

„Vidjeti sebe izvana, a druge iznutra“ – Mentalitacija u djece i adolescenata i tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente

/ Mentalization in Children and Adolescents, and Treatment Based on Mentalization for Adolescents

Vlatka Boričević Maršanić^{1,2}, Ljiljana Karapetrić Bolfan¹, Gordana Buljan Flander³, Vesna Grgić⁴

¹Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb, ²Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, ³Poliklinika za zaštitu djece Grada Zagreba, ⁴Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihološku medicinu, Zagreb, Hrvatska

¹*Psychiatric Hospital for Children and Youth, Zagreb*, ²*Josip Juraj Strossmayer University of Osijek Medical School, Osijek*, ³*Child Protection Center Zagreb*, ⁴*University Health Center Zagreb, Department for Psychological Medicine, Zagreb, Croatia*

Mentalizacija je predušjesna mentalna aktivnost koja omogućava osobi da razumije sebe i druge na temelju subjektivnih stanja i mentalnih procesa. Poremećaji privrženosti i psihološka trauma u djetinjstvu povezani su s oštećenjem i deficitima mentalizacije te razvojem psihopatologije u djece i adolescenata uključujući i granični poremećaj ličnosti. Tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente (engl. *Mentalization-based treatment for adolescents*, MBT-A) razvijen je iz osnovnog MBT koji je modificiran za specifičnosti adolescentne populacije. MBT-A je psihodinamski orijentirana strukturirana psihoterapija razvijena za adolescente s obilježjima graničnog poremećaja ličnosti, tj. naglašenom emocionalnom disregulacijom, autodestruktivnim ponašanjem i teškoćama u interpersonalnim odnosima. U fokusu terapijskog procesa je pacijentov kapacitet za mentalizaciju. Randomizirane kontrolirane studije pokazale su učinkovitost MBT-A u liječenju adolescenata s graničnim poremećajem ličnosti. Cilj je ovog preglednog rada prikazati koncept mentalizacije, razvoj ove sposobnosti u djece i adolescenata u kontekstu odnosa privrženosti roditelja/skrbnika-dijete, specifičnosti tretmana temeljenog na mentalizaciji za adolescente koji je ponajprije usmjeren na deficite uključene u psihopatologiju graničnog poremećaja ličnosti te dokaze koji potvrđuju njegovu učinkovitost.

/ Mentalization is a preconscious mental activity that enables the individual to understand themselves and others in terms of subjective states and mental processes. Impaired attachment and psychological trauma in childhood are associated with impairments and deficits in mentalization and with the development of psychopathology in youth, including borderline personality disorder. Mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A) was developed from basic MBT modified specifically for the adolescent population. MBT-A is a psychodynamically-oriented structured psychotherapy for adolescents with features of borderline personality disorder, i.e. emotional dysregulation, self-harming behaviour and interpersonal problems. The focus of the therapeutic process is the patient's capacity for mentalization. Randomized controlled trials have demonstrated the effectiveness of this treatment for patients with borderline personality disorder.

This review article aims to describe the concept of mentalization, the development of this capacity in childhood and adolescence in context of attachment relationship, the specificity of mentalization-based treatment for adolescents that primarily targets the deficits involved in the psychopathology of borderline personality disorder and summarise the evidence, supporting its effectiveness.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić, prim., dr.
med.
Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
Ulica I. Kukuljevića 11
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: vlatka.boricevic.marsanic@djecja-
psihijatrija.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Mentalizacija / *Mentalization*
Psihološka trauma / *Psychological trauma*,
Granični poremećaj ličnosti / *Borderline personality
disorder*
Tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente /
Mentalization-based treatment for adolescents

UVOD

Interpersonalno funkcioniranje kao važan aspekt ljudskog života ovisi o više različitih čimbenika koji utječu na sposobnost za uspješne socijalne interakcije. Uz razvoj jezika i komunikacije, međusobne interakcije između osoba podupiru i različiti kompleksni mentalni procesi koji omogućuju osobi da interpretira i predviđa vlastito ponašanje i ponašanje drugih ljudi. Ova sposobnost zaključivanja o mentalnim stanjima naziva se mentalizacija (1). Fonagy i Bateman (2) konceptualizirali su mentalizaciju, kao psihoanalitičku ideju s temeljima u kognitivnoj znanosti (teoriji uma) i s utjecajem drugih psihoanalitičkih ideja poglavito teorije privrženosti.

Mentalizacija je presudna za mentalno zdravlje iz više razloga. Svijest da je vlastito ponašanje određeno unutarnjim mentalnim stanjima daje osobi osjećaj kontinuiteta i kontrole što je bitno za doživljaj vlastitog selfa. Također, ona omogućava i da osvijestimo i osmislimo vlastito iskustvo čime značajno utječe na afektivnu regulaciju, kontrolu impulsa, regulaciju vlastitog ponašanja. Doživljaj sebe i drugih kao bića vođenih unutrašnjim stanjima ima važnu funkciju izgrađivanju i održavanju odnosa s drugima (3,4).

Kapacitet za razumijevanje vlastitog ponašanja i ponašanja drugih osoba koja određuju mi-

sli i osjećaji je značajno razvojno postignuće koje se razvija u okviru odnosa sigurne privrženosti djeteta s primarnim skrbnikom/roditeljem (3). Razumijevanje sebe i drugih ljudi ovisi o tome jesu li mentalna stanja djeteta bila adekvatno prepoznata i interpretirana od roditelja. Stoga, nepovoljne okolnosti u socijalnoj okolini djeteta mogu narušiti ove osjetljive razvojne procese, a naročito zanemarivanje i trauma djeteta u ranoj dobi. Osobe koje su imale ovakva iskustva, u kombinaciji s genetskom predispozicijom, imaju veću vjerojatnost za poremećaje i deficite sposobnosti mentalizacije u visoko emocionalno pobuđenim stanjima (5).

Gubitak mentalizacije dovodi do pojave ranijih „ne-mentalizirajućih“ obrazaca razmišljanja koja prethode ovoj sposobnosti: psihička ekvivalencija, pretvaranje i teleološki stav. Ove ranije mentalne strukture manifestiraju se klinički kao konkretnost mišljenja, impulzivnost, disregulacija afekta i sklonost reakcijama *acting-out*. Prema Fonagyju i Batemanu, nestabilna i/ili smanjena sposobnost za mentalizaciju ključna je karakteristika graničnog poremećaja ličnosti (5).

Cilj je ovog preglednog rada prikazati koncept mentalizacije, razvoj ove sposobnosti u djece i adolescenata u kontekstu odnosa privrženosti roditelj/skrbnik-dijete, specifičnosti tretmana temeljenog na mentalizaciji za adolescente te dokaze koji potvrđuju njegovu učinkovitost.

