

PSYCHOTERAPIA 3 (166) 2013

strony: 37–46

Leszek Adamczyk

MENTALIZACJA. CZ. 2: NEUROFIZJOLOGICZNE PODŁOŻE MENTALIZACJI, POJĘCIA ZBLIŻONE ZAKRESEM I ZNACZENIEM DO MENTALIZACJI, PRZEDMENTALIZACYJNE TRYBY FUNKCJONOWANIA PSYCHICZNEGO, OCENA MENTALIZACJI

MENTALIZATION PART 2 – NEUROPHYSIOLOGICAL UNDERPINNINGS OF MENTALIZATION, CONCEPTUAL OVERLAPS, PREMENTALISTIC MODES OF THINKING AND ASSESSMENT OF MENTALIZATION

Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych, Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Wrocław
Dyrektor: mgr Leszek Dudek-Dudkowski

Autor w drugiej części artykułu o mentalizacji opisuje neurofizjologiczne podłoże mentalizacji, rozumianej za Peterem Fonagy jako „zdolności pojmowania świadomych i nieświadomych stanów umysłu swoich i innych”. Przedstawiony jest mechanizm mentalizacji jako czterowymiarowy konstrukt, w którym pośredniczą dwa niezależne układy neuronalne. Autor dokonuje przeglądu pojęć zbliżonych zakresem i znaczeniem do mentalizacji, przedmentalizacyjne tryby myślenia oraz przedstawia sposoby oceny mentalizacji. Podkreśla znaczenie koncepcji mentalizacji dla diagnozy i terapii zaburzeń osobowości.

**mentalization
attachment
theory of mind**

Summary: The main aim of this article is to present the basic concepts of mentalization theory. In the second part of the article, the author describes neural and neurobiological underpinnings of mentalization, prementalistic modes of thinking and assessment of mentalization.

Kontynuując wątki rozpoczęte w części pierwszej tej pracy, w drugiej części scharakteryzuję kolejno neurofizjologiczny aspekt mentalizacji, pojęcia zbliżone zakresem i znaczeniem do mentalizacji, opiszę przedmentalizacyjne tryby myślenia oraz sposoby oceny mentalizacji. Przypomnę, że przez mentalizację rozumie się typowo ludzką wyobraźniową aktywność umysłową umożliwiającą spostrzeżenie, uświadomienie sobie i zinterpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu [1]. Mentalizacja jest tworem dynamicznym, kształtującym się w procesie rozwoju w relacji z opiekunami, zależy od nabytych umiejętności i podlega nieustannym wpływom środowiska. Jest ściśle powiązana z poziomem aktualnie doświadczanego stresu i pobudzenia emocjonalnego w kontekście aktywizowanego systemu przywiązania [2, 3].

Neurofizjologia mentalizacji

Fonagy, Bateman i Luyten [2] ujmują mentalizację jako czterowymiarowy konstrukt, przy czym istnieją dość przekonujące dowody, że każdy z wymiarów ma inne podłoże neuroanatomiczne. Zbieżnie z obserwacjami klinicznymi, wskazującymi, że mentalizacja automatyczna i kontrolowana są dwoma różnymi procesami, wyniki badań za pomocą technik

neuroobrazowania wskazują, że u podłoża tych dwóch różnych typów mentalizacji leżą dwa odmienne systemy neuronalne. System powiązany z mentalizacją automatyczną tworzą: ciało migdałowe (amygdala), jądra podstawne (basal ganglia), brzuszno-przyśrodkowa kora przedczołowa (ventromedial prefrontal cortex, VMPFC), boczna kora skroniowa (lateral temporal cortex, LTC) i grzbietowa część przedniego zakrętu obręczy (dorsal anterior cingulate cortex, dACC). Struktury zaangażowane w mentalizację kontrolowaną to boczna kora przedczołowa (lateral PFC), środkowa kora przedczołowa (medial PFC), boczna kora ciemieniowa (lateral parietal cortex, LPAC), środkowa kora ciemieniowa (medial parietal cortex, MPAC), środkowy płat czołowy (medial temporal lobe, MTL) i przednia (dziobowa) część przedniego zakrętu obręczy (rostral anterior cingulate cortex, rACC). Mentalizacja automatyczna jest uwarunkowana starszymi filogenetycznie strukturami (circuits) mózgu, podczas gdy mentalizacja kontrolowana angażuje jego filogenetycznie młodsze struktury bazujące bardziej na informacjach językowych i symbolicznych [2, 4, 5].

