispoziciju za psihotični poremećaj čija je osnova neuspjeh testiranja realnosti. Uspjeh ove faze razvoja se očituje u sposobnosti djeteta da razlikuje sebe od vanjskog svijeta, ali se pojavljuje novi problem: što ili tko se nalazi u tom vanjskom svijetu. Prva osoba u vanjskom svijetu je obično majka i ova faza razvoja je simbolizirana prelaskom iz broja jedan u dva. Uspješno prepoznavanje majke kao zasebne osobe je osnova prepoznavanja ličnosti na bazi koje dijete formira svijest o sebi kao osobi. Traume djeteta u ovoj fazi stvaraju predispoziciju za poremećaje ličnosti. Uspjeh u ovoj fazi omogućuje djetetu da stavi dijadu sebe i majke u kontekst „trećega“ gdje broj tri ne predstavlja samo treću osobu u smislu oca nego i situacija, zakona, pravila, reda i slično. Traume djeteta u ovoj fazi razvoja stvaraju u njemu predispoziciju za neurotične poremećaje čija je osnova neuspjeh kupiranja sa stresom kojeg stvaraju svakodnevne situacije i međuljudski odnosi. Danas se smatra da se neurotični poremaćaji vrlo uspješno mogu liječiti psihoterapijom dok se psihotični poremaćji primarno liječe psihofarmacima. Poremećaji ličnosti dugovremena nisu imali zadovoljavajuću terapiju niti lijekovima niti psihoterapijom sve do pojave terapije temeljene na mentalizaciji (Mentalization Based Treatment) koju je osmislio Fonagy sa suradnicima. Ovaj diplomski rad nudi pregled teorije i terapije temeljene na mentalizaciji s nekoliko znanstvenih stajališta i disciplina.

MENTALIZACIJA

Mentalizacija je osnovni proces ljudskoga društvenog funkcioniranja i samoregulacije povezana sa stvaranjem veza između osobnih smislenih iskustava i njihovih reprezentacija. Mentalizacija uključuje transformaciju afektivnih iskustava kroz povećanu količinu i kompleksnost predstavljajućih mreža što uzrokuje bolju kvalitetu objašnjavanja, zadržavanja i regulacije afekta (Bouchard et al 2008).

Fonagy i Bateman definiraju mentalizaciju, točnije mentaliziranje, kao proces pomoću kojeg određujemo smisao svojih i tuđih subjektivnih stanja i mentalnih procesa. To je društveno određen pojam jer smo svjesni mentalnih stanja ljudi s kojima smo u odnosu fizički i psihološki. (Bateman i Fonagy 2010)

Mentaliziranje je oblik emocionalnog znanja (Skarderud 2008). To je normalna sposobnost pripisivanja namjera i značenja ljudskom ponašanju, razumjevanja „nepisanih" pravila, ono oblikuje naše razumijevanje sebe i drugih. Centralno je za ljudsku komunikaciju i odnose. Opisuje se kao mogućnost da se sebe vidi izvana, a druge iznutra. Postoji i etički aspekt ovoga: što bolje razumijemo ponašanje drugih ljudi, teže je tretirati drugu osobu kao objekt. Mentalizirati znači misliti o mislima, umovati o umu. S tim su povezani koncepti „emaptije", „emocionalne inteligencije", „metakognicije", „uvida", „promatrajućeg ega", „tumačenja" i „refleksije". Mentaliziranje omogućava i razumijevanje vlastitih nesporazuma.

Mentalizacija podrazumijeva otvorenost prema neprozirnosti mentalnih stanja i svjesnost da se ona mogu brzo promijeniti, da nisu stabilna kao fizičke stvari i da je zaključivanje o svojim i tuđima mentalnim stanjima koje pomaže društvenu interakciju istovremeno podložno pogrešci (Subic-Wrana 2011).

Choi-Kain i Gunderson (2008) navode mentalizaciju kao „mentalni proces pomoću kojeg pojedinac implicitno ili eksplicitno tumači postupke sebe i drugih kao smislene na temelju intencionalnih mentalnih stanja poput osobnih želja, potreba, osjećaja, uvjerenja i razloga". Unutar ove definicije tri su dimenzije mentalizacije: prva se odnosi na dva moda funkcioniranja: implicitni i eksplicitni, druga se odnosi na objekte (ja i drugi), treća se odnosi na dva aspekta: kognitivni i afektivni koji se odnose i na sadržaj i na proces mentaliziranja. Implicitna mentalizacija odnosi se na nesvjesne, automatske i proceduralne radnje i sposobnosti pojedinca da zamisli vlastita mentalna stanja ili mentalna stanja drugih. Pojedinci prirodno i nesvjesno „drže" um drugih ljudi u svom umu. Eksplicitna mentalizacija uključuje

namjerno vježbanje i svjesno korištenje. Psihoterapija je primjer eksplicitne mentalizacije. Terapuet svjesno i namjerno zamišlja mentalna stanja pacijenta i potiče pacijenta da se svjesno i namjerno fokusira na vlastita mentalna stanja. Objekti mentalizacije mogu biti drugi ljudi ili osoba sama. Svaki od njih ima vlastita mentalna stanja koja uključuju osjećaje, misli, motive, namjere, uvjerenja, želje i potrebe. U mentalizaciji ova dva objekta su u dinamičnoj interakciji. Primjer toga je da pojedinac osjeća ljutnju na prijatelja i zatim posumnja da je prijatelj također ljut na njega. I sadržaj i sam proces mentaliziranja mogu imati dva aspekta: kognitivni i afektivni što bi značilo da osoba može razmišljati i o svojim mislima i o svojim osjećajima, ali i biti svjesna svojih osjećaja samih po sebi i osjećaja nastalih kao reakcija na određene misli. Mentalizacija je sposobnost zamišljanja svjesnih i nesvjesnih mentalnih stanja u sebi i u drugima. Termini povezani s mentalizacijom su „metabolizacija“, „reprezentacija“, „simbolizacija“, „sekundarni mentalni procesi“ i „alfa-funkcija“.

Razvoj mentalizacije s psihoanalitičkog stajališta

Razvijajući koncept mentalizacije Fonagy je sa suradnicima razvio ideju o nekoliko načina psihičkog funkcioniranja koje dijete usvaja u ranoj dobi ukoliko mu majka pruža sigurnu privrženost. Ti načini su: psihička jednakost i pravljenje. Prvi način koji dijete stekne je psihička jednakost; odnosi se na psihičku jednakost unutarnjeg i vanjskog svijeta. Sadržaj uma je jednak karakteristikama vanjskog svijeta. Razlikovanje unutarnjeg (psihičkog) i vanjskog (fizičkog) svijeta je slabo. Osjećaji i s njima povezane misli mogu prouzročiti strah jer kategorička razlika između djelovanja i mišljenja nije uspostavljena. Tapkavac (dijete koje puže) u strahu da će mu novorođena sestra oteti ljubav roditelja može poželjeti da sestra nestane. Uvidjevši da na njegovu želju proizašlu iz emocije, sestra nije nestala, njegov strah je pojačan bijesom i razočaranjem jer njegove misli ne odgovaraju njegovom doživljaju stvarnosti tj. svemoći: njegova misao nije promjenila stvarnost kao što je on očekivao i sada je zabrinut zašto je to tako. Također, osjećaj straha od sestre je ostao usprkos njegovom pokušaj da ublaži stres unutarnjeg stanja promjenom vanjskog svijeta (koje slabo razlikuje). Ovaj doživljaj je prva naznaka da njegove misli nisu jednake stvarnosti i da postoji razlika između unutarnjeg i vanjskog svijeta. Zbog neuspjeha „psihičke jednakosti“ dijete razvija drugi način psihičkog funkcioniranja koji je obilježen „pravljenjem“. Tapkavac se sada pravi da je sestru ostavio na pustom otoku, a on plovi daleko od nje na brodu. To je gluma i fantazija u kojoj su unutarnji i vanjski svijet strogo odvojeni, za razliku od psihičke jednakosti gdje su bili izjednačeni. Razvijena mentalizacija se pojavljuje kada se ta dva načina psihičkog

funkcioniranja integriraju (Subic-Wrana 2011) što se po teoriji uma događa u razdoblju između 3-5 godina (Subic-Wrana 2011). Unutarnji i vanjski svijet su sada različiti i povezani.