KONCEPT MENTALIZACIJE

Pojam mentalizacije podrazumijeva „mentalni proces kojim osoba implicitno i eksplicitno vlastite i tuđe akcije interpretira kao smislene aktivnosti u čijoj su osnovi intencionalna mentalna stanja kao što su želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja i razlozi“ (2). Na fenomenološkoj razini mentalizacija uključuje: sposobnost misliti o vlastitim mentalnim stanjima i mentalnim stanjima drugih, promišljanje o razlozima zašto netko misli to što misli ili radi to što radi, uvažavanje da misli i osjećaji drugih mogu biti drugačiji, znatizjenja i spoznaja o razlikama između sebe i drugih, kapacitet za empatiju, kapacitet za diferencijaciju naših osjećaja o realnosti od realnosti, našeg viđenja svijeta od svijeta „po sebi“, uvažavanje ograničenja vlastitog znanja (tj. subjektivnosti), svijest da mentalna stanja nisu očigledna, da um nije transparentan, sposobnost da sebe vidimo „izvana“, iz tuđe perspektive, a druge iznutra.

Mentalizacija (mentaliziranje) je više stav nego vještina; to je način na koji pristupamo odnosima sa znatizjeljom, poštovanjem i svijesti o razlikama, da naše razmišljanje ima ograničenja i da može biti obogaćeno i promijenjeno učenjem o mentalnim stanjima drugih ljudi.

Ovako definirana mentalizacija ima korijene, kako i sami autori ističu (6,7), u okviru različitih psihoanalitičkih pristupa i Bolwbyjeve teorije privrženosti. Najranije korijene autori vide u Freudovom pojmu „Bindung“ ili „povezivanje“ koji se odnosi na kvalitativnu promjenu s fizičkog i trenutnog na psihološko ili asocijativno povezivanje. U teoriji objektnih odnosa Melanie Klein također se vidi referiranje na svijest o vlastitoj ili intencionalnosti drugih u opisu dostignuća depresivne pozicije, odnosno sposobnosti da se prepozna povrijeđenost i patnja u drugome (6,8). Još očitija veza s mentalizacijom prepoznaje se u Bionovoj „alfa funkciji“

(9). Alfa funkcija podrazumijeva transformaciju konkretnih unutrašnjih sadržaja u izdrživa i misliva iskustva. I Kohut (10) je opisao empatiju kao „način na koji osoba sakuplja psihološke podatke o drugim ljudima i zamišlja njihovo unutrašnje iskustvo mada ono nije otvoreno za direktno promatranje“. Konačno, u Winnicottovoj teoriji (11) pronalazimo roditeljsko razumijevanje psihološkog svijeta djeteta kao preduvjet stvaranja „pravog selfa“. odnosno i Winnicott je naglašavao da pravi self djeteta nastaje njegovim opažanjem sebe u umu roditelja.

Iz navedene definicije proizlaze tri dimenzije mentalizacije: prva se odnosi na dva načina funkcioniranja: implicitni i eksplicitni, druga se odnosi na objekte (ja i drugi), dok se treća odnosi na dva aspekta kognitivni i afektivni. 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 i svjesno korištenje. Psihoterapija je primjer eksplicitne mentalizacije: terapeut svjesno i namjerno promišlja o mentalnim stanjima 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 znači da osoba može razmišljati i o svojim mislima i o svojim osjećajima, odnosno biti svjesna svojih osjećaja samih po sebi i osjećaja nastalih kao reakcija na određene misli.

Mentalizaciju je važno razlikovati od sličnih fenomena poput refleksivne funkcije, meta-kognicije, empatije, emocionalne inteligencije i teorije uma (7). Refleksivna funkcija je termin koji se koristi prilikom operacionalizacije razine mentalizacije neke osobe, te se češće koristi u istraživačkom kontekstu i prilikom konstrukcije instrumenata (12). Tako, putem rezultata na ljestvici refleksivne funkcije, možemo razlikovati mentalizirajuće razine funkcioniranja od prementalizirajućih, u koje spadaju granična mentalizacija, odsustvo mentalizacije i prisustvo antimentalizirajućih objašnjenja. Prementalizirajuće razine su posljedica različitih poremećaja u razvoju mentalizacije.

Fenomen metakognicije, shvaćen kao razmišljanje o razmišljanju, je samo jedan uski aspekt mentalizacije jer je fokusiran isključivo na „kognitivni proces koji prati samo kognitivne sadržaje“ i koji osoba provodi samo u kontekstu vlastitih misli (7). Empatija podrazumijeva sposobnost da se prepoznaju, razumiju i osjete tuđi osjećaji i da se na njih adekvatno reagira (13). U samoj definiciji možemo izdvojiti ključne razlike empatije u usporedbi s mentalizacijom – empatija u fokusu ima samo emocionalne aspekte pri čemu se podrazumijeva da se empatija osjeća prema drugome, ali ne i prema samom sebi, i ona uključuje akciju, koja nije obuhvaćena mentalizacijom. Usmjerenost i na kognitivne aspekte (na primer, namjere i motive), a ne isključivo na emocionalne, jeste ono što mentalizaciju razlikuje i od emocionalne inteligencije (7).

Teorija uma obuhvaća više teorijskih pristupa koji se bave kognitivnim procesima i mehanizmima koji se formiraju kako bi dijete došlo u mogućnost da razumije tuđa mentalna stanja, te je na neki način razvojni preduvjet mentalizaciji (7,14). Osim isključive fokusiranosti na kognitivne aspekte, teorija uma više potencira i razumijevanje drugih, dok mentalizacija podrazumijeva i uvid osobe u vlastita osjećaje, želje i namjere.

NEUROBIOLOGIJA MENTALIZACIJE

Za majčinsko ponašanje i razvoj privrženosti ključnu ulogu imaju dva neurotransmitterska sustava, dopaminergički i oksitocinergički sustav (15). Istraživanja na animalnim modelima pokazuju da je mezolimbokortikalni dopaminski sustav odgovoran za procesiranje nagrađujućih signala koje prima majka u interakciji s potomstvom i motivaciju za majčinsku brigu. Oksitocin i vazopresin imaju ključnu ulogu u dva aspekta stvaranja privrženih odnosa: aktiviraju sustav nagrađivanja/privrženosti i deaktiviraju neurobiheviornalne sustave povezane s društvenim izbjegavanjem. Povećana ekspresija oksitocinskih receptora u ventralnom palidumu i prednjem mozgu glodavaca pospješuje majčinsko ponašanje. Povećana oksitocinska aktivnost ima ulogu i u djetetovim osjećajima privrženosti prema roditeljima. Oksitocin pospješuje društvenu povezanost, poboljšava društveno pamćenje, pamćenje izraza lica, selektivno pospješuje pozitivna društvena sjećanja, stvara i aktivira pozitivna osjećajna iskustva u odnosu s drugim ljudima (15). Žene koje doje su manje reaktivne na stres što se objašnjava pojačanim lučenjem oksitocina. Epidemiološka istraživanja pokazuju da je manja vjerojatnost maltretiranja djece od majki koje doje.

Aktivacija sustava privrženosti putem oksitocina može pojačati iskustvo nagrađivanja, osjetljivost na društvene podražaje i smanjiti društveno izbjegavanje. To sve poboljšava majčino razumijevanje i pojačava majčin fokus na mentalna stanja njenog djeteta. Više razine oksitocina su snažno povezane s privrženošću majke prema njenom djetetu što se vidi u indikatorima poput pozitivnog afekta, pogleda, osjećajnog dodira i učestalosti praćenja djeteta.