Mentalizacja oparta na cechach zewnętrznych — naszych i innych — angażuje boczną sieć czołowo-skroniowo-ciemieniową (lateral frontotemporoparietal network), natomiast koncentrująca się na wewnętrznych cechach angażuje struktury przyśrodkowej sieci czołowo-ciemieniowej (medial frontoparietal network). Poznawczo zorientowana mentalizacja angażuje obszary mózgu w korze przedczołowej (PFC), podczas gdy afektywnie zorientowana mentalizacja jest powiązana ze strukturami brzuszno-przyśrodkowej kory przedczołowej (ventromedial PFC). Istnieją dowody, że w mechanizm ToMM zaangażowane są struktury przedczołowej kory oczodołowej (prefrontal orbitocortex), podczas gdy w mechanizmie TESS uczestniczą struktury brzuszno-przyśrodkowej części kory przedczołowej (VMPFC) [2, za: 4, 5].

W mentalizowaniu na temat siebie i innych pośredniczą dwa niezależne układy neuronalne. Na pierwszy z nich składa się filogenetycznie starszy system bazujący w większym stopniu na wrażeniach somatycznych, czyli czołowo-ciemieniowy układ neuronów lustrzanych (frontoparietal mirror neuron system). Na drugi układ neuronalny składają się: przyśrodkowa kora przedczołowa (medial prefrontal cortex, MPFC), przednia część zakrętu obręczy (anterior cingulate cortex) i przedklinek (precuneus) [2].

Aktywacja i dezaktywacja systemu przywiązania jest związana z regulacją stresu i pobudzenia. Fonagy, Luyten i Strathearn [6], opierając się na modelu Amy Arnsten rozwiniętym przez Lindę C. Mayes, sugerują, że wraz z narastaniem pobudzenia dochodzi do „przełączenia” (switch) między systemami korowymi i podkorowymi, z mentalizacji kontrolowanej na automatyczną, a następnie na przedmentalizacyjne tryby myślenia. Proces regulacji stresu i wzbudzenia nie jest tworem jednorodnym. Składają się na niego liczne, zróżnicowane pod względem neurochemicznym i współpracujące ze sobą układy neuronalne regulujące specyficzne oraz niespecyficzne funkcje korowe i podkorowe w przedczołowych i tylnych częściach mózgu. Funkcje wykonawcze są regulowane przez dwa różniące się neurochemicznie systemy pobudzenia. Gdy wskutek wzajemnego oddziaływania na siebie systemów noradrenergicznego (norepinefrynowego) alfa-2 i dopaminowego D-1 rośnie poziom aktywacji korowej, funkcje kory przedczołowej usprawniają działanie kontroli uwagowej (attentional control), kontroli wysiłkowej (effortfull control), planowania i organizacji, a także pamięci operacyjnej i mentalizacji kontrolowanej. Jednakże w przypadku dalszego narastania pobudzenia nasila się działanie hamujące syste-

mów noradrenergicznego (norepinefrynowego) alfa-1 i dopaminowego D-1 do punktu, w którym kora przedczołowa przechodzi w stan „wyłączenia” (offline), a aktywizują się bardziej zautomatyzowane, niejawne procesy mentalizacji zorganizowane wokół funkcji sprawowanych przez tylne korowe i podkorowe ośrodki mózgu [za: 2, 6].

Przegląd pojęć zbliżonych zakresem i znaczeniem do mentalizacji

Choi-Kain i Gunderson [7], dokonując przeglądu pojęć o zbliżonym do mentalizacji zakresie i znaczeniu, ograniczyli się do czterech kategorii, a mianowicie do uważności (mindfulness), refleksyjności psychologicznej (psychological mindedness), empatii oraz świadomości afektu (affect consciousness). Te cztery pojęcia nakładają się na trzy wymiary mentalizacji: kontrolowana vs. automatyczna, zorientowana na self vs. zorientowana na obiekt i poznawcza vs. afektywna. W tym czasie twórcy teorii mentalizacji nie wyróżnili jeszcze wymiaru: skupiona na cechach wewnętrznych — skupiona na cechach zewnętrznych (internally focused — externally focused) i dlatego Choi-Kain i Gunderson nie uwzględnili go w swoim studium.

Uważność (mindfulness)