Ključ razumjevanja važnosti mentalizacije u psihijatriji je da to nije funkcija koja se razvija „sama po sebi“ u sklopu neurološkog razvoja mozga djeteta nego je to razvojno postignuće koje je duboko ukorijenjeno u kvaliteti odnosa dijete-skrbnik (Bateman i Fonagy 2010). Teorija mentalizacije povezana je s Bowlbyeovm teorijom privrženosti. Fonagy argumentira da skrbnikovo „obilježeno dosljedno predočavanje (zrcaljenje)“ djetetovih unutarnjih stanja u sklopu sigurne privrženosti omogućava djetetov razvoj mentalizacije (Choi-Kain i Gunderson 2008). Na plač djeteta, majka ne reagira vlastitim plačem i stresom nego prije pretjeranim mrštenjem čela koje iskazuje istovremeno zabrinutost i ljubav. To je izraz koji ne samo da zrcali emocionalno stanje djeteta nego je i majčina re-prezentacija; on odgovara unutarnjem stanju djeteta, ali je promijenjen majčinim doživljajem. „Obilježeno“ znači da je majka „metabolizirala“ djetetovo unutarnje stanje, a „dosljedno“ znači da je točno tj. odgovarajuće s obzirom na unutarnje stanje djeteta što podrazumijeva da majka ispravno tumači njegove emocije i potrebe. Takvo predočavanje pomaže djetetu učvrstiti razumjevanje unutarnjih iskustava kojih je u početku samo blago svjesno tako da fizičko, osjetilno iskustvo svjesno zadrži u umu. Taj proces pomaže razvoj djetetve sposobnosti da mentalizira svoja unutarnja iskustva koja mu zauzvrat pomažu upravljati afektom i uznemirenošću.

Mentalizacija s neurobiološkog stajališta

Već je navedeno da se mentalizacija razvija u sklopu sigurne privrženosti majke i djeteta. Neurobiologija kao znanstvena disciplina pokušava ustanoviti regije mozga, neuronske mreže koje su povezane s određenim ponašanjem. Tako se sustav privrženosti odnosi na one dijelove živčanog sustava koji je povezan s istoimenim ponašanjem, a isto vrijedi i za sustav mentalizacije.

Dva sustava za koja istraživanja pokazuju da su povezani sa sustavom privrženosti i igraju ključnu ulogu u promicanju i održavanju majčinskog ponašanja su dopaminergički sustav nagrađivanja i oksitocinergički sustav (Fonagy et al 2011). Istraživanja na animalnim modelima povezuju mezolimbokortikalni dopaminski sustav igra s procesiranjem nagrađujućih signala koje prima majka i motivacijom za majčinsku brigu.

Oksitocin i vazopresin igraju ključnu ulogu u 2 aspekta stvaranja privrženih odnosa: aktiviraju sustav nagrađivanja/privrženosti i deaktiviraju neurobihevioralne sustave povezane s društvenim izbjegavanjem. Povećana ekspresija oksitocinski receptora u ventralnom

palidumu i prednjem mozgu glodavaca pospješuje majčinsko ponašanje. Povećana ositocinska aktivnost mogla bi igrati ulogu u djetetovim osjećajima privrženosti prema roditeljima. Oksitocin povezuje osjetljivost na društvene podražaje poput izraza lica djeteta s dopaminskim sustavima, pospješuje društvenu povezanost, poboljšava društveno pamćenje, pamćenje izraza lica i identiteta, selektivno pospješuje pozitivna društvena sjećanja, stvara i aktivira pozitivna osjećajna iskustva u odnosu s drugim ljudima (Fonagy et al 2011). Žene koje doje su manje reaktivne na stres što se objašnjava pojačanim lučenjem oksitocina. Povećana otpornost na stres mogla bi objasniti smanjenju vjerojatnost maltretiranja djece od strane majki koje doje u epidemiološkim istraživanjima. On može inhibirati aktivnost hipotalamopituitarne stres osi što predmnijeva da aktivacija sustava privrženosti može pojačati iskustvo nagrađivanja, osjetljivost na društvene podražaje i smanjiti društveno izbjegavanje pa čak i omogućiti da nagrađivanje prevlada nedostatak povjerenja. To sve poboljšava majčino razumijevanje i pojačava majčin fokus na mentalna stanja njenog novorođenčeta. Razine oksitocina su snažno povezane s povezanošću majke prema njenom djetetu što se vidi u indikatorima poput pozitivnog afekta, pogleda, osjećajnog dodira i učestalošću praćenja djeteta. Očito je da oksitocinski mehanizmam objašnjava povezanost privrženosti i procesa mentalizacije. Intranazalna primjena oksitocina osim što poboljšava društveno pamćenje, pojačava povjerenje, darežljivost i suosjećanje povezano s promatranjem emocionalnih video-isječaka. Sve navedeno je sugestivan dokaz da angažiranost majčinog sustava privrženosti koji podiže razinu oksitocina može činiti majku više osjetljivom na mentalna stanja djeteta što zauzvrat povećava vjerojatnost sigurne privrženosti između nje i djeteta i brži razvoj djetetova razumjevanje umova (Fonagy et al 2011).

Suosjećanje je bitan dio mentalizacije i povezano je s dvije paralelne neuronske mreže: jedna čiji procesi su „dijeljeni prikazi“ (SR – „shared representation“) tuđih mentalnih stanja i druga koja je povezana s „pripisivanjem mentalnih stanja“ (MSA – „mental state attribution“) (Ripoll et al 2013). Dijeljeni prikazi su visceralni i automatski dok je pripisivanje mentalnih stanja svjestan i namjeran način suosjećanja. Točno suosjećanje vodi k društvenijem ponašanju i iskrenoj suosjećajnoj brizi, ali ga psihopatologija može umanjiti. Gledateljima koji promatraju osobe koje osjećaju bol, gađenje, koje provode jednostavne radnje orijentirane k cilju, koje prikazuje emocionalne izraze lica ili osjećaju bezbolni dodir, aktiviraju se slični limbički, paralimbički i senzorimotorni živčani sustavi koji se aktiviraju gledanima kada sami doživljavaju navedeno. Istraživanja na zrcalnim neuronima opisuju procesiranje „dijeljenih prikaza“ kao utjelovljena simulacija; neuralni prikazi tuđih mentalnih stanja se visceralno

doživljavaju u sebi. Tablica 1 prikazuje koji dijelovi mozga su povezani s „dijeljenim prikazima“ u zdravih pojedinaca u usporedbi s pojedincima koji pate od graničnog poremećaja ličnost, poremećaja za kojeg se smatra da je paradigma „oštećene mentalizacije“.

Tablica 1.Prikaz djelova mozga koji su povezani s »djeljenim prikazima» u zdravih pojedinaca i pojedinaca koji pate od graničnog poremećaja ličnosti.