Navedeni oksitocinski mehanizam objašnjava povezanost privrženosti i procesa mentalizacije. Intranazalna primjena oksitocina osim

što poboljšava društveno pamćenje, pojačava povjerenje, darežljivost i empatiju. Aktivacija majčinog sustava privrženosti podiže razinu oksitocina što majku čini osjetljivijom na mentalna stanja djeteta, a što zauzvrat povećava vjerojatnost sigurne privrženosti između nje i djeteta i brži razvoj djetetova razumijevanja umova (15).

Utvrđeno je, također, da je aktivacija neurobihevioralnog sustava privrženosti povezana s aktivacijom onih moždanih struktura koje su odgovorne za socijalno funkcioniranje i mentalizaciju (lateralni prefrontalni korteks, medijalni prefrontalni korteks, lateralni parijetalni korteks, medijalni temporalni režanj, rostralni prednji cingularni korteks), te deaktivacijom moždanih regija odgovornih za uzbuđenje i kontrolu afekta (amigdala, inzula, strijatum) (15). Naime, aktivacija i deaktivacija sustava privrženosti blisko je povezana s uzbuđenjem i kontrolom stresa. Fonagy i sur. navode da s pojačanim uzbuđenjem, dolazi do prijelaza aktivacije s kortikalnih na subkortikalne sustave, s eksplicitnog (svjesnog) na implicitno (automatsko) mentaliziranje i posljedično nementalizirajuće načine psihičkog funkcioniranja (15). Pri porastu emocionalnog uzbuđenja raste inhibitorna aktivnost noradrenalin alfa-1 i dopamin D1 što inhibira prefrontalni korteks dok su stražnje kortikalne i subkortikalne funkcije (implicitna, automatska, na afekt usmjerena mentalizacija) pojačane i da preuzimaju djelovanje. Kada se poveća kortikalna aktivnost kroz međusobno interaktivne sustave noradrenalin alfa-2 i dopamin D1, prefrontalna kortikalna funkcija se poboljšava uključujući nadzor pažnje, planiranje/organiziranje i eksplicitnu mentalizaciju.

U teoriji uma, a time i mentalizaciji, važnu ulogu imaju zrcalni neuroni (eng. *mirror neurons*) (15). Percepcija izvođenja neke radnje (vizualna ili slušna) od strane neke osobe, aktivira odgovarajuća područja u mozgu osobe koja to promatra kao da ona sama tu radnju izvodi.

Drugim riječima, zrcalni neuroni smješteni u prednjem premotornom korteksu enkodiraju radnje usmjerene objektu, bilo da su percipirane ili izvedene te pomažu u prepoznavanju cilja i razumijevanju same radnje. Implicitna dimenzija mentalizacije odnosno ona koja se odvija refleksno, automatski je najviše povezana s aktivnošću u području superiornog temporalnog sulka, za stvaranje vizualnih reprezentacija te aktivnošću zrcalnih neurona u premotornom području za automatsko prepoznavanje cilja i razumijevanje cilju usmjerene radnje. S druge strane, eksplicitna dimenzija mentalizacije, ona svjesna i verbalizirana, odvija se u medijalnom prefrontalnom korteksu i temporoparijetalnoj funkciji. Kao što je već navedeno, ta su područja zadužena za rasuđivanje o interpersonalnim odnosima i tuđim mislima i mentalnim stanjima (16).

RAZVOJ SPOSOBNOSTI MENTALIZACIJE

Kapacitet za mentalizaciju, iako specifično ljudska karakteristika, nije urođen, već je razvojno dostignuće koje nastaje u kontekstu odnosa sigurne privrženosti (7). Stjecanje mentalizacije prolazi kroz nekoliko razvojnih stupnjeva i usko je vezano uz razvoj teorije uma i privrženosti (7). U drugoj polovici prve godine života dijete počinje shvaćati odnose tako da povezuje radnje s njihovim izvršiteljima s jedne strane i sa svijetom s druge. Na tom stupnju procesna radnja je shvaćeno samo kao fizikalna radnja. Dijete nema još uvijek reprezentaciju o mentalnim stanjima značajnog drugog (najčešće roditelja). Ovaj stadij razvoja mentalizacije naziva se *teleološki stav*.

Tijekom druge godine života dijete razvija intencionalno shvaćanje da želje ili namjere prethode radnjama te da mogu dovesti do promjena u umu i tijelu. Međutim, to shvaćanje ne omogućuje još uvijek mentalno reprezentiranje mentalnih stanja koja su neovisna o

realitetu, odnosno razlikovanje unutarnjeg i vanjskog svijeta nije postignuto (pre-mentalizacijski model *psihičke ekvivalencije*). S druge strane, potpuna odvojenost unutrašnje i vanjske realnosti, kada unutrašnja stanja nemaju nikakve implikacije na vanjsku realnost čini pre-mentalizacijski model *pretvaranja*.

U razdoblju od 3. do 4. godine života dijete može reprezentirati sebe kao izvršitelja, shvaća da drugi ne reaguju na uvijek isti način. Ono shvaća da je ljudsko ponašanje uvjetovano prolaznim mentalnim stanjima kao što su misli i osjećaji, ali i stabilnim karakteristikama kao što su osobnosti i sposobnosti. U toj dobi može integrirati model pretvaranja i psihičku ekvivalenciju u pravo mentaliziranje odnosno shvaća da su unutarnji i vanjski svijet povezani, a da se ipak ne moraju izjednačavati ni u potpunosti odvajati.

Dijete u dobi od 6 godina može u vremenski slijed povezivati vlastite namjerne radnje i iskustva, što dovodi do stvaranja selfa koji je vremenski kontinuiran. Tada dijete organizira svoja iskustva i akcije sjećanjima koja su uzročno-posljedično povezana i imaju vremenski slijed. Ovde, naravno, ne prestaje razvoj mentalizacije niti reprezentacija. U ovom razdoblju samo su stvorene osnove koje se kasnije, s daljim kognitivnim razvojem (npr. s formiranjem konkretnih, pa formalnih operacija) i ostvarivanjem novih emocionalnih odnosa i uloga, nadograđuju i ispunjavaju sadržajem i kompleksnošću. Naime, razvijena razina mentalizacije predstavlja potencijal, a ne nužno i svakodnevnu realizaciju. Ovisno o situaciji i uključenih osoba, od osjećaja koja se javljaju prije svega razine anksioznosti, ovisi i razina aktualizacije potencijala.

Doživljaj sebe kao subjekta vođenog unutrašnjim potrebama, osjećajima i stanjima razvija se u „dovoljno dobrim“ uvjetima, tj. u kontekstu sigurne afektivne privrženosti odnosom s drugim koji razumije naša unutrašnja stanja. Fonagy ističe da skrbnikovo „obilježeno do-

sljedno predočavanje (zrcaljenje)“ djetetovih unutrašnjih stanja u sklopu sigurne privrženosti omogućava djetetov razvoj mentalizacije (3). Zrcaljenje je interakcija roditelja i bebe tijekom koje odrasli empatično izražava emociju koju dijete izražava izrazima lica ili zvukovima (3). Na plač djeteta majka ne reagira vlastitim plačem i stresom nego prije pretjeranim mrštenjem čela koje iskazuje istovremeno zabrinutost i ljubav. Važna karakteristika zrcaljenja je da ono nije vjerna kopija onoga što se događa na licu bebe, niti onoga što majka proživljava u tom trenutku (3). Izraz „obilježeno“ odnosi se na činjenicu da je majka „metabolizirala“ djetetovo unutrašnje stanje; zrcali emocionalno stanje djeteta, ali i majčinu re-rezentaciju, odnosno majčin izraz odgovara unutrašnjem stanju djeteta, ali je promijenjen majčinim doživljajem. Pojam „dosljedno“ podrazumijeva da je majčin izraz točan, tj. odgovarajući s obzirom na unutrašnje stanje djeteta što podrazumijeva da majka ispravno tumači njegove osjećaje i potrebe. Time dijete razvija doživljaj vlastitog unutrašnjeg svijeta u odnosu na majčin, ali i svijest o mogućnosti da svojim osjećajima izazove promjenu u majčinom ponašanju (17).