Uważność definiowana jako „podtrzymywanie świadomości aktualnej rzeczywistości” („keeping one’s consciousness alive to the present reality”) [cyt. Hahn TN, oraz Brown KW, Ryan RM, za: 7, s. 1130] jest pojęciem wywodzącym się ze wschodnich praktyk medytacyjnych. Oznacza zdolność i umiejętność obserwowania oraz opisu własnego doświadczenia podczas neutralnego, zobiiektywizowanego uczestniczenia i przeżywania. Uważność jest konceptualizowana w dwuelementowym modelu podzielonym między domeny regulacji afektu oraz akceptacji i otwartości na doświadczenie. Metodą analizy czynnikowej zidentyfikowano cztery umiejętności wspierające uważność: obserwowanie, opis, świadome działanie oraz neutralne i nieoceniające akceptowanie. Uważność pokrywa się z pojęciem mentalizacji w podskalach obserwowania i opisywania. Zarówno uważność, jak i mentalizacja ogniskują uwagę na doświadczeniu jako sposobie ograniczania impulsywności i reaktywności oraz podkreślają integrację poznawczych i afektywnych aspektów stanów umysłu ułatwiających równoczesne rozpoznanie i uczestnictwo w wewnętrznych doświadczeniach. W obrębie pojęcia mentalizacji uważność nakłada się tylko na jeden z dwóch trybów mentalizowania (jawny, explicit) i tylko na jeden z dwóch obiektów (self). Istnieją jednak trzy inne różnice między tymi pojęciami. Po pierwsze obiektem uważności może być interakcja z nieożywionymi obiektami, a nie tylko z innymi ludźmi. Po drugie praktyka uważności jest zorientowana na aktualne doświadczenie, podczas gdy mentalizacja może obejmować zarówno teraźniejszość, jak przeszłość oraz przyszłość. I wreszcie — po trzecie — uważność jest nakierowana na akceptację wewnętrznego doświadczenia, podczas gdy mentalizacja podkreśla znaczenie konstruowania reprezentacji i znaczenia w odniesieniu do tych doświadczeń. Potencjał uważności wykorzystana w pracy terapeutycznej M. Linehan w stworzonej przez siebie dialektycznej terapii zachowania [za: 7].

Refleksyjność psychologiczna (psychological mindedness)

Appelbaum definiował refleksyjność psychologiczną (psychological mindedness) jako „zdolność jednostki do dostrzegania związków, powiązań między myślami, uczuciami

i działaniami w celu poznania znaczenia i przyczyn własnych doświadczeń i zachowań” i wyróżnił cztery części tego pojęcia [cyt. Appelbaum SA, za: 7, s. 1131]. Po pierwsze jest to umiejętność rozpoznawania związków między znaczeniami i przyczynami zachowań, co wymaga zarówno dokładnego poznania, jak i „intuicji i empatii”. Po drugie cel zrozumienia znaczenia zachowań pociąga za sobą „zainteresowanie, w jaki sposób umysł pracuje”. Po trzecie jest to „ukierunkowane na siebie psychologiczne myślenie” i — po czwarte — zdolność do zaangażowania się w psychologiczne myślenie w kontekście leczenia. Farber [za: 7] zaproponował zbliżoną definicję refleksyjności psychologicznej jako „skłonność (disposition) do myślenia, refleksji na temat znaczenia i motywacji zachowań, myśli i uczuć własnych i innych ludzi”, co temu pojęciu dodaje wymiar interpersonalny [cyt. Farber BA, za: 7, s. 1131]. Refleksyjność psychologiczna była początkowo operacjonalizowana jako miara służąca do oceny możliwości efektywnego korzystania przez pacjenta z leczenia psychoanalitycznego. Refleksyjność psychologiczna i mentalizacja mają obszary, w których się pokrywają. Na przykład „intuicja i empatia” oraz „zainteresowanie sposobem, w jaki umysł pracuje” zdają się pokrewne mentalizacji. Choć mentalizacja działa zarówno w trybie jawnym, jak i niejawnym, refleksyjność psychologiczna pierwotnie angażuje jawne, czyli „explicit” czy też świadome zastanawianie się nad stanami umysłu i w większym stopniu dotyczy self i własnych stanów umysłu, niż bierze pod uwagę stany umysłu innych ludzi [7].

Empatia (empathy)

Zdolność do empatii u człowieka była źródłem badań wielu dyscyplin naukowych. Decety i Jackson [za: 7] po zapoznaniu się z różnymi pojęciami empatii zdefiniowali ją jako „całościową, kompleksową (complex) formę psychologicznego wnioskowania, w którym obserwacja, pamięć, wiedza i wnioskowanie łączą się ze sobą dając w efekcie wgląd w myśli i uczucia innych” [cyt. Decety J, Jackson PL, za: 7, s. 1131]. Liczne definicje pojęcia empatii mają jednak trzy punkty wspólne. Empatia jest reakcją afektywną prowadzącą do dzielenia stanów emocjonalnych z inną osobą, po drugie jest poznawczą zdolnością wyobrażenia sobie i przyjmowania perspektywy drugiego człowieka („perspective taking”) i po trzecie — ustabilizowaną zdolnością odróżniania siebie od innych. Pojęcie empatii pokrywa się z pojęciem mentalizacji w tym, że zarówno empatia, jak i mentalizacja pociągają za sobą uświadamianie sobie stanów psychicznych innych osób. Jednakże empatia dodaje jeszcze wymiar współdzielenia tych stanów psychicznych i okazywania empatycznego zainteresowania innymi. Empatia jest bardziej zorientowana na innych, podczas gdy mentalizacja dotyczy równocześnie nas samych i innych. Empatia może funkcjonować zarówno w trybie jawnym, jak i niejawnym (implicit i explicit), jednakże raczej z przewagą trybu implicit. Jej treść jest pierwotnie zogniskowana afektywnie, choć angażuje ona zarówno zdolności poznawcze, jak i doświadczanie emocji [7].