Regija mozga	neklinički nalaz	Nalaz u pacijenata s BPD-om (BPD – Borderline Personality Disorder, hrvatski prijevod: granični poremećaj ličnosti)
amigdala	gledatelji promatraju afektivne izraze lica promatranih osoba, slična aktivacija u promatranih osoba i promatrača funkcija u detekciji afektivnih stanja, osnovna obrada afekta, prepoznavanje afekta na licu	hiperreaktivnost prilikom zapažanja afektivnog (pozitivnog i negativnog) uzbuđenja, provokacija agresije, nedostatak habituacije povezane s ograničenjima subjektivnog procjenjivanja društvene potpore neki dovode u pitanje hiperaktivnost amigdali u BPD
prednji cingulat (korteks ili vijuga?)	gledatelji promatraju druge ljude u boli, slična aktivacija u promatranih osoba i promatrača funkcija u regulaciji boli i mogućih drugih ekstrema drugih ekstrema, regulacija afekta tuđe boli u sebi	nedostatak povezan s ograničenom regulacijom afekta usprkos hipereaktivnost „dijeljenjih prikaza“ u drugim regijama, nedostatna aktivnost ove regije mogla bi indicirati specifičniju ulogu primrano u regulaciji afekta nego u suosjećanju
prednja insula	gledatelji promatraju lica ili ponašanje osoba koje osjećaju bol ili gađenje; slična aktivacija u	hiperreaktivnost tijekom zadatka afektivnog suosjećanja; indicira povećanu visceralno procesiranje

	promatranih osoba i promatrača funkcija u nadziranju visceralnih iskustava boli i gađenja u sebi i drugima, različite podregije prednje i stražnje insule mogle bi obavljati različite podfunkcije	suosjećanja istaknutih društvenih stimulansa disfunkcija povezana s nemogućnošću BPD pacijenata da uspostave suradnju, ne zna se sigurno
donji parijetalni režanj	gledatelji promatraju osobe koje doživljavaju bezbolni dodir; slična aktivacija u promatranih osoba i promatrača	ograničeni rezultati mogu upućivati na uključenost samo u osnovne suosjećajnu obradu senzorimotorične pažnje
donja prednja vijuga	gledatelji promatraju osobe kako provode jednostavne motorne radnje, geste, izraze lica; slična aktivacija u promatranih osoba i promatrača	ograničeni rezultati mogu upućivati na uključenost samo u osnovnu suosjećajnu obradu senzori motorične pažnje

Tablica 2 prikazuje koji dijelovi mozga su povezani s „pripisivanjem mentalnih stanja“ u zdravih pojedinaca u usporedbi s pojedincima koji pate od graničnog poremećaja ličnost, poremećaja za kojeg se smatra da je paradigma „oštećene mentalizacije“.

Tablica 2 Prikaz djelova mozga koji su povezani s «pripisivanjem mentalnih stanja» u zdravih pojedinaca i pojedinaca koji pate od graničnog poremećaja ličnosti

Regija mozga	Neklinički pronalaz	nalaz u BPD
stražnji cingulate/prekuneus	aktivira se kad su gledatelji zatraženi da eksplicitno procjene osobe na vinjetama ili s njima povezane vizualne ili verbalne društvene podražaje, pri usporedbama perspektive iz prvog i trećeg lica, pri projekcijama sebe u budućnost i u ostale okolnosti	prilikom psihološkog udaljavanja od afektivnih podražaja u BPD pacijenata nađena veća aktivacija; relativni nedostaka rezultata može indicirati na ulogu u osnovnoj obradi prostorne percepcije

	aktiviran pri eksplicitnom mentaliziranju, pri zauzimanju različitih stajališta, obradi vlastite važnosti, pri mentalnoj prospekcijii navigaciji	
središnji prefrontalni korteks	aktivirano kad su gledatelji zatraženi da eksplicitno navedu mentalna stanja drugih osoba iz kompleksnih podražaja, da procjene sebi slične i o verzijama sebe nedaleko od sadašnjosti, da projiciriaju sebe u druge situacije aktivacija povezana s preciznošću zaključaka suosjećanja i s obradom samovažnosti; jedna od dvije regije koje su najčešće povezana s inhibicijom zrcaljenja stajališta	snižen tijekom regulacije provocirane agresije, moguće da indicira ulogu u refleksiji o samovažnosti ili trudu da se zaključe tuđe namjere kao način regulacije agresivnih impulsa kada paradigma ne daje priliku bihevioralni odgovor, odbijanje može provocirati hiperaktivaciju ove regije, naglašavajući potvrdu za razlikovanjem suosjećajnog razumjevanja od čistog nadzora afekta
temporoparijetalni spoj (junction)	aktivira se kad su gledatelji zatraženi da zaključe da li osobe imaju lažna ili točna uvjerenja, da procjene da li poznaju promatrane osobe, da ekslipicitno navedu mentalna stanja na bazi podražaja, ili pri vlastitoj projekciji u buduće ili druge situacije	nedostatak nalaza mogu indicirati na osnovnu ulogu u razlikovanju sebe od drugih i uspostavljanju perspektive
gornji temporalni sulkus	aktivira se kad su gledatelji zatraženi da procjene kompleskne, društvene, smislene radnje osoba, da ekslipicitno opišu mentalna stanja osoba	snižena aktivnost tijekom namjerne empatične obrade

	aktivacija je povezana s precisnošću eksplicitnog suosjećajnog zaključivanja	tijekom pokušaja psihološkog udaljavanja od afektivnog podražaja, BPD pacijenti pokazuju veći stupanj aktivacije, naglašavajući potrebu za razlikovanjem empatičnog razumjevanja od nadzora afekta

Tražeći istaživanja koja uspoređuju pacijente s graničnim poremećajem ličnosti i depresijom Luca i sur. su našli slijedeće (Luca et al 2011): dok su zamišljali reakcije na situaciju koja je poticala samozljeđivanje zdravi subjekti su pokazali određenu aktivnost orbitofrontalnog korteksa koja je bila manja u pacijenata s BPD-om, no dok su zamišljali akt samoozljeđivanja pacijenti s BPD-om su pokazali povećanu aktinvnost u dorzolateralnom prefrontalnom korteksu i smanjenu aktivnost u srednjem cingulatu. U igri s više rundi ekonomskih izmjeni uspoređivani su pacijenti s BPD-om i zdrave osobe. Zdrave osobe su pokazivale linearnu povezanost između odgovora prednje insule i primljene novčane ponude od strane partnera u igri kao i količine novca vraćene partneru. Kod osoba s BPD-om nađena je linearna povezanost samo između odgovora prednje insule i vraćene količine novca.

Mentalizacija i teorija uma

Teorija uma se odnosi na mogućnost uma koja omogućava pojedincu da prvo cijeni postojanje različitih mentalnih stanja u drugima i onda da točno prepozna tuđa mentalna stanja da bi predvidio njihovo ponašanje. Teoriju uma su u znanstvenu literaturu uveli primatolozi, no istraživanja na ovu društvenu kognitivnu sposobnost su proširili razvojni psiholozi koji su uveli zadatak lažnog uvjerenja, prvu eksperimentalnu paradigmu za proučavanje teorije uma (Choi-Kain et Gunderson 2008). Teorija uma ne odnosi se na oblik znanstvene teorije o tome što um je (bar ne u ovom kontekstu) nego sposobnost da osoba razvije teoriju o tome što se događa u umu druge osobe. Neuroznanost je prihvatila pojam mentalizacije i operacionalizirala ga je na nekoliko načina, jedan je već spomenut: reflektivna funkcija, a drugi je zadatak lažnog uvjerenja. Znanstvenike je zanimalo u kojoj dobi dijete može primijeniti teoriju uma na druge osobe da bi predvidjelo njihovo ponašanje. Zadatak lažnog uvjerenja sastoji se u tome da se djetetu prikaže lutkarska predstava koju provodi

eksperimentator. Lutak Petar dolazi do zamrzivača i iz njega izvadi bocu mlijeka, popije malo i vrati je nazad. On odlazi, a dolazi drugi lutak koji napravi isto, ali potrošenu bocu s mlijekom napuni vodom i vrati je na isto mjesto u zamrzivač. Kad se lutak Petar vrati do zamrzivača, djecu se pita što lutak Petar očekuje naći u istome. Djeca koja su razvila teoriju umu će reći da lutak očekuje mlijeko te da će stoga biti razočaran. Djeca koja nisu dosegla kognitivni razvojni stadij teorije uma reći će da lutak Petar očekuje vodu i time pokazuju da objašnjavaju ponašanje drugih ljudi koje je orijentirano cilju na bazi onoga što su ona vidjela, a ne mogu zamisliti da lutak nije vidio promjenu te stoga ne može ni očekivati isto što je i dijete vidjelo. Sposobnost teorije uma da riješi zadatak lažnog uvjerenja se razvije između treće i pete godine života po nekim autorima (Subic-Wrana 2011), a po nekima između četvrte i šeste godine (Choi-Kain et Gunderson 2008). Razlika između cilju orijentiranog i teoriji uma orijentiranog objašnjenja ponašanja drugih ljudi predstavlja ključnu stepenicu u razvoju mentaliziranja; djeca koja uspiju iskazati da će lutak Petar biti razočaran jer je očekivao mlijeko, a našao vodu demonstriraju uspješan razvoj kvalitativno novog pristupa u razumijevanju motiva i reakcija drugih ljudi i sada su sposobna tumačiti njihova mentalna stanja.