Odnos djeteta s roditeljem koji prepoznaje i razumije djetetova unutrašnja stanja, a kontingentnim i naglašenim zrcaljenjem djetetovih reakcija, potiče razvoj sposobnosti regulacije afekata koja je važna za formiranje kapaciteta za refleksiju (3). Naime, kada dijete plače, roditelj osim što mimikom i vokalizacijom pokazuje da u djetetu prepoznaje tugu, uznemirenost i bol, on svojom reakcijom (šaputanje, ljuljanje i sl.) pruža djetetu utjehu. Tu popratnu reakciju, koja je suprotna osjećaju koje se zrcali, dijete internalizira kao dio reprezentacije o sebi („mogu biti utješeni“) i drugome („može me se utješiti“). U kasnijim situacijama koje budu interpretirane kao prijeteće, a figura privrženosti nije fizički prisutna, dijete ponovno aktivira ove reprezentacije. Na taj način kontrola

afekta se s ranije konkretne razine premiješta na razinu reprezentacija. Sposobnost kontrole i regulacije afekata neophodan je uvjet da osjećaji budu podnošljivi, nepreplavljajući i neugrožavajući, a samim time i mislivi i obradivi (3). Dijete tako razvija pozitivne modele sebe i drugog, odnosno može vidjeti sebe kao razumljivog, prihvatljivog i vrijednog ljubavi, a drugog kao pristupačnog, pouzdanog i prihvatajućeg. U najvećem broju situacija uspijevat će kontrolirati afekt i postići optimalnu razinu mentalizacije koja će mu pomoći da razumije, predvidi i adekvatno reagira u socijalnim odnosima. Postaje sposobniji razumijeti prirodu mentalnih stanja, njihovu ulogu u ljudskom ponašanju, ali i međugeneracijske, razvojne i intersubjektivne aspekte mentaliziranja u odnosu (12).

Istraživanja, kako bihevioralna, tako i neurobiološka, potvrđuju da porast emocionalne tenzije dovodi do gašenja kapaciteta za mentalizaciju s jedne strane, ali i da neuspjeh mentalizacije povratno (direktno i indirektno) podiže razinu emocionalne tenzije. Naime, sama mentalizacija direktno potiče afektivnu modulaciju; ako možemo misliti o svojim osjećajima, bolje ih kontroliramo, što bolje razumijemo i anticipiramo tuđe ponašanje, osjećamo se manje ugroženo. S druge strane, neuspjeh u mentalizaciji značajno smanjuje kapacitete za prilagođavanje socijalnom okruženju i povećava vjerojatnost za nerazumijevanje, konflikte i sl., što također indirektno povećava razinu emocionalne tenzije.

POREMEĆAJI I DEFICITI MENTALIZACIJE

Kao što je već navedeno, mentalizacija kao sposobnost razumijevanja vlastitog ponašanja i ponašanja drugih osoba koja određuju misli i osjećaji, ima puni potencijal razvoja u kontekstu sigurnog modela privrženosti. Uspješnost interakcije između majke i djeteta ovisi o

karakteristikama djeteta (temperament, mentalno i somatsko zdravlje, urođene sposobnosti i sl.) i roditelja (mentalno zdravlje, stres, kvaliteta privrženosti, model roditeljstva i sl.). Tako su djeca s „teškim“ temperamentom ili nekim mentalnim poremećajem veći izazov roditeljima u pružanju razumijevanja, brige i utjehe. Također, majke koje su iscrpljene, boluju od depresije ili često odsutne zbog teške socio-ekonomske situacije, ranjivije su u susretu sa svakodnevnom brigom o djetetu, imaju manje kapaciteta da se bave, kako svojim, tako i djetetovim unutrašnjim svijetom, i slabije će se nositi s djetetovim negativnim emocijama.

Stoga, nepovoljne okolnosti u socijalnoj okolini djeteta mogu narušiti ove osjetljive razvojne procese, a naročito zanemarivanje i trauma u ranoj dobi. Izostanak sigurne privrženosti u ranom razvoju onemogućuje normalan razvoj mentalizacije i njenih aspekata kao regulatora selfa (3). Istraživanja su pokazala da nesigurni modeli privrženosti (nesiguran/odbacujući, nesiguran/zaokupljen ili zabrinut i nesiguran/neriješen ili dezorganiziran) znatno oslabljuju ili u potpunosti onemogućuju izražavanje i regulaciju emocija i utječu na pojavu različitih psihopatoloških stanja (lažni self, aleksitimija, somatizacijski poremećaji, poremećaji hranjenja, poremećaji ličnosti, slaba kontrola impulsa s agresivnim i/ili antisocijalnim ponašanjima te povećana vulnerabilnost na stres i traumu) (17).

Osobe čija se privrženost kategorizira u jedan od tri nesigurna modela najčešće pokazuju deficite u mentaliziranju odnosno funkcioniraju na pre-mentalizacijskim ili nementalizacijskim razinama mišljenja, koje su niži razvojni stupnjevi mentalizacije (2,5,7). Iskustva su tada ili prekonkretna ili potpuno beznačajna ili je razumijevanje motiva za ponašanje potpuno fizičko. Disfunkcionalni obrasci ponašanja (*acting out* reakcije, samoozljeđivanje, pokušaji suicida) koji slijede, pokušaji su stabilizaci-

je self reprezentacija i postizanje psihološkog ekvilibrija. Fonagy te razine dijeli na: model pretvaranja (engl. *pretend mode*), psihičku ekvivalenciju (engl. *psychic equivalence*) i teleološki stav (engl. *teleological stance*) (18). U psihičkoj ekvivalenciji osobe izjednačavaju njihov unutarnji svijet s vanjskim realitetom u kojem ne postoje alternativne perspektive te sadržaj uma postaje realan (npr. umjesto „ja imam doživljaj da si mi ti neprijatelj“ doživljavaju „ti si moj neprijatelj“). Kod modela pretvaranja, koji je suprotan prethodnom, dolazi do odvajanja unutarnjeg i vanjskog svijeta (npr. disocijacija). Ideje ne stvaraju zadovoljavajući most između unutarnjih stanja i vanjske realnosti te afekti ne prate misli. Teleološki stav podrazumijeva da osoba prihvaća postojanje mentalnih stanja samo onda kada su razmotrene na konkretan i fizički evidentan način. Kod teleološkog stava se komunikacija unutarnjih mentalnih stanja događa samo radnjama, jer ideje i riječi nemaju veliko značenje (npr. samoozljeđivanje površnim zarezivanjem podlaktice kao odraz unutarnje boli) (17).