Świadomość afektu (affect consciousness)

Świadomość afektu odnosi się do relacji zachodzącej między „aktywacją podstawowych afektów, emocji a zdolnością jednostki do świadomego postrzegania, zastanawiania się i wyrażania tych emocjonalnych doświadczeń w kategoriach dziewięciu podstawowych

emocji” [cyt. Monsen JT, Monsen K, za: 7, s. 1131]. Brak świadomości afektu może być częścią aleksytymii dosłownie oznaczającej „brak słów na wyrażenie emocji” [cyt. Lesser IM, za: 7, s. 1131]. Wzajemne nakładanie się pojęć świadomości afektu i mentalizacji jest częściowe, lecz znaczące. Świadomość, reprezentacja i komunikacja interpersonalna naładowanych afektywnie stanów psychicznych są rdzeniem pojęcia mentalizacji, tak jak jest ono teoretycznie podstawą regulacji afektu i przeciwnie — źródłem dysfunkcji w zaburzeniu osobowości typu borderline. Mentalizowana afektywność, podobnie jak świadomość afektu, angażuje te same składniki procesu przetwarzania afektu, a mianowicie identyfikację emocji, ich przetwarzanie i ekspresję [za: 7].

Tryby przedmentalizacyjne, pseudomentalizacja i hipermentalizacja

Tryby przedmentalizacyjne są rozwojowymi prekursorami mentalizowania, powszechnymi sposobami myślenia oraz komunikowania się we wczesnych etapach rozwoju. Niemniej jednak — gdy dominują lub są mało elastyczne — stają się wskaźnikami patologii, na przykład w sytuacji, gdy jednostka pod wpływem silnego pobudzenia emocjonalnego traci zdolność mentalizowania. Tryby przedmentalizacyjne obejmują tryb psychicznej równoważności (psychic equivalence mode), tryb „na niby” (pretend mode) i tryb „teleologiczny” czy też tryb „postawy teleologicznej” (teleological stance) [8, s. 515, 9].

Tryb „psychicznej równoważności”

Pojawia się jako następstwo niedostatecznie uwypuklonego odzwierciedlenia (unmarked mirroring) i jest zbliżony do myślenia magicznego. Polega na zrównaniu tego, co wewnętrzne, z tym, co zewnętrzne; na utożsamieniu rzeczywistości ze stanami psychicznymi [9, 10]. Przykładem mogą być sny, stany flashback w zaburzeniach stresowych pourazowych i przemijające stany paranoidalne. Ilustracją może być sytuacja, w której depresyjny pacjent nie jest w stanie zrozumieć, że jego samopotępiające myśli i odczucia są jedynie odbiciem depresyjnego nastroju, a nie wskaźnikiem obiektywnej rzeczywistości [8]. Tryb „psychicznej równoważności” jest rozwojowym prekursorem mentalizowania. W przypadku dzieci świadomość stanów wewnętrznych charakteryzuje się zrównaniem tego, co wewnętrzne z tym, co zewnętrzne, i w ten sposób to, co istnieje w umyśle, musi istnieć na zewnątrz. I odwrotnie, to, co istnieje na zewnątrz, musi istnieć w umyśle. W ten sposób nie ma alternatywnych perspektyw dla rzeczywistości, a stan umysłu staje się nieznośny i nie do wytrzymania realny [2, 4, 7]. Myśli i uczucia zdają się odzwierciedlać zdarzenia ze świata zewnętrznego i vice versa. „Kiedy w takim stanie umysłu ktoś źle nas potraktuje, wtedy mamy poczucie, że j e s t e ś m y [D. Wallin] źli, a skoro jesteśmy źli, to »wiemy«, że zostaniemy źle potraktowani” [11, s. 56]. Ten tryb opisuje myślenie konkretne, na przykład: „nie kochasz mnie, ponieważ do mnie nie zadzwoniłaś”, lub też „wiem, że mnie kochasz, bo uśmiechnęłaś się do mnie” [przykłady za: 3, s. 64]. W odniesieniu do zaburzeń odżywiania się tryb psychicznej równoważności jest cielesną konkretyzacją rzeczywistości wewnętrznej. Ilustrują to poniższe wypowiedzi pacjentek: Elizabeth (chorująca od 20 lat na anoreksję): „Przeraża mnie pomysł mieszania różnych potraw. Widok zbyt wielu potraw na talerzu i wizja wymieszania ich w moim żołądku wzbudza we mnie poczucie chaosu. Żeby zachować kontrolę nad moim życiem, muszę kontrolować zawar-