U svojem predstavljanju teoretski razvijenog i klinički primijenjenog širokog psihoanalitičkog pojma mentalizacije, Fonagy je spojio njene unutrašnje, sebi orijentirane i afektivno bogate dimenzije s više empirijski razvijenim, vanjski i na druge osobe orijentiranim, kognitivno fokusiranim konstruktom teorije uma (Choi-Kain et Gunderson 2008).

Koristeći koncepte prvog stupnja mentaliziranja: orijentiranost cilju i drugom stupnju mentaliziranja: teorija uma, Baron-Cohen je demonstrirao da kognitivno sposobna djeca s Aspergerovim sindromom (poremećajem iz autističnog spektra) nisu bila sposobna riješiti zadatak lažnog uvjerenja dok normalno razvijena djeca i djeca s Downovim sindromom jesu. To je snažna potvrda hipotezi da je oštećena sposobnost čitanja misli drugih ljudi ključan deficit u autizmu, ali također i da je sposobnost zaključivanja mentalnih stanja drugih ljudi (mentalizacija – teorija uma) relativno neovisna o općoj inteligenciji (Subic-Wrana 2011).

Proučavajući moždanu aktivnost pri korištenju mentalizacije za rješavanje zadatak koji zahtijevaju orijentiranost cilju i/ili aktivnost teorije uma ispostavilo se da posljednje navedena aktivnost uključuje prednji paracingularni korteks, temporo-parijetalni spoj i temporalne polove.

MENTALIZACIJA U POREMEĆAJIMA LIČNOSTI

a) Granični poremećaj ličnosti

Ovaj poremećaj je dugo vremena bio problematičan u psihijatriji. Kad bi se u dijagnostičkom procesu potrošile sve druge dijagnoze, što u psihotičnom što u neurotičnom spektru, što u samom spektru poremećaja ličnosti, pacijentu bi se obično postavila dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti. Samom pacijentu se nije govorilo o njoj i za nju uspješna terapija bilo u smislu lijekova ili psihoterapije nije postojala sve dok Fonagy devedesetih godina dvadesetog stoljeća sa suradnicima nije počeo razvijati teoriju mentalizacije. Ta teorija spaja određene pretpostavke Bowlbyeve teorije privrženosti i razvojne psihologije. U teoriji se navodi da dijete razvija sve kompleskniju sposobnosti razmišljanja o sebi i drugima u sklopu sigurne baze ili sigurne privrženosti koju pruža skrbnica/k. Osjećaj sigurnosti i osjećaj vlastitog identiteta su bitne pretpostavke mentaliziranju, bez njih razvoj mentalizacije je usporen. Stoga se za zanemarivanje, zlostavljenje i traumatiziranje djeteta u ranom djetinjstvu smatra da oštećuje razvoj djetetovog osjećaja identiteta te time i razvoj mentalizacije.

DSM-IV klasifikacija psihijatrijskih bolesti opisuje granični poremećaj ličnosti kao prožimajući obrazac nestabilnosti međuljudskih odnosa, vlastite slike i afekta obilježen impulzivnošću koji počinje u ranoj odrasloj dobi i prezentira se pomoću pet ili više od slijedećih devet karakteristika: 1) mahnitim pokušajima da se izbjegne stvarno ili zamišljeno napuštanje, 2) obrazac nestabilnih i intenzivnih međuljudskih odnosa karakteriziranih promjenama između ekstrema idealizacije i devaluacije, 3) poremećaj identiteta: izraženo i trajno nestabilna slika sebe ili osjećaj o sebi, 4) impulzivnost u bar dva područja koja su potencijalno štetna (rastrošnost, seks, zlouparaba supstanci, neoprezna vožnja...) 5) ponavljajuće suicidalno ponašanje, geste ili prijetnje ili samoozljeđivanje, 6) nestabilnost afekta zbog naznačene reaktivnost raspoloženja, 7) trajni osjećaj praznine, 8) neprimjerena, intenzivna ljutnja ili teškoće u kontroli ljutnje, 9) prolazne, o stresu ovisne paranoidne ideacije ili teški disocijativni simptomi. U sklopu ovakve klasifikacije moguće je 256 permutacija kriterija dijangoze kojima se dijagnoza poremećaja može postaviti (Sanislow et al 2011, Schmeck et al 2013).

Granični poremećaj ličnosti pokazuje visoke stope remisija, a afektivna nestabilnost se pokazala kao najstabilnije obilježje poremećaja čak i nakon deset godina te obilježje koje je najjasnije povezano s neurobiologijom (Sanislow et al 2011). Remisija je vjerojatnija ako se dijagnoza postavi ranije.

Čini se da je BPD karakteriziran obrascem prestrašene privrženosti (anksioznost vezana uz privrženost i izbjegavanje odnosa), bolna netolaracija usamljenosti, hiperosjetljivosti na društveni okoliš, očekivanjem neprijateljstva od drugih i izrazito smanjena pozitivna sjećanja dijadnih interakcija. Disocijativni komorbiditeti su češći i vjerojatno su povezani sa stresom, emocionalnim zanemarivanjem i suicidalnom ideacijom. BPD je također karakteriziran oštećenim osjećajem identiteta ukorjenjenim u disfunkciji samopredstavljanja i povezan s doživljajem intenzivne unutarnje boli povezane s oštećenim odnosima te zlostavljanjem i zanemarivanjem u djetinjstvu (Fonagy et al 2011).

Mentalizacijska teorija graničnog poremećaja ličnosti predlaže da se pojedinci, ili zbog konstitucionalne ranjivosti ili zbog izloženosti zanemarivanju u ranim odnosima u kojima im skrbnik nije primjereno predočio vlastita emocionalna iskustva, razviju s oslabljenom ili slabom sposobnosti predstavljanja afekta i da uspješno kontroliraju pozornost (Fonagy et Bateman 2006). Pri ponovnoj traumi ovi pojedinci će vjerojatnije reagirati „odustajanjem“ od svoje sposobnosti da se smisleno nose s vlastitim ili tuđim mentalnim stanjima, pogotovo u kontekstu privrženosti. To odustajanje je namjerno izbjegavanje stanja uma zlostavljača. Ne može se očekivati od djeteta da prihvati ono što je najočitije: neprijateljski stav zlostavljača. Lakše je ne misliti o mentalnim stanjima uopće. No, to bi moglo biti više od same prilagodbe. Rana trauma bi mogla uzrokovati promjene živčanog mehanizma uzbuđenja koja vodi u relativno lagano okidanje sustava uzbuđenja, podupirući aktivaciju stražnjeg korteksa u isto vrijeme isključujući prednje dijelove mozga zadužene za mentalizaciju i to sve zbog relativno blagoga osjećajnog podražaja. Koji god da je razlog odustajanja od mentalizacije, posljedica je povratak na načine psihičkog funkcioniranja koji, gledano razvojno, vremenski prethode potpuno mentalizaciji odrasle osobe. Osim već spomenuta dva postoji i treći način koji se zove teleološki stav: u kojem osoba traži dokaz u smislu fizičke akcije kao potpunu potvrdu subjektivnog stanja (primjer: netko je voljen samo ako je fizički diran).

Ključna posljedica disregulacije sustava privrženosti u pojedinaca s BPD-om je njegova hiperreaktivnost koja vodi u prvi kriterij dijagnoze: mahniti pokušaji izbjegavanja napuštanja i drugi kriterij: nestabilne i intezivne međuljudske odnose koji sežu od poznanstva do velike intimnosti i prolaze te ekstreme u kratkom vremenu. Fonagy i suradnici pretpostavljaju da hipereaktivnost ovog sustava, možda povezana s traumatskim iskustvom, pogoršava mentalizaciju – intenzivan afekt nije poveziv s prosuđivanjem povjerenja. U trenucima stresa, sustav mentalizacije se gasi, a primat preuzimaju prementalistički načini psihičkog funkcioniranja: psihička jednakost ili pravljenje (Fonagy et al 2011).