Kada roditelj ne interpretira pravilno djetetovo emocionalno stanje, odnosno ne odgovara na djetetove potrebe pravilno dolazi do tzv. *neusklađenog zrcaljenja* (3). Naime, kada je dijete u stanju nelagode (npr. plač), a roditelj tada reagira strahom, dijete uočava stah roditelja i internalizira to stanje unutarnje nelagode/stresa roditelja. To stvara tzv. *strani self* (engl. *alien self*), odnosno dijete internalizira sliku roditelja kao dio svoje self reprezentacije (3). Ujedno dijete stvara unutarnju reprezentaciju sebe kao zastrašujućeg bića. Strani self je u određenom stupnju prisutan u svakoj osobi, no kada zadominira mentalnim stanjem osobe dolazi do fragmentacije (destabilizacije) vlastitog selfa (3). Iskustvo stranog selfa se najčešće doživljava kao unutarnje mučenje, duboki osjećaj mržnje, nemogućnosti osjećaja zadovoljstva i ugone kod postizanja uspjeha, uvažavanja i podrške od drugih osoba. Slabo

mentalizirani odgovor na djetetova unutarnja stanja oštećuje zdrav razvoj djetetovih socijalno-kognitivnih sposobnosti, naročito regulaciju afekta i funkcioniranje usmjerene pažnje.

Pojam sličan stvarnom selfu, ali ipak različit od njega je „lažni self“ D. Winnicotta (11). Naime, u najranijem razdoblju razvoja dijete je veći dio vremena neintegrirano i njegova kohezija ovisi od tome da ga majka drži i fizički i figurativno (11). Tokom tog procesa dijete pokazuje spontane radnje čiji impuls dolazi iz pravog selfa. Kada majka naruši holding, dijete to doživljava kao povredu opasnu za vlastitu egzistenciju, jer se još uvijek ne vidi fizički odvojeno od majke. Jedina obrana od straha od uništenja je tada odustajanje od vlastitih zahtjeva i prilagođavanje majci, što je najraniji stadij formiranja lažnog selfa. Winnicott ističe da se lažni self manifestira općom iritabilnošću, poremećajem hranjenja i dr. Osim toga, strukturu lažnog selfa obilježava i doživljaj življenja lažnog života, očaja, nedostatka kreativnosti i beznadežnosti, posebno ako su u najranijem razdoblju izostale reakcije odraslog.

Kod osoba koje su imale nesigurne modele privrženosti, kao što je već navedeno, smanjena je sposobnost mentalizacije (3). Regulacija selfa kod distresa se tada može podijeliti na „*acting out*“ – impulzivno reagiranje, što je obilježje granične razine funkcioniranja ličnosti, te somatizaciju (3,7). Kod osoba kod kojih se anksioznost i ugroženost očituju kao somatiziranje, nema sposobnosti reprezentiranja vlastitih afekata – smanjena mentalizacija, ni sposobnosti verbalnog eksplicitnog izražavanja – aleksitimija. Te osobe funkcioniraju na prementalizacijskoj razini psihičke ekvivalencije u kojima se unutarnji konflikti eksternaliziraju kao tjelesni simptomi koje osoba konkretno shvaća kao da „nešto nije u redu s tijelom“ (19).

Poremećaji i deficiti mentalizacije su najbolje opisani u radu Batemana i Fonagyja s pacijentima s graničnim poremećajem ličnosti te Skarderuda s pacijentima s poremećajima

hranjenja (18,20). Granični poremećaj ličnosti (GPL) (engl. *borderline personality disorder*) je kompleksan i ozbiljan mentalni poremećaj karakteriziran pervazivnim obrascem poteškoća emocionalne regulacije i kontrole impulsa te nestabilnošću interpersonalnih odnosa i poremećene slike o sebi. Unutar nesigurnog modela privrženosti u osoba s GPL javlja se nepodnošenje samoće, hipersenzitivnost na socijalnu okolinu, očekivanje hostiliteta od drugih osoba (15, 18). Pacijenti s GPL pokazuju nestabilnu i/ili smanjenu sposobnost mentalizacije te intermitentno karakteristike svih triju tipova prementalizacijskih modela funkcioniranja: *psihička ekvivalencija* je istaknuta kod interpersonalnih odnosa, gdje pacijenti zbog nemogućnosti diferencijacije unutarnje i vanjske realnosti prenose na druge, odnosno zajednički odnos vlastiti unutarnji svijet (iščekivanje hostiliteta i strah od odbijanja i napuštanja); *model pretvaranja* je istaknut kod disocijacije pri povezivanju elemenata vanjskog svijeta s traumatskim sjećanjima; te *teleološki stav* kada verbaliziranje nije adekvatan medij za eksternalizaciju unutarnjeg svijeta, već je potreban fizički (fizička bliskost, samoozljeđivanje, *acting out* reakcije) (15, 18). Česta pojavnost samoozljeđivanja i suicidalnosti može se objasniti kao re-eksternalizacija stranog (*alien*) selfa i pokušaj stabilizacije vlastitog selfa. U stanjima visoke razine distresa dominira aktivnost amigdale, a time i automatsko i impulzivno funkcioniranje, dok se smanjuje kortikalno (mentalizacijsko) funkcioniranje. Pažnja pacijenata s GPL je tada hipervigilna i fokusirana na prekide odnosa zbog mogućeg odbacivanja ili napuštanja (15, 18).

Bruch je već prije četrdesetak godina prepoznala teškoće pacijenata s anoreksijom u prepoznavanju i kognitivnom interpretiranju podražaja iz tijela (21), što je Skarderud osuvremenio upotrebom mentalizacijskog pristupa (20). S obzirom na deficit mentaliziranja, pacijenti s anoreksijom nemaju uvid u bolest, niti mogu verbalno izraziti unutarnji emocionalni

svijet (aleksitimija). Pacijenti s anoreksijom istovremeno mogu doživljavati vlastito tijelo kao pre-stvarno i pre-nestvarno (20).

Istraživanja su, također, utvrdila sniženu mentalizaciju na uzorcima osoba s depresijom (22), poremećajima prehrane (23) i shizofrenijom (24).

Utjecaj traume na sposobnost mentalizacija i mentalno zdravlje

Djeca i adolescenti koji su doživjeli različite oblike zlostavljanja u djetinjstvu pokazuju brojne probleme u emocionalnom, kognitivnom i socijalnom funkcioniranju. Među traumatiziranom djecom postoji veća učestalost posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i drugih poremećaja poput depresije, poremećaja ličnosti, anksioznih poremećaja, poremećaja prehrane, zlorabe supstancija, samoozljeđivanja i pokušaja suicida, eksternaliziranih poremećaja (25).