tość mojego talerza”. Veronica (chorująca na bulimie): „Kiedy wczoraj wracałam z pracy do domu myślałam o tym, żeby się objeść. A gdy myślałam o przejadaniu się, to czułam jakbym właśnie już to zrobiła. Więc pobiegłam do domu, żeby się objadać”. Sarah (częste wymioty i nadużywanie dużych dawek środków przeczyszczających): „Jestem taka zmieszana. Tego już jest dla mnie po prostu za dużo i muszę coś z tym zrobić. Czuję się taka pełna. W ten czy w inny sposób muszę się opróżnić” [przykłady za: 10].

Wydaje się, że opisane przez Hannę Segal [12] zrównanie symboliczne jest ilustracją stanów psychicznych przeżywanych w trybie psychicznej równoważności. Do zrównania symbolicznego prowadzi identyfikacja projekcyjna. H. Segal pisze, że „w identyfikacji projekcyjnej podmiot w fantazji projektuje znaczne części siebie w obiekt i identyfikuje go z tymi częściami self, które obiekt w jego odczuciu zawiera. W podobny sposób podmiot projektuje na zewnątrz wewnętrzne obiekty i identyfikuje je z częściami świata zewnętrznego, które zaczynają je reprezentować” [12, s. 83]. I dalej, „w zrównaniu symbolicznym podmiot czuje, że symbol-substytut **jest** [H.S.] oryginalnym obiektem. Ego nie rozpoznaje i nie uznaje cech własnych substytutu” [12, s. 89].

Tryb „na niby”

Pojawia się w sytuacji, gdy odzwierciedlanie nie jest zrównoważone (incongruently contingent mirroring). W tym trybie świat wewnętrzny zostaje oddzielony od świata zewnętrznego, co stwarza przekonanie o rzeczywistości wyobrażeń. Osoby charakteryzujące się tym trybem myślenia mają wrażenie, że to, co sobie wyobrażają, istnieje naprawdę [9]. Przykładami trybu „na niby” są dysocjacja, zaprzeczanie i narcystyczne urojenia wielkościowe. Tryb „pretend” polega na tym, że wnioski o stanach umysłu jest dokonywane bez realnego związku z rzeczywistością. Jest odwrotnością trybu psychicznej równoważności i pociąga za sobą proces „decoupling” („rozkojarzania”, „odprzęgania” czegoś, co zostało przedtem połączone, sprzężone). Proponowany przez A. Leslie [za: 13] poznawczy mechanizm „decoupling” polega na „odprzęganiu” tego, co jest w umyśle, od rzeczywistości. Ta zdolność pojawia się około 18. miesiąca życia i ma kluczowe znaczenie dla początku „zabawy w udawanie” (pretend play). W aspekcie rozwojowym dzieci „bawią się z rzeczywistością” [10]. Jeden przedmiot może symbolizować i zastępować w zabawie inny. Rozumienie udawania jest przejawem zdolności do mentalizowania. Przykładem podanym przez Leslie [za: 13] jest matka żartobliwie podnosząca banana i udająca, że telefonuje. Dziecko śmieje się i nie odczuwa/okazuje zdziwienia w związku ze zmienionymi własnościami banana i telefonu. By uniknąć takiego zdziwienia musi ono umieć wytworzyć reprezentację postawy, jaką matka przyjmuje wobec banana i ta reprezentacja musi być różna od reprezentacji banana w realnym życiu [13]. Rozpoznanie trybu „pretend” w pracy terapeutycznej ma kluczowe znaczenie, terapeuta bowiem może mieć wrażenie, że pacjent adekwatnie używa słów opisujących jego stany wewnętrzne. Jednakże, gdy jest to akurat tryb myślenia „na niby” — słowa są zrozumiałe, lecz nie mają odpowiedniego oddziaływania, ponieważ treść została oddzielona od składnika emocjonalnego, a wyobrażenia od rzeczywistości itp. Ten tryb często skrywa uczucia pustki i braku znaczenia. Należy różnicować tryb „na niby” z aleksytymią, bo o ile pacjentowi aleksytymicznemu może brakować słów do opisu stanów wewnętrznych, o tyle w trybie „na niby” znajduje on właściwe/odpowiednie słowa, ale nie są one jego słowami

i dlatego nie opisują jego stanów wewnętrznych, oraz nie mogą posłużyć do opisu stanów wewnętrznych innych osób [10].