Sustav privrženosti inkorporira Bowlbyev sustav sigurne baze ili privrženosti, sustav pružanja brige i sustav spajanja parova. Na neurobiološkoj razini taj isti sustav je reprezentiran dopaminergičkim sustavom nagrađivanja i oksitocinergičkim sustavom (Fonagy et al 2011). Oksitocin je neuroaktivni hormon koji se sintetizira u hipotalamusu i projicira se u regije mozga povezane s emocijama i društvenim ponašanjem (striatum, amigdale, cingularni korteks).

Sposobnost prepoznavanja potreba djeteta iz vizualnih i drugih senzornih podražaja i da se svrsishodno reagira na svaki od njih, se smatra osnovom za uspostavljanje sigurne privrženosti između majke i djeteta. Majčin odgovor mozga i u ponašanju na podražaje njenog djeteta mogli bi biti važan pretkazatelj dječjeg razvoja (Fonagy et al 2011). Pri odgovoru na djetetov podražaj, bilo pozitivan ili negativan, majke trebaju integrirati afektivne i kognitivne informacije o svom djetetu, te procijeniti i druge suprotstavljene zahtjeve prije nego što reagiraju. Uznemireno dijete obično budi suosjećajan emocionalni odgovor u majci kao i kognitivan proces da majka utvrdi, temeljeno na prijašnjem iskustvo i znanju, moguće uzroke i rješenja za uznemirenost djeteta. Slično tome, djetetovo nasmiješeno lice obično budi pozitivno afektivno uzbuđenje u majci, asocijacije s drugim nagrađujućim iskustvima te majka odgovara odgovarajućim ponašanjem poput smješenja, maženja i igranja.

Postoje snažni dokazi da je izrazita aktivacija neurobihevioralnog sustava privrženosti povezana s deaktivacijom sustava za uzbuđenje i nadzor afekta kao i s deaktivacijom neurokognitivnih sustava vjerojatno povezanih sa sumnjom u međuljudskim odnosima; to jest s onim sustavima povezanim s društvenim spoznajama ili mentalizacijom: lateralni prefrontalni korteks, medijalni prefrontalni korteks, lateralni parijetalni korteks, medijalni temporalni režanj, rostralni prednji cingularni korteks (Fonagy et al 2011).

Čini se da je aktivacija i deaktivacija sustava privrženosti blisko povezana s uzbuđenjem i nadzorom stresa. Fonagy i suradnici predlažu da s pojačanim uzbuđenjem, nastaje prijelaz s kortikalnih na subkortikalne sustave, s upravljanog na automatsko mentaliziranje i posljedično u nementalizirajuće načine psihičkog funkcioniranja (Fonagy et al 2011). Kako raste stupanj kortikalne aktivnosti kroz međusobno interaktivne sustave noradrenalin alfa-2 i dopamin D1, prefrontalna kortikalna funkcija se poboljšava uključujući nadzor pažnje, planiranje/organiziranje i eksplicitnu mentalizaciju. Kako dalje raste stimulacija, inhibitorna aktivnost noradrenalin alfa-1 i dopamin D1 aktivnost naraste do te mjere da gasi prefrontalni korteks dok su stražnje kortikalne i subkortilane funkcije (automatska, implicitna i na afekt usmjerena mentalizacija) pojačane i na kraju preuzmu djelovanje. Daljni porast razine

noradrenalina i dopamina međudjeluju na takav način da iznad određenog praga, ravnoteža se pomiče s prefrontalnog izvršnog funkcioniranja na sjećanja kodirana amigdalama i na automatske reakcije smješeten u stražnjim subkortikalnim regijama (borba ili bijeg ili blokada).

Na bazi toga se može pojasniti da drugačije povijesti privrženosti su povezane sa stilovima privrženosti koji imaju različite pragove za aktivacije sustava privrženosti tj. njegove deaktivacije i prijelaza s višega prefrontalnog mentaliziranja na niže, automatsko mentaliziranje. Studije neuroimiždinga to podupiru. Majke sa sigurnom privrženosti pokazale su veću aktivaciju regija mozga povezanih s nagrađivanjem, uključujući ventralni striatum i oksitocinske hipotalamopituitarne regije. Periferni odgovor oksitocina tijekom kontakta s novorođenčetom je bio značajno veći u „sigurnih“ majki, a veličina promjene od osnovne razine oksitocina je pozitivno povezana s aktivacijom mozga njihove novorođenčadi u istim regijama. No važna je razlika kako majke reagiraju kada ugledaju tužno lice djeteta. Sigurno privržene majke i dalje pokazuju povišenu aktivnost u nagrađujućim regijama mozga dok nesigurne/odbacujuće majke pokazuju deaktivaciju sustava nagrađivanja i aktivnost insule kad vide tužna lica svoje djece. Insula se može povezati s osjećajim nepoštenja, boli i gađenja. Čini se da majke s vlastitom prošlosti nesigurne/odbacujeće privrženosti teže reguliraju tužne osjećaje koje u njima provociraju tužna lica njihove djece vjerojatno jer su preplavljena tužnim sjećanjima iz vlastite prošlosti. Stoga Fonagy i suradnici zagovaraju da insularna aktivnost potaknuta od strane djetetova tužna lica predstavlja tugu nesigurne majke koja je blokira u „obilježenom, dosljednom predočavanju“ vlastitom djetetu. To „zrcaljenje“ je potrebno djetetu da internalizira majčin izraz kao reprezentaciju vlastitog iskustva tuge i tako pomogne organizaciji vlastitog osjećajnog odgovora. Za sigurno privrženu majku dječji podražaj bio pozitivan ili negativan, može predstavljati važan afektivni signal poticanja, pojačavanja i motiviranja odgovorne majčine brige. Nesigurne majke bi mogle negativno subjektivno reagirati tako da odražavaju djetetovu tugu bez mogućnostu stvaranja simboličke /mentalizirajuće udaljenosti između djetetova i vlastita uma. Izbjegavajuća privrženost je pozitivno povezana s aktivacijom u medijalnom prefrontalnom korteksu i ventralnom anterioronom cingularnom korteksu, područjima kojima se pretpostavlja kontrola socijalne spoznaje, mentalizacije, društvenog odbacivanja i suzbijanja emocija. Paradoksalno, sigurna privrženost zahtjeva istovremenu aktivaciju komponenti koje su u normalnim situacijama recipročno aktivne: mentaliziranja i regije mozga povezana s nagrađivanjem.

b) Anoreksija nervoza

Skaderudova studija pokazuje da su tjelesni osjeti i karakteristike poput gladi, veličine, težine i oblika fizički entiteti koji predstavljaju mentalna stanja (Skaderud 2007). Krajnji nalaz je izomorfizam između unutarnje i vanjske stvarnosti, uma i tijela (psihička jednakost). Pacijenti pokazuju izrazitu bliskost između fizičke i psihološke stvarnosti, primjerice: restriktivni nadzor nad hranom predstavlja psihološku samokontrolu. Mnoge osobe s anoreksijom nervozom doživljavaju tjelesnost kao opsesivnu i bešćutnu stvarnost od koje je teško pobjeći. Konkretizacija mentalnog života se tumači kao oštećena „reflektivna funkcija" (mentalizacija) i predlaže je kao centralno psihopatološko obilježje anoreksije nervoze.

Kad je psihička realnost slabo međupovezana, tijelo može preuzeti pretjeranu centralnu ulogu u nastavljanju osjećaja sebstva, doslovno postajući tijelo dokaza. U nemogućnost da se osjete iznutra, pacijenti su natjerani da se doživljavaju izvana. Tako je anoreksija nervoza opisana kao poremećaj samonadzora i nadzora afekta; konkretistički simptomi doslovno služe održavanju kohezije i stabilnosti labilnog osjećaja sebstva.

Za znanstvena istraživanja mentalizacija je operacionalizirana kao „reflektivna funkcija". Pacijenti s poremećajima hranjenja zajedno s onima kojima je dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti su imali najniže rezulate u testiranjima reflektivne funkcije (Skaderud 2007).