U odnosu u kojem je roditelj nasilan, proces zrcaljenja često je potpuno onemogućen, a i kada do njega dođe, dijete vidi samo osjećaje roditelja i biva dodatno uznemireno i zastrašeno (26). Naime, suviše je bolno za dijete da shvati da osobe za koje je afektivno vezano prema njemu imaju loše namjere. To pokreće doživljaj ugroženosti koji aktivira sistem afektivne privrženosti, što dovodi do paradoksalnog ishoda. Dijete, a kasnije i odrastao čovjek, s jedne strane traži bliskost, odnosno utjehu (hiperaktivacija sistema afektivne vezanosti). S druge strane, kako bi se zaštitio od zlonamjernih i opasnih mentalnih stanja zlostavljača, dijete je „naučilo“ isključiti sposobnost reprezentiranja mentalnih stanja. Dijete ne može poimati ni opisati što drugi misle ili osjećaju, a niti što misli ili osjeća ono samo, što je glavna prepreka u regulaciji selfa te dovodi do difuzije identiteta i disocijacije (27). Funkcionirajući na razini ekvivalencija realnosti i unutrašnjih stanja, dijete druge, a samim tim i nasilnika,

tumači kao dio sebe, odgovara procesu identifikacije s agresorom.

Situacija može biti još dramatičnija ako dijete ima iskustvo nedobivanja zaštite od drugog roditelja što je posebno maligno za dječju psihu (26) i dodatno vodi izbjegavanju uma drugih. Kako je u nasilnom odnosu previše zastrašujuće baviti se tuđim unutrašnjim svijetom u kojem se mogu naći samo nepodnošljiva mržnja, strah i prijetnja, djetetovi kapaciteti da misli o mentalnim stanjima ostaju na prementalizirajućoj razini. Također je i sjećanje na traumu vrlo živo što dovodi u opasnost od ponavljanja traumatizacije iznutra (27), te je u tom smislu inhibicija mentalizacije oblik unutrašnje adaptacije na traumatsko iskustvo.

Fonagy i Target (27) ističu i drugi važan aspekt razumijevanja djelovanja traume. Naime, neurološke studije pokazuju da su dva sistema pobuđenosti, jedan s centrom u prefrontalnom korteksu, a drugi u posteriornom i subkortikalnom, međusobno isključivi. Inhibicija mentalizacije u susretu s traumom dovodi do aktivacije drugog sistema pobuđenosti koji je odgovoran za automatske i motoričke funkcije. Pacijenti ovaj proces često doživljavaju kao naglo prebacivanje u drugačiji oblik funkcioniranja nad kojim nemaju kontrolu, koji podrazumijeva fizičko rasterećenje, nemogućnost razmišljanja i razgovora o unutrašnjem svijetu.

Diskontinuitet u doživljaju koherentnosti selfa u običajenim okolnostima bio bi nadomješten mentalizacijom, u slučaju traume ostaje prisutan. Zastrašujući roditelj ostaje internaliziran kao dio selfa. Kada self traumatizirane osobe osjeća da je napadnut iznutra, kada je osoba preplavljena doživljajem da je i sama loša, a nema mogućnost dobiti utjehu od drugih, javlja se neizdrživa psihička patnja. Na razini funkcioniranja koji podrazumijeva nerazlikovanje fantazije od realnosti, doživljaj da je loša osoba prevodi u lošu akciju, što bi u skladu s teleološkom razinom prementalizujućeg funk-

cioniranja podrazumijeva autodestrukciju i napad na druge.

Promatrano s aspekta projektivne identifikacije (9), projekcija nepodnošljivih dijelova selfa u vanjske objekte i doživljaj njih kao loših i prijetećih je način da se traumatizira osoba ili dijete nosi s psihičkim boli. Na bihevioralnom planu, dijete može manifestirati bijes, agresivnost i pretjeranu potrebu za kontrolom. (27). Neophodnost projektivne identifikacije u svrhu psihološkog preživljavanja pojačava potrebu za drugima, što iznova otvara začarani krug, inhibiciju mentalizacije i nemogućnost sagledavanja drugih alternativa.

Istraživanja pokazuju da osobe s iskustvom seksualnog zlostavljanja imaju nižu razinu mentalizacije (25). Također, nađeno je da djeca koju je seksualno zlostavljao član obitelji imaju nižu mentalizaciju od onih koja su traumu doživjela u odnosu s nepoznatom osobom (25).

TRETMAN TEMELJEN NA MENTALIZACIJI

Terapija temeljena na mentalizaciji (engl. *mentalization based treatment*, MBT) je terapijski koncept koji su osmislili Bateman i Fonagy u radu s pacijentima s GPL (2). Naime, oni su uočili da tradicionalne psihoterapijske tehnike imaju ograničenja u radu s ovim pacijentima, ali i kod pacijenata s drugim poremećajima, zbog njihovog čestog nerazumijevanja vlastitih mentalnih stanja i drugih, a upravo zbog gubitka ili prekida u sposobnosti mentalizacije. Poboljšanje sposobnosti mentalizacije u kontekstu odnosa privrženosti osnova je liječenja GPL. Osnovni cilj MBT je razviti terapijski proces kojem je fokus na pacijentovoj percepciji vlastitog uma i uma drugih ljudi. Pacijent treba otkriti što misli i osjeća o sebi i drugima i kako to utječe na njegove reakcije te kako pogreške u razumijevanju sebe i drugih dovode do ponašanja koja su pokušaj održavanja stabilnosti i shvaćanja nejasnih osjećaja (4, 17, 18).

MBT nije u potpunosti novi psihoterapijski pristup, već integrativni pristup koji uključuje psihoanalitičke ideje, elemente kognitivno-bihevioralne terapije, sistemske teorije i socijalno ekološke teorije. Stoga se ovaj terapijski koncept može implementirati i u liječenju drugih poremećaja, kao i npr. za poremećaje hranjenja (20).

Primarni cilj MBT je povećanje sposobnosti mentaliziranja što dovodi do regulacije emocija i impulzivnosti, a time i do funkcionalnijih interpersonalnih odnosa. Ovaj terapijski pristup je fleksibilan i komplementarno se može primjenjivati uz druge oblike psihoterapije. Uključuje aktivno sudjelovanje terapeuta pri čemu se um terapeuta koristi kao model, a fokus terapijskog odnosa su trenutni događaji ili aktivnosti, odnosno sadržaji u pacijentovoj trenutnoj mentalnoj stvarnosti (radna memorija).

Tretman ima tri glavne faze. Inicijalna faza započinje procjenom sposobnosti mentalizacije tijekom uzimanja anamneze. Ova sposobnost procjenjuje se u kontekstu važnih interpersonalnih odnosa. Procjena daje uvid u razine mentalizacije u odnosu na razinu afekta i njihovu povezanost s glavnim problemima ponašanja. Osim dijagnoze, procjena završava formulacijom slučaja, postavljanjem terapijskih ciljeva i pojašnjenjem djelovanja terapije pacijentu. Važno je, također, dobiti uvid u lijekove koje pacijent uzima te napraviti zajednički plan postupanja pacijenta u kriznim situacijama.

Srednja faza tretmana usmjerena je na poticanje terapijskog saveza uz zadržavanje mentalizacijskog stava od strane terapeuta. Stalni fokus terapeuta je trenutno stanje uma/mentalno stanje pacijenta (4,17). Terapeut zauzima znatizeljan stav ili stav „neznanja“ i verbalizira svoje viđenje trenutnog mentalnog stanja pacijenta, ali i svoga, naglašava da su moguće i drugačije perspektive i izbjegava pretpostavke o njima. Kada terapeut ima drugačije viđenje od pacijenta, o tome se razgovara i istražuje.