Tryb „postawy teleologicznej”

Teleologia odnosi się do potrzeby istnienia czy zdobycia fizycznych dowodów emocji i relacji. Przykładem wnioskovania tego typu może być refleksja: „nie uwierzę w to, dopóki nie zobaczę”. Tryb teleologiczny jest kolejnym trybem przedmentalizacyjnym. Stany psychiczne są wyrażane w ukierunkowanych na cel działaniach, zamiast w jawnych (explicit) reprezentacjach psychicznych wyrażanych za pomocą słów. Tryb ten polega na tym, że wewnętrzne stany psychiczne zostają zredukowane do poddających się obserwacji zachowań, na przykład: „tylko wtedy czuję się kochany/a, gdy jesteś przy mnie, blisko mnie”. Treściowa zawartość psychiki, na przykład wyobrażenia i słowa, znaczą niewiele [przykłady za: 3]. W tym trybie komunikowanie wewnętrznych stanów psychicznych dokonuje się jedynie poprzez działanie. Na przykład samookaleczenie może być sposobem komunikowania skrajnie nasilonego bólu emocjonalnego, kontakty seksualne zaś czy pociąg fizyczny mogą być wskaźnikami miłości i opieki. W trybie teleologicznym jednostka tylko wtedy zaakceptuje istnienie stanów psychicznych, gdy są one dostępne obserwacji w konkretny i fizycznie udowodniony sposób. W tym kontekście niektóre reakcje czy zachowania typu acting-out są ilustracją trybu teleologicznego, działania bowiem służą jednocześnie wyrażeniu, „wypowiedzeniu” nieznośnego stanu psychicznego oraz zredukowaniu poziomu napięcia emocjonalnego [3, 7, 8, s. 517, 9, 10].

Podsumowując należy stwierdzić, że w aspekcie rozwojowym w pełni funkcjonująca zdolność do mentalizacji powstanie, gdy dziecko zintegruje tryby „równoważności” i „na niby”, i w ten sposób zwiąże zawarte w swoim umyśle wewnętrzne doświadczenie z tym, co jest obserwowalne w rzeczywistości zewnętrznej jako — i to jest bardzo ważne — oddzielne, lecz powiązane (linked but separate) [3, 7, 11, s. 56 i nast.]. W koncepcji P. Fonagy’ego tryby przedmentalizacyjne pojawiają się w rozwoju dziecka w określonej kolejności. Jako pierwszy pojawia się tryb psychicznej równoważności, a jako drugi tryb „na niby”, i wreszcie — w prawidłowo przebiegającym procesie rozwoju — około czwartego roku życia oba tryby zostają zintegrowane. Wraz z pojawieniem się pełnej zdolności do mentalizacji dzieci rozwijają teorię umysłu i rozpoznają, że stan umysłu innych ludzi jest różny od stanu ich umysłu i że inni ludzie mogą kierować się w swoich działaniach błędnymi przekonaniem. Od tego momentu świat wewnętrzny nie jest ani całkowicie zrównany z rzeczywistością zewnętrzną, ani też całkowicie od niej oddzielony, dziecko bowiem przyswaja zdolność do bezpośredniej lub implikowanej analizy zależności zachodzących między rzeczywistością wewnętrzną i zewnętrzną [2, 3, 5, 11].

Pseudomentalizacja

Pseudomentalizacja jest formą aktywności psychicznej polegającą na wyrażaniu absolutnej pewności co do stanów umysłu innej osoby w sytuacji, gdy pewność ta nie jest oczywista. Są to stany umysłu obserwowane w trzech postaciach. Pierwszy typ, określanymi jako natarczywy i intruzyjny, polega na wytworzeniu niedyskusyjnego przekonania „wiem, co myślą inni”. Drugi, nadaktywny, w postaci „hipermentalizowania”, polega na myśle-

niu nadmiernie szczegółowym i odłączonym czy też odszczepionym od świata przeżyć afektywnych i od wewnętrznej rzeczywistości, którego bliższą ilustracją może być mechanizm obronny intelektualizowania. Trzeci typ polega na negowaniu stanów wewnętrznych innych ludzi i zastępowaniu ich własnymi wytworami, na przykład w postaci: „Jestem pewien/na, że chcesz mnie zniszczyć. Nie zaprzeczaj temu. Nie ma sposobu, byś temu zaprzeczył/a”. Jest on bliski mechanizmowi obronnemu projekcji [przykłady za: 3, s. 64].