Vjerojatno najznačajni doprinos teorije mentalizacije za razumijevanje anoreksije nervoze je način psihičke jednakosti u kojem su vanjski i unutarnji svijet jednaki. U osoba s ovim poremećajem to se primarno odnosi na tijelo tj. na „tjelesnost" misli i osjećaja. Tjelesna zapažanja predstavljaju osjećajnu stvarnost. Pacijentice koje osjećaju nedostatak kontrole svog života također mogu imati osjećaj tjelesnog širenja, postajanja većima i debljima. Stoga je ovaj način psihičkog funkcioniranja važan za razumijevanje poremećene slike vlastitog tijela koja kontekstualno ovisi o afektivnom stanju. Najviše se ističe pri negativnom afektivnom uzbuđenju. Psihička bol pacijentice uzrokovana je osjećajem zatvorenosti u grubu tjelesnost ovdje i sada; pacijentica teško mentalizira kako njeno tijelo služi kao metaforičan izvor osjećajnog života i obrnuto.

Somatoformni poremećaji

Somatoformni poremećaji ne spadaju u granične poremećaje ličnosti ali se spominju ovdje jer je i njihova pojava vezana uz nedostatak mentalizacije.

Somatizirajući pacijenti su karakterizirani „infantilnim osobnostima“ koji ne samo da ne uspjevaju u prevođenju fizičkih znakova afektivnog uzbuđenja u osjećajna stanja prije nego tjelesnih simptoma koji uzrokuju ansksioznost nego također ne uspijevaju razumjeti društvene interakcije. Somatizacija se može povezati s nedostatkom mentalizacije to jest mogućnost predstavljanja sebe i drugih kao bića koja svjesno misle, osjećaju i djeluju (Subic-Wrana 2011).

Psihosomatske smetnje su reakcija na preplavljujuće iskustvo bespomoćnosti koje vodi u resomatizaciju i desimbolizaciju kao očajnički pokušaj obrane. Mogućnosti predstavljanja stečene tijekom razvoja su onemogućene, a mišljenje o ekstremno bolnom iskustvu i svjestan doživljaj povezanog osjećaja su zamijenjeni posvemašnjim negativnim psihosomatskim stanjem, na primjer: nediferenciranom somatoformnom boli.

Karakteristike psihosomatizirajućih pacijenata su šireg spektra od aleksitimičnog oštećenja što implicira da je mentalizacija šireg spektra od aleksitimije (Subic-Wrana 2011). Aleksitimija se sastoji od: 1) teškoće prepoznavanja i opisivanja osjećaja, 2) teškoće razlikovanja osjećaja od tjelesnih osjeta emocionalnog uzbuđenja, 3) nedostatka imaginacije i fantaziranja, te 4) načina razmišljanja orijentiranog prema vanjskom svijetu.

Tablica 3 – Elementi afektivnosti (Jurist 2005)

Oblik	identificiranje afekta	obrada afekta	izražavanje afekta
osnovni	imenovanje	mjenjanje	izražavanje orijentirano prema van
složeni	razlikovanje	usavršavanje	izražavanje orijentirano prema unutra/ komuniciranje

S obzirom da aleksitimični pojedinci ne mogu niti identificirati afekt kao afekt te ga stoga imenovati ili razlikovati od nekog drugog afekta, prema Fonagyevoj tablici elemenata afekta aleksitimija bi se mogla definirati kao posvemašnji defekt sva 3 elementa jer se oni nastavljaju jedan za drugim. Iz toga proizlazi da aleksitimija podrazumijeva kompleksnije oštećenje mentalizacije.

Adaptivni nadzor osjećaja zahtjeva da neokorteks ili „mozak za riječi“ koji simbolički povezuje iskustvo s jezikom i tako omogućuje organizaciju i promjenu isksutva obrađuje emocionalna uzbuđenja koje medijiraju limbičke regije. Stoga bi psihosomatski stanja mogla biti uzrokovana oslabljenom komunikacijom između limbičkog sustava i neokorteksa (Subic-Wrana 2011).

Pretpostavka je da pacijenti sa somatoformnim poremećajima funkcioniraju u načinu psihičke jednakosti. Tjelesni osjet koji je povezan s afektivnim uzbuđenjem ne može se mentalizirati. Somatizirajući pacijenti ne mogu prenijeti implicitne znakove emocionalnog uzbuđenja u eksplicitan način emocionalne obrade stoga ih krivo tumače kao znakove tjelesne disfunkcije. Ti pacijenti nisu samo oštećeni na području svijesti o svojim osjećajima nego i u korištenju svojih osjećaja da bi razumjeli sebe i druge ljude. Fonagyev model mentaliziranja naglašava važnost odnosa dijete-skrbnik kao izvor iz kojeg izvire mogućnost predstavljanja sebe i drugih kao bića koja svjesno osjećaju, misle i djeluju. Ako je primarni sustav privrženosti osujećen, razvoj mentalizacije je usporen. Psihoterapeutski rad s ovim pacijentima često otkriva neugodna dječja iskustva. Mnogi pacijenti opisuju svoje odrastanje u atmosferi emocionalnog zanemarivanja; pacijenti sa somatoformnom boli često prijavljuju da su bili podvrgnuti teškom fizičkom zlostavljanju u djetinjstvu. Oslabljenost mentalizacije je povezana s tim iskustvima u kojima je odnos dijete-skrbnik pretvoren u izvor nesigurnosti i opasnosti. Ako to dijete ne nađe sigurnost i razumijevanje svojih potreba i osjećaja onda odnos dijete-skrbnik ne može poslužiti kao uzor za razumijevanje svojih potreba i osjećaja, a odnosi s drugim ljudima su odbačeni zbog mogućnosti da budu izvor psihičke i i fizičke boli te stoga ne postaju daljnji izvor učenja razumijevanja sebe i drugih.

TRETMAN TEMELJEN NA MENTALIZACIJI (MBT) ZA POREMEĆAJE LIČNOSTI

Tretman temeljen na mentalizaciji je prvotno osmišljen za tretiranje graničnog poremećaja ličnost i ovdje će se ukratko objasniti onako kako su ga Fonagy i suradnici osmislili (Fonagy et Bateman 2010). Fokus bi trebao biti na stabiliziranju osjećaja sebstva i pomoći pacijentu da zadrži optimalnu razinu uzbuđenja u kontekstu uspješno vođenog odnosa privrženosti između pacijenta i terapeuta. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti su izrazito osjetljivi na međuljudske odnose. Taj odnos će neupitno dovesti do anksioznosti povezane s gubitkom osjećaja sebstva te da će nastalo emocionalno iskustvo prijetiti brzim preplavljivanjem pacijentovih mentalnih sposobnosti vodeći u eskalirajuće emocije i nemogućnost preciznog razumjevanja tuđih motiva. Stoga psihoterapeuti trebaju biti oprezni da ne bi uzrokovali jatrogene interakcije s ovim pacijentima.

Ovaj tretman se može opisati kroz cilj intervencija, terapeutski stav i mentaliziranje transfera. Početak intervencije sastoji se u stabilizaciji emocionalnog afekta (Holmes 2005) jer nekontrolirani afekt vodi u impulzivnost; jedino kad je afekt pod nadzorom moguće je fokusirati se na unutarnje reprezentacije i jačanje pacijentova osjećaja sebstva. Cilj i ishod same intervencije je bitniji od tipa intervencije. Primarni cilj bilo koje intervencije mora biti ponovna uspostava mentaliziranja. Bilo koja intervencija koja uspijeva u ovom cilju može se koristiti u MBT-u. Zbog toga je pristup MBT raznim intervencijama permisivniji od drugih terapija dajući mu mnogostrukost tehnika što može objašnjavati njegovu popularnost među praktikantima različitih škola kao i kratko trajanje treninga potrebnog da ga praktikanti počnu koristiti u svakodnevnoj praksi. Od praktikanata se samo traži da svoju postojeću praksu prilagode foksirajući je više na mentaliziranje nego na ponašanje, kogniciju ili uvid.