Svakako je potrebno izbjegavati rasprave čije je viđenje pacijentovog i terapeutovog stanja uma točnije. Zadatak je uočiti proces mišljenja koji je doveo do različitih perspektiva i razmotriti svaku perspektivu u odnosu na drugu (17).

Terapijski stav u MBT podrazumijeva: ponižnost koja proizlazi iz osjećaja „ne-znanja“; strpljivost prilikom prepoznavanja razlika u perspektivama, priznavanje i prihvaćanje drugačijih perspektiva, aktivno ispitivanje pacijenta o iskustvima (usmjeriti se na opis iskustva – što?, a ne objašnjenje iskustva - zašto?), pažljivo izbjegavanje potreba za razumijevanjem onoga što nema smisla (eksplicitno reći da nešto nije jasno) (17).

Bitna komponenta terapeutovog stava je praćenje vlastitih pogrešaka u mentaliziranju, odnosno prepoznavanje vlastitog gubitka mentalizacije. Važno je biti svjestan da je i terapeut stalno pod rizikom gubitka vlastitih sposobnosti mentaliziranja u prisustvu nementalizirajućeg pacijenta (15, 28). Terapeut vlastitim greškama u mentaliziranju treba pristupiti kao prilici za otkrivanje vlastitih osjećaja i iskustava. Terapeut ovo treba verbalizirati tijekom terapije kako bi pokazao pacijentu da kontinuirano promatra što se događa u njegovom umu i povezanost s pacijentom. Kao i kod ostalih prekida mentaliziranja i takve situacije zahtijevaju da se terapijski proces zaustavi i „vrati unazad“ kako bi se istražio prekid mentalizacije. Ovim terapeut modelira reflektivno funkcioniranje i omogućuje pacijentu način doživljavanja njih samih i drugih terapijskim iskustvom „uma koji uključuje drugi um“.

U MBT, za razliku od klasične psihoanalitičke terapije, se ne interpretira transfer, već se potiče tzv. *mentaliziranje transfera*; pacijent se usmjerava 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 njega samog s tuđim viđenjem njih, bilo da se radi o terapeutovom viđenju ili viđenju druge oso-

be u radnoj grupi (28). Cilj nije uvid pacijenta zašto ima određenu percepciju terapeuta, već modeliranje i poticanje na znatiželju zašto su izabrali određenu ulogu za terapeuta.

Oblici intervencija mogu biti različiti: individualna psihoterapija, u kojoj izgrađuje privrženost između pacijenta i terapeuta koji ima mogućnost poticanja mentalizacije; grupna psihoterapija, u kojoj dolazi do izražaja vježbanje mentalizacije na različitim članovima grupe koji svaki za sebe imaju različita mentalna stanja i emocije; obiteljska terapija, u kojoj se mentalizacija vježba na već ranije ostvarenim funkcionalnim ili ne-funkcionalnim odnosima.

Tijekom MBT važno je nastaviti primjenu psihofarmaka u liječenju poremećaja ako psihijatar procijeni da su potrebni s obzirom na istraženu neurobiološki osnovu mentalizacijskih mehanizama. Naime, mentalni poremećaji poput poremećaja raspoloženja i anksioznost kao samo neki od glavnih distresora mogu onemogućiti postizanje punog kapaciteta rješavanja problema i vježbanja mentalizacije (7, 17).

MBT pomaže pacijentu sagledati destruktivne i repetitivne obrasce nementalizirajućih ponašanja, shvatiti što čini sebi i drugima te zamijeniti takve obrasce, koji daju iluziju kontrole, s realnom sigurnom privrženosti i sposobnostima za razumijevanje sebe i drugih. Odnos pacijent-terapeut u MBT je partnerski odnos koji se uvijek temelji na međusobnom razumijevanju. Kada pacijent surađuje i koristi terapijski proces za vlastitu dobrobit, samo tada može napredovati. Intervencije u MBT uvijek trebaju biti fleksibilne prema složenosti i intenzitetu osjećaja u odgovoru na intenzitet pacijentova emocionalnog uzbuđenja (15).

Empirijsku potvrdu učinkovitosti MBT u liječenju pacijenata s GPL Bateman i Fonagy su pokazali u odnosu na standardno psihijatrijsko liječenje (individualna i grupna suportivna psihoterapija) kod pacijenata u parcijalnoj

hospitalizaciji i u intenzivnom ambulantnom tretmanu (29, 30). U obje randomizirane kliničke studije MBT (individualne i grupne MBT) doveo je do značajno veće redukcije suicidalnosti, samoozljeđivanja, potrebe hospitalizacije. Učinak MBT postao je značajan nakon 6-12 mjeseci primjene, a ostao je takav i 18 mjeseci nakon završetka liječenja (31). Pacijenti liječeni MBT su i osam godina nakon primjene imali bolje rezultate u odnosu na kontrolnu skupinu na mjerama psihopatologije, suicidalnosti, korištenja psihijatrijske skrbi, uzimanja psihofarmaka i zaposlenja (32). Ovi rezultati potvrđuju kratkoročnu i dugoročnu učinkovitost MBT primijenjenog za odrasle u okviru parcijalne hospitalizacije ili ambulantno.

ZAŠTO SU ADOLESCENTI TAKO VULNERABILNI I TRETMAN TEMELJEN NA MENTALIZACIJI ZA ADOLESCENTE (MBT-A)

Adolescenciju obilježava niz složenih procesa (tjelesne, neurorazvojne promjene, kognitivne i socioemocionalne promjene) kojima osoba prelazi iz doba djetinjstva u odraslu dob. Kognitivna maturacija u doba adolescencije omogućuje integraciju znanja o mentalnim stanjima i stvaranja eksplicitnih zaključaka o njima. Međutim, djeca koja ulaze u adolescenciju sa poremećenim sustavom privrženosti i oštećenom sposobnošću mentalizacije su manje sposobna suočiti se sa zahtjevima adolescencije: integrirati promijenjeni tjelesni izgled u self, nositi se s povećanim seksualnim pulzijama i intenzivnim emocijama, razviti kapacitet za apstrakciju i simbolizaciju, ostvariti nove socijalne zahtjeve – separacija, postizanje autonomije, preuzimanje uloge odraslih (33). To je razdoblje u kojem poremećaji iz ranijih razvojnih razdoblja udruženi s intenzivnim neurorazvojnim promjenama, poglavito u prefrontalnom korteksu, mogu oslabiti sposobnost mentalizacije što uz povećane zahtjeve za regu-

lacijom afekta i reprezentacijom selfa, stvara podlogu za razvoj težih mentalnih poremećaja kao što je granični poremećaj ličnosti koji obilježavaju afektivna disregulacija, impulzivnost i nestabilni interpersonalni odnosi (34).