Ocena mentalizacji, badania nad mentalizacją

Ambicją P. Fonagy'ego było stworzenie ram teoretycznych opartych na teorii psychoanalitycznej, uzasadnionej badaniami empirycznymi, i efektywnie stosowanych w praktyce klinicznej [za: 7]. Jednakże mentalizacja jest różnorodnie definiowana i oceniana. Proponowane są trzy podejścia [14]. Fonagy i Target ujmują mentalizowanie jako wynik rozwijających się w umyśle dziecka reprezentacji stanów psychicznych — operacjonalizowali tę zdolność jako „funkcję refleksyjną” (reflective function, RF). Drugie podejście, wywodzące się z psychologii ego i teorii relacji z obiektem, dotyczyło zmieniających się podczas sesji terapeutycznej stanów umysłu terapeuty i pacjenta. W tym ujęciu różne jakości mentalizacji prawdopodobnie zależą od różnic w postawach ego wobec doświadczeń emocjonalnych (stopnia, dojrzałości i ciągłości funkcji obronnych i od zdolności ego do obserwowania własnej aktywności, tzw. ego obserwacyjne). Do jej badania stosowany jest przez Boucharda i wsp. System Oceny Stanów Psychicznych (Mental States Rating System, MSRS) [14]. Trzecie podejście sugeruje, że mentalizacja oznacza transformację doświadczeń emocjonalnych w coraz bardziej złożone sieci reprezentujące te doświadczenia, co przekłada się na bardziej efektywne kontenerowanie ich i regulację. Tu do badań wykorzystuje się skalę GEVA (fr. Grille de l'Elaboration Verbale de l'Affect, ang. Verbal Elaboration of Affect Scale) [14].

W niniejszym opracowaniu skupię uwagę na sposobie oceny mentalizacji zaproponowanym przez P. Fonagy'ego i współpracowników. Jej pierwszy etap polega na sporządzeniu profilu mentalizacji pacjenta, czyli opisu i oceny funkcjonowania w każdym z czterech jej wymiarów. Ustrukturowaną miarą oceny mentalizacji jest zaadaptowany przez P. Fonagy'ego Inwentarz Przywiązania Dorosłych — Skala Funkcjonowania Refleksyjnego (Adult Attachment Interview — Reflective Functioning Scale), choć wyczerpująca analiza mentalizacji powinna opierać się na dwóch, trzech szczegółowych i ustrukturowanych wywiadach klinicznych badających i oceniających historię relacji przywiązania pacjenta oraz ich stan obecny. Szczegółowego wykazu narzędzi badawczych i diagnostycznych, ze względu na jego obszerność, nie będę przytaczał [3]. Choć ocena ogólna pozwala stworzyć wstępną charakterystykę profilu mentalizacji pacjenta w zakresie wszystkich czterech wymiarów, należy pamiętać, że deficyty w zakresie jednego z wymiarów nie muszą pociągać za sobą deficytów w innym wymiarze.

W dalszej części postępowania diagnozę należy uszczegółowić, ponieważ zdolność do mentalizacji jest wypadkową strategii czy modeli przywiązania dynamicznie wpływających na zależność między stresem, stopniem pobudzenia emocjonalnego, z jednej strony, a mentalizacją z drugiej. Jednostki różnią się bowiem progiem „przełączania” między mentalizacją kontrolowaną a automatyczną, siłą związku między stresem a aktywacją

mentalizacji kontrolowanej vs. automatycznej oraz czasem potrzebnym do przywrócenia mentalizacji kontrolowanej. Co ważne, terapeuta oceniający mentalizację pacjenta inicjuje w ten sposób nową relację przywiązania, zatem do jego zadań będzie należała ocena reakcji pacjenta na tę nową relację oraz jej wpływ na zdolność mentalizacji, co pozwoli scharakteryzować posiadaną przez pacjenta umiejętność współpracy nad obniżaniem poziomu pobudzenia emocjonalnego i dostosować rodzaj interwencji terapeutycznych do deficytów mentalizacji skojarzonych z czterema zaproponowanymi strategiami przywiązania. Są nimi: strategie hiperaktywacji przywiązania (attachment hyperactivation strategies) polegające na poszukiwaniu opieki i wsparcia od figury przywiązania oraz na nadmiernej wrażliwości na sygnały zagrożenia i porzucenia, strategie dezaktywacji przywiązania (attachment deactivation strategies) polegające na tłumieniu potrzeby przywiązania i odcinaniu się czy dystansowaniu od figury przywiązania. Jako trzecie pojawiają się strategie charakterystyczne dla przywiązania zdeorganizowanego, a jako czwarte — charakterystyczne dla przywiązania cechującego się poczuciem bezpieczeństwa [3].