Terapeutski stav podrazumijeva: a) poniznost koja proizlazi iz osjećaja „ne-znanja“; b) strpljivost prilikom prepoznavanja razlika u perspektivama, c) priznavanje i prihvaćanje drugačijih perspektiva; d) aktivno ispitivanje pacijenta o njegovim/njezinim iskustvima: tražiti opis iskustva (što?), a ne objašnjenje iskustva (zašto?); e) pažljivo izbjegavanje potreba za razumijevanjem onoga što nema smisla (eksplicitno reći da nešto nije jasno). Bitna komponenta stava je praćenje vlastitih pogreški u mentaliziranju kao terapeut. Važno je biti svjestan da je i terapeut stalno pod rizikom gubitka vlastitih sposobnosti mentaliziranja u prisutsvu nementalizirajućeg pacijenta (Fonagy et Bateman 2010, Fonagy et al 2011). Smatra se da je povremeno „uživljavanje“ terapeuta prihvatljiv doprinos terapeutskom savezu, nešto što se jednostavno treba priznati. Kao i sa svim drugim prekidima mentaliziranja i takvi

incidenti zahtjevaju da se proces zaustavi „vrati u nazad“ do početka prekida i da se incident istraži. U ovom suradnom odnosu pacijenta i terapeuta, oba partnera dijele odgovornost za razumijevanje mentalnih procesa zaslužnih za događaje unutar i izvan terapije.

U mentaliziranju transfera treba biti oprezan jer on podrazumijeva razinu mentaliziranja koju pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti često ne posjeduju. Nije rečeno da se intepretacije transfera trebaju izbjegavati nego su dani indikatori kada se može koristiti i kojih su šest ključnih komponenti. **Prvi korak** je priznavanje osjećaja transfera koji tvori pacijentovu perspektivu. To ne znači nužno složiti se s pacijentom, ali pacijentu mora biti vidljivo da je njegovo stajalište shvaćeno. **Drugi korak** je istraživanje. Događaji koji su uzrokovali transfer moraju se prepoznati. Ponašanja povezana s mislima i osjećajima moraju se eksplicirati, ponekad i do bolnih detalja. **Treći korak** je terapeutovo prihvaćanje vlastita uživljavanja. Većina pacijentovih iskustava u transferu bit će povezana sa stvarnosti pa makar malo ili djelomično. To većinom znači da je terapeut bio uvučen u transfer i ponašao se na način dosljedan pacijentovom viđenju njega ili nje. Lagano je pripisati to pacijentu, ali to mu nimalo ne pomaže. Baš naprotiv, terepeut inicijalno treba priznati barem djelomično uživljavanje u transfer kao neobjašnjivu voljnu radnju za koju prihvaća odgovornost, a ne ih prepoznavati kao pacijentovo iskrivljenje. Skretanje pozornosti na takve terapeutova svojstva pomaže prikazati pacijentu da je prihvaćenje odgovornosti za nevoljne radnje moguće i da to ne umanje generalni stav koji terapeut želi prikazati. **Četvrti korak** je suradnja pri stvaranju interpretacije. Metafora koja ovo dobro opisuje je da terapeut sjedi pokraj pacijenta, a ne njemu nasuprot. U takvom stavu oni zajedno gledaju na pacijentove misli i emocije i gdje god je moguće oba zauzimaju radoznali stav. Tu se vidi sličnost s obilježenim zavisnim predočavanjem u odnosu sigurne privrženosti između skrbnice i djeteta (autorov doprinos). **Peti korak** se sastoji u tome da terapeut predstavi drugačije viđenje i zadnji, **šesti korak** je pažljivo pratiti pacijentovu reakciju kao i vlastitu.

Pravilan izraz bio bi **mentaliziranje transfera**, a ne interpretacija transfera koja se uobičajeno smatra tehnikom za pružanje uvida. Mentaliziranje transfera potiče pacijenta da misli o trenutačnom odnosu s terapeutom s ciljem da mu se pažnja usmjeri na tuđi um, um terapeuta i da mu se pomogne u uspoređivanju vlastitog viđenja njih samih s tuđim viđenjem njih: bilo da se radi o tereapeutovom viđenju ili viđenju druge osobe u radnoj grupi (Fonagy et Bateman 2010).

Općenitije rečeno cilj tretmana treba biti istovremeno poticanje pacijentove privrženosti i uključenosti u tretman dok mu se pomaže održati mentalizacija. Očekuje se da

će pažljivo titriranje usmjerenja na pacijentovo trenutačno mentalno stanje dok mu se aktivira privrženi odnos poboljšati pacijentove sposobnosti mentaliziranja bez jatrogenih utjecaja. Tretman temeljen na mentalizaciji pri dinamički terapijama implicira: a) odglašavanje dubokih nesvjesnih tumačenja u korist naglašavanja svjesnog ili podsvjesnog sadržaja, b) prilagodba terapeutskog cilja s uvida na mentalizaciju c) pažljivo izbjegavanje opisivanja složenih mentalnih stanja koja su nerazumljiva osobama s ugroženim mentaliziranjem, d) izbjegavanje naširokih rasprava o prošlim traumama osim u kontekstu razmatranja trenutnih viđenja mentalnih stanja zlostavljajućih osoba i promjena od mentalnih stanja žrtve u prošlosti u odnosu na svoja trenutačna iskustva. Teraeput vjerojatno pomaže najviše kad intervencije a) su jednostavne i lagane za razumjeti; b) su usmjerene na afekt; c) aktivno uključuju pacijenta; d) su usmjerene na pacijentov um više nego na njegovo ponašanje; e) se odnose na trenutni događaj ili aktivnost; f) koriste terapeutov um za primjer; g) su fleksibilne prema složenosti i intenzitetu osjećaja u odgovoru na intenzitet pacijentova emocionalnog uzbuđenja (Fonagy et al 2011).

Trenutačna istraživanja upućuju da je remisija od graničnog poremećaja ličnosti razuman ishod i potencijalno trajniji nego što se prije pretpostavljalo (Sanislow et al 2011).

U terapiji anoreksije nervoze Skarderud navodi da isti principi koji vrijede za MBT graničnog poremećaja ličnosti vrijede i za MBT anoreksije nervoze s određenim specifičnostima. Terapeut i dalje treba imati znatiželjan stav kao da „ništa ne zna“, a ne strogi stav stručnjaka koji dijeli uvid, regulacija intenzivnosti odnosa je i dalje ključ terapije. MBT za anoreksiju nervozu spaja psihoterapiju i psihoedukaciju, tako što bi terapeut trebao uspješno mijenjati pozicije između eksperta za znatižalju i slušanje pacijenta (stav neznanja koji pokazuje iskrenu zainteresiranost za pacijenta) i eksperta o bolesti (stav znanja koji pokazuje razumijevanje bolesti pacijenta te time samog pacijenta). Pružanje informacija o samoj bolesti i razumijevanje pacijenta može dati priliku pacijentu da se premjesti s tradicionalne uloge u kojoj pasivno prima tretman u novu ulogu u kojoj aktivno sudjeluje u terapeutskom procesu. Nementalizirajuća tumačenja se trebaju koristiti veoma oprezno. Tumačenja u klasičnom smislu mogu biti prenapredna te bez pozitivnog ishoda jer ih se može shvatiti konkretno tj. doslovno. Ili ih se može negativno primiti. Ovim pacijentima „primanje tumačenja“ predstavlja ponovno bolno proživljavanje da im se govori što misliti i osjećati, potvrđujući njihov doživljaj neadekvatnosti i time ometajući razvoj prave samosvijesti i povjerenja u vlastite psihološke sposobnosti (Skarderud 2007).

Cilj psihoterapije je poboljšanje mentalizacije u smislu odvajanja tijela od tijela, tj. osjeta od reprezentacije, mesa od afekta. To predstavlja dekonkretizaciju, otvaranje zatvorenog psihološkog iskustva jednakosti realnosti. Nakon toga slijedi, u jeziku tjelesnih metafora, remetaforizacija: vježbanjem pacijent treba postati svjestan i samokritičan u korištenju metafora pomoću koji živi i jede (Skarderud 2007).

RASPRAVA

Fonagyev uvođenje koncepta mentalizacije kataliziralo je razvoj novih i efikasnih tretmana kao i novih gledišta u psihopatologiji, psihoterapiji, razvojnoj psihologiji i neuroznanstvenim istraživanjima. Po teoriji mentalizacije granični poremećaj ličnosti se može definirati kao nestabilnost mentalizacije (Choi-Kain et Gunderson 2008).