Za adolescente je karakteristična *hipermentalizacija*, odnosno sklonost pretjeranim interpretacijama i pretpostavkama o mentalnim stanjima drugih ljudi samo iz jedne perspektive bez razmatranja drugih mogućnosti (35). Ovaj poremećaj mentalizacije karakterističan je i za granični poremećaj ličnosti za koji je dokazana povećana senzitivnost na socijalne stimuluse i negativne interpretacije neutralnih socijalnih stimulusa. Hipermentalizacija je povezana s hipervigilnom pažnjom usmjerenom na okolinu gdje osobe pokušavaju pronaći dokaze za svoje pretpostavke. Također, stanja ekscesivne mentalizacije narušavaju emocionalnu regulaciju, jer adolescenti gube kontrolu nad anksioznim ruminacijama uzrokovanim pretjeranim interpretacijama. Očajno pokušavaju dokučiti što drugi misle, gube orijentaciju o tome što oni sami rade, odnosno dolazi do prekida povezanosti njihovih misli, osjećaja i ponašanja (36).

Tretman temeljen za mentalizaciji za adolescente (MBT-A) bazira se na istim principima kao i MBT za odrasle uz specifičnosti i zadatke vezane uz to razvojno razdoblje: pravila su jasnije postavljena, a potiče se odgovornost i samostalnost (37). Sposobnost mentalizacije adolescenata ovisi o sposobnosti mentalizacije roditelja/članova obitelji zbog čega su roditelji/obitelj aktivno uključeni u tretman u okviru obiteljske MBT (37).

MBT-A se pokazao uspješnim u radu s adolescentima sklonim samoozljeđivanju (37). U randomiziranoj kliničkoj studiji MBT-A je bio učinkovitiji od standardnog psihijatrijskog liječenja kod 80 pacijenata sa samoozljeđivanjem u ambulantnom tretmanu, od kojih je 73 % zadovoljavalo DSM-IV kriterije za GPL, i to u smanjenju samoozljeđivanja, i depresivnih simptoma. Učinak je ostvaren povećanjem

sposobnosti za mentalizaciju i smanjenjem izbjegavajuće privrženosti, te je ostao prisutan i 6 mjeseci nakon završetka liječenja.

Slične rezultate su u naturalističnoj studiji dobili Laurensen i sur. (38) za MBT-A kod 11 hospitaliziranih pacijentica sa simptomima GPL. MBT je nakon godine dana primjene doveo do značajnog smanjenja simptoma te poboljšanja funkcioniranja i kvalitete života. Međutim, u implementaciji programa bilo je problema na razini terapeuta, cijelog tima i organizacije (učestale izmjene osoblja na bolničkom odjelu, nezadovoljstvo pacijenata i roditelja, sigurnosni problemi za pacijente i osoblje). Nakon evaluacije, program je izmijenjen i trenutno se provodi kao ambulantno liječenje uz uključenosti i roditelja.

ZAKLJUČAK

Koncept mentalizacije razvijen prije dvadestak godina odnosi se na sposobnost razumijevanja vlastitih mentalnih stanja (misli, osjećaja, namjera, vjerovanja) i drugih osoba kao temeljnu ljudsku osobinu. Kapacitet za mentalizaciju ima ključnu ulogu u emocionalnoj regulaciji i razvoju koherentnog selfa. Deficiti u sposobnosti mentalizacije su obilježje mnogih psihičkih poremećaja, te i ključna karakteristika graničnog poremećaja ličnosti. Gubitak sposobnosti mentalizacije dovodi do destabilizacije selfa, nerazumijevanja sebe i drugih, a time i nemogućnosti održavanja konstruktivnih socijalnih interakcija i vlastite sigurnosti.

MBT je usmjeren na oporavak i/ili povratak sposobnosti mentalizacije čime se postiže adekvatnija kontrola emocija i impulzivnosti. Time se omogućuje pacijentu i njegovoj obitelji da napuste ranije disfunkcionalne obrasce i otkriju nove načine komunikacije i međusobnih odnosa. Učinkovitost ovog terapijskog pristupa potvrđena je za odrasle i djecu sa simptomima GPL, ali i drugih psihičkih poremećaja.

1. Fonagy P. Thinking about thinking : Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanalysis* 1991; 72: 639-56.
2. Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. New York: Oxford University Press, 2004.
3. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press, 2002.
4. Bateman A, Fonagy P. Mechanism of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006; 62: 411-30.
5. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder-A mentalizing model. *J Pers Disord* 2008; 22: 4-21.
6. Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press, 2001.
7. Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub, 2008.
8. Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. U: *The writings of Melanie Klein*. London: Hogarth Press, 1975.
9. Bion WR. *The Psycho-Analytic Study of Thinking*. *Int J Psycho-Anal* 1962; 43: 306-10.
10. Kohut H. *The restoration of the self*. Connecticut: International Universities Press Inc., 1977.
11. Winnicott DW. *Playing and reality*. Psychology Press, 1971.
12. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London, 1998.
13. Baron-Cohen S. *Zero Degrees of Empathy: A New Theory of Human Cruelty*. London: Allen Lane, 2011.
14. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a „theory of mind“? *Cognition* 1985; 21: 37-46.
15. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the Neurobiology of Attachment. *Infant Ment Health J* 2011; 32: 47-69.
16. Saxe R, Young L. Theory of Mind: How brains think about thoughts. U: Ochsner K, Kosslyn S, eds. *The Handbook of Cognitive Neuroscience*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2013.
17. Allen JG, Fonagy P. *Handbook of mentalization based treatments*. West Sussex: John Wiley & Sons, 2006.
18. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2009; 21 (Special Issue 04):1355-1381.
19. Borovnica V, Šikanić N. Odnos somatizacijskog poremećaja, nivoa organizacije ličnosti, obrasca afektivne privrženosti i mentalizacije. *Psihijatrija danas*, 2011;43: 83-94.
20. Skarderud F. Eating one's words, Part III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 323-39.
21. Bruch H. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
22. Fischer-Kern M, Tmej A, Kapusta ND i sur. The capacity for mentalization in depressive patients: a pilot study. *Zschr Psychosom Med Psychother* 2007; 54: 368-80.
23. Kuipers SG, Bekker M. Attachment, mentalization and eating disorders: a review of studies using the adult attachment interview. *Curr Psychiatry Rev* 2012; 8: 326-36.
24. Chung YS, Barch D, Strube M. A meta-analysis of mentalizing impairments in adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Schizophr Bull* 2014; 40: 602-16.
25. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *Br J Dev Psychol* 2015; 33: 203-17.
26. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Dev Psychopathol* 2010; 22: 87-108.
27. Fonagy P, Target M. Attachment, trauma and Psychoanalysis – Where psychoanalysis meets neuroscience. U: Jurist EL, Slade A, Bergner S, eds. *Mind to Mind. Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*. New York: Other Press, 2008.
28. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9: 11-15.
29. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
30. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166): 1355-64.
31. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
32. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 631-8.
33. Sharp C, Venta A. *Mentalizing problems in children and adolescents*. U: Midgley N, Vrouva I, eds. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group, 2012.
34. Bleiberg E, Rossouw T, Fonagy P. Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. U: Bateman A, Fonagy P, eds. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
35. Sharp C, Ha C, Carbone C i sur. Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *J Pers Disord* 2015; 27: 3-18.
36. Sharp C, Pane H, Ha C i sur. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50: 563-573.
37. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 1304-13.
38. Laurensen EM, Feenstra DJ, Busschbach JJ, Hutsebaut J, Bales DL, Luyten P, Noom MJ. Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study. *Psychotherapy* 2014;51: 159-66.