Następnym ważnym zagadnieniem wchodzącym w zakres oceny mentalizacji jest analiza emocjonalnego stosunku pacjenta do swoich objawów i trudności życiowych, gdyż może on wstępnie charakteryzować jego obecną lub przyszłą zdolność do mentalizowania. I wreszcie integralnym składnikiem jest ocena intensywności i jakości występowania przedmentalizacyjnych trybów doświadczania i myślenia, obejmujących tryby niementalizacyjne (nonmentalizing): „na niby”, psychicznej równoważności i teleologiczny oraz tryby pseudomentalizacyjne (pseudomentalizing) [3].

Podsumowanie

Celem artykułu było przedstawienie podstawowych pojęć związanych z teorią mentalizacji P. Fonagy’ego. Mentalizacja jest stosunkowo nowym paradygmatem łączącym psychologię rozwoju, psychopatologię i współczesną neuronaukę. Wskazuje, jak relacja wczesnego przywiązania i rozwój układu nerwowego wzajemnie na siebie oddziałują i w prawidłowych warunkach wspierają powstawanie ważnej funkcji, jaką jest poznanie społeczne, umożliwiające rozumienie relacji społecznych. Jednakże nieprawidłowy rozwój zdolności do mentalizacji może być źródłem poważnych problemów zdrowotnych. Wyrosła na gruncie tej teorii psychoterapia oparta na mentalizacji (MBT) jest osadzona w podejściu psychodynamicznym, ale uzupełniona elementami psychoedukacji oraz poznawczymi i psychoanalitycznymi technikami interwencji terapeutycznych — a wszystko to po to, by w procesie psychoterapii zbudować, zrekonstruować lub usprawnić zdolność do mentalizacji. Szeroki zakres tego pojęcia był w przeszłości źródłem nieporozumień i przysparzał autorom problemów związanych z próbami jego operacjonalizacji na potrzeby eksperymentalne służące walidacji przyjętych założeń teoretycznych. J.G. Allen, jeden z twórców teorii mentalizacji, określił ją terminem „wszystkomające”/„obejmująca wszystko” (all-encompassing) [za: 7]. Zasięg konstruktów mentalizacji porównano do zasięgu psychologii self H. Kohuta [za: 9], która w myśl pierwotnych założeń miała służyć jedynie do leczenia pacjentów z narcystycznym zaburzeniem osobowości, a z czasem zaczęto ją wykorzystywać w innych patologich charakteru, co znacznie obniżyło jej użyteczność. Istnieje coraz więcej dowodów świadczących, że teoria mentalizacji jest konstruktem

użytecznym w wyjaśnianiu mechanizmu powstania niektórych zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń osobowości. Jest również przydatna w postępowaniu diagnostycznym, a wyprowadzona z niej metoda oddziaływania terapeutycznego (MBT) — skutecznym sposobem leczenia coraz większej grupy zaburzeń emocjonalnych, co potwierdzają coraz liczniejsze badania eksperymentalne [7, 15, 16].

Piśmiennictwo

1. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Introduction. W: Allen JG, Fonagy P, Bateman AW, red. *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008, s. 1–24.
2. Fonagy P, Bateman AW, Luyten P. Introduction and overview. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 3–42.
3. Luyten P, Fonagy P, Lowyck B, Vermote R. Assessment of mentalization. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 43–65.
4. Fonagy P, Luyten P. Mentalization: understanding borderline personality disorder. W: Fuchs Th, Henningsen P, Sattel H, red. *The embodied self: dimensions, coherence and disorders*. Stuttgart: Schattauer; 2010, s. 260–278.
5. Fonagy P, Gergely G, Target M. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2007; 48 (3–4): 288–328.
6. Fonagy P, Luyten P, Strathearn, L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Inf. Ment. Health J.* 2011; 32 (1): 47–69.
7. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 1127–1135.
8. Allen J. Glossary. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 511–517.
9. Weinberg E. Mentalization, affect regulation, and development of the self. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2006; 54: 251–269.
10. Skårderud F, Fonagy P. Eating disorders. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 347–383.
11. Wallin DJ. *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
12. Segal H. Uwagi o tworzeniu symboli. W: Segal H, red. *Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006, s. 78–99.
13. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalization. *Phil. Trans. Royal Society* 2003; 358: 459–473.
14. Bouchard M-A, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay L-M, Schachter A, Stein H. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanal. Psychol.* 2008; 25(1): 47–66.
15. Marszał M. Mentalizacja jako konstrukt wielowymiarowy w wyjaśnianiu mechanizmu powstania i przejawiania się zaburzeń osobowości. *Pozn. Forum Kogn.* 2010; 5: 141–146.
16. 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: 631–638. Przedruk: *Terapia oparta na mentalizacji w leczeniu pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline — ocena efektów po 8 latach od rozpoczęcia badania*. *Med. Prakt.* 2010; 2: 89–93.