Istraživanja pokazuju da specijalistički djelomično bolnički tretman nije skuplji od opće psihijatrijske njege te vodi do značajnih ušteda nakon završetka osamnaestomjesečnog tretmana (Fonagy et Bateman 2010). Remisija od graničnog poremećaja ličnosti je razuman ishod i potencijalno trajniji nego što se prije pretpostavljalo (Sanislow et al 2011).

No pravo otkriće ne leži samo u činjenici da su znanstvenici unaprijedili liječenje graničnog poremećaja ličnosti što je omogućila sistematizacija pojma mentalizacije te razvoj nove teorije koja je proizišla iz toga nego u značenju koje ta teorija ima za društvo. Zdravlje se najbolje razumije tek kada se pojavi bolest tj. onog trenutka kad se otkrije uspješno liječenje te bolesti. Što su činili skrbnici pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti ako je njegova definicija nestabilnost mentalizacije, a sama mentalizacija razvojno dostignuće djeteta u okviru sigurne privrženost koju pruža skrbnik? Kakva će biti djeca pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti ako je dobra mentalizacija roditelja uvjet za razvoj mentalizacije djeteta? Fonagy i suradnici su u svom istraživanju otkrili da je sigurna privrženost zaštitni čimbenik protiv psihijatrijskih dijagnoza prve osi (Fonagy et al 2008), a to su praktički svi poremećaji osim poremećaja ličnosti što govori da iako oštećena mentalizacija nije centralni problem drugih poremećaja nepovezanih s ličnosti, ona može pomoći pojedincima da ne razviju i druge poremećaje. Zanimljiva je primjena terapije temeljene na mentalizaciji na budućim majkama s poremećajima ličnosti. Takva primjena proširena na što veći broj takvih pacijentica mogla bi smanjiti incidenciju graničnih poremećaja ličnosti, a trenutačno se tretman temeljen na mentalizaciji pokušava prilagoditi za tretiranje drugih psihijatrijskih poremećaje te procijeniti daljnjim istraživanjima.

ZAKLJUČAK

Mentalizacija je samostojno definirana relativno nedavno i sustavno se istražuje zadnjih dvadeset godina. Njena teorija uspješno opisuje psihopatologiju graničnih poremećaja ličnosti što se vidi u uspješnosti liječenja pacijenata s tim poremećajima tretmanom temeljenom na mentalizaciji. Teorija mentalizacije je primjenjiva i na druge poremećaje ličnosti te je za pretpostaviti da će ih u bliskoj budućnosti njene modifikacije objasniti. Tretman temeljen na mentalizaciji se lako primjenjuje uz druge tehnike te je moguće zamisliti da će u bliskoj budućnosti biti stvoreni priručnici za liječenje i drugih poremećaja ličnosti. Teorija mentalizacije ima ptencijalno široku primjenu ne samo u psihijatriji i medicini nego i u sociologiji i pedagogiji. Ona objašnjava transgeneracijski prijenos određenih psihijatrijskih poremećaja, a zahvaljujući razvoju tretmana temeljenog na njoj, razvijaju se i programi prevencije tog transgeneracijskog prijenosa.

ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru doc.dr.sc. Darku Marčinku na srdačnoj istručnoj pomoći pri pisanju ovog diplomskog rada. Zahvalujem svojoj obitelji na podršci i pomoći koju su mi pružili tijekom svih ovih godina života. Zahvalujem se i svojim prijateljima bez kojih bih teško završio ovaj studij.

LITERATURA

Bales DL, Busschbach JJV, Feenestra DJ, Hutsebaut J, Laurensen EMP, Luyten P, Noom MJ, Verheul R (2013) Feasibility of Mentalization-Based Treatment for Adolescents With Borderline Symptoms: A Pilot Study. Psychotherapy. Advance online publication. doi 10.1037/a0033513

Bateman A, Fonagy P (2006) Mechanism of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. J. Clin. Psychol. 62(4):411-430.

Bateman A, Fonagy P (2010) Mentalization based treatment for borderline personality disorder. WORLD PSYCHIATRY 9:11-15.

Beebe B, Demetri Friedman D, Deutsch S, Ertegun L, Lupi T (2013) Securing Attachement: Mother-Infant Research Informs Attachement-Based Clinical Practice. Attachment-Based Clinical work with Children and Adolscents, Essential Social Work Series, doi 10,107/978-1-4614-4848-8_3

Bennett CS (2006) Attachment theory and resreach applied to the conceptualization and treatment of pathological narcissism. Clin. Soc. Work J. 34 doi 10.1007/s10615-005-0001-9

Blatt SJ, Luyten P, Mayes LC (2012) Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy Research: The need for a (Relatively) New Paradigm. Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence, Current Clinical Psychiatry, doi 10.1007/978-1-60761-792-1_21

Bohus M, Lis S (2013) Social Interaction in Borderline Personality Disorder. Curr Psychiatry Rep 15:338 doi 10.1007/s11920-012-0338-z

van den Bosch LMC, Verheul R (2012) Personality Disorders. Drug Abuse and Addicton in Medical Illness: Causes, Consequence and Treatment, doi 10.1007/978-1-4614-3375-0_24

Bouchard MA, Fonagy P, Lecours S, Target M, Tremblay LM, Schachter A (2008) Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. Psychoanal. Psychol. 25:47-66.

Brunner R, Fischer G, Kaess M, Parzer P, Resch F (2013) Short-term psychotherapeutic treatment in adolscents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial. Trials http://www.trialsjournal.com/content/14/1/294

Calandra C, Luca A, Luca M (2012) Borderline Personality Disorder and Depression: An Update. Psychiatr Q 83:281-292. doi 10.1007/s11126-022-9198-7

Choi-Kain LW, Gunderson JG (2008) Mentalization: Ontogeny, Asessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry 165:1127-1135.

Doering S, Foelsch PA, Scluter-Muller S, Schmeck K (2013) The Role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. Chil. Adolesc. Ment. Health 7:27.

Fischbein JE (2011) Psychosomatics: a current overview. Int J Psychoanal 92:197-219.

Fonagy P, Luyten P, Strathearn L (2011) Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the Neurobiology of Attachment. Inf mental hlth j 32(1):47-69 doi 10.1002/imhj.200283

Fromm MG (2008), What does „Borderline“ Mean? http://www.austenriggs.org/sites/default/files/resources/FrommBorderline.pdf

Holmes J (2005) Notes on mentalizing – old hat, or new wine? BJP 22(2): 179-198.

Jurist EL (2005), Mentalized Affectivity. Psychoanal. Psychol. 22(3): 426-444. Educational Publishing Foundation doi 10,1037/0736-9735.22.3.426

Marcus KL, Reagan EM, Sanislow CA (2012) Long-term Outcomes in Borderline Psychopathology: Old Assumptions, Current Findings, and New Directions. Curr Psychiatry Rep 14:54-61.

Markin DR (2013) Mentalization-Based Psychotherapy Interventions With Mothers-to-Be. Psychotherapy 3:360-365.

Ripoll LH, Siever LJ, Snyder R, Steele H (2013) The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. Curr Psychiatry Rep 5:344 doi 10.1007/s11920-012-0344-1

Skarderud F (2007) Eating One's Words: Part III. Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa – An Outline for a Treatment and Training Manual. Eur. Eat. Disorders Rev. 15:323-339.

Smadja C (2011) Psychoanalytical psychosomatics. Int J psychoanal 92:221-230. doi 10.1111/j.1745-8315.2010.00390.x

Subic-Wrana C (2011) Emotion Regulation and Mentalization in Somatoform Disorders. Emotion regulation and Well-Being. doi 10.1007/978-1—4419-6953-8_15

Tordjman S (2010) At the crossroads between psychoanalysis and neuroscience: the importance of subjectivity. doi 10.1016/j.jphysparis.2010.08.001

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: **Vedran Šćuric**

Datum rođenja: 06.10.1989.

Mjesto rođenja: Bjelovar, Republika Hrvatska

OBRAZOVANJE

Prva Osnovna škola Bjelovar, (1996.-2004.)

Gimnazija Bjelovar, Bjelovar (2004.-2008.)

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (od 2008.)

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici: aktivno služenje engleskim