

MENTALIZACJA. CZ. 1: WPROWADZENIE DO ZAGADNIENIA, WYMIARY MENTALIZACJI

MENTALIZATION. PART 1: INTRODUCTION, DIMENSIONS OF MENTALIZATION

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

**mentalization
attachment
theory of mind**

Artykuł omawia pojęcia związane z koncepcją mentalizacji i akcentuje jej odniesienia do filozofii, nauk społecznych, odmiennych od siebie szkół psychoterapii, a także do współczesnej neuronauki. Szerzej przedstawią tę koncepcję we współczesnym ujęciu proponowanym przez P. Fonagy'ego i współpracowników; wyjaśniając mechanizm powstania deficytów zdolności do mentalizacji w powiązaniu z teorią przywiązania jako źródła zaburzeń osobowości. Autor przedstawia wyczerpująco wymiary do opisu konstruktów mentalizacji ilustrując je przykładami.

Summary: In this article, the author presents a review of a construct of mentalization as it is developed by P. Fonagy and his collaborators. Mentalizing is the process of making sense of mental states in oneself and other persons in terms of subjective states (e.g. wishes, desires, beliefs) and mental processes. The concept of mentalization is rooted in the attachment theory and theory of mind (ToM). Mentalization is assessed by the measure of the reflective function.

Mentalizacja

Rozwijana od początku lat 90. teoria mentalizacji Petera Fonagy'ego jest stosunkowo nowym, zorientowanym psychoanalitycznie modelem wyjaśniającym prawidłowy i nieprawidłowy rozwój osobowości. Odwołuje się do akcentowanej przez Fairbairna dziecięcej potrzeby ustanowienia libidynalnej relacji z obiektem. Początkowo służyła wyjaśnianiu mechanizmu powstania zaburzenia osobowości borderline w celu poprawy efektywności leczenia tej grupy pacjentów. Jednakże zdaniem M. Target zniekształcenie mentalizacji może być obserwowane na wszystkich poziomach patologii charakteru i dlatego nie można pominąć emocjonalnych i poznawczych następstw utraty możliwości mentalizowania stanów umysłu własnego i innych ludzi, ponieważ mogą one być źródłem poważnych następstw zdrowotnych. Dlatego metoda ta została zaadaptowana do leczenia szerszej grupy pacjentów — z zaburzeniami odżywiania się, depresją, osobowością dyssocjalną, kryzysem adolescencyjnym i innymi [1, 2, 3, za: 4]. W pismach psychoanalitycznych pojęcie mentalizacji w różnych i nie zawsze zgodnych ze współczesnym ujęciem, proponowanym przez P. Fonagy'ego, pojawiało się już od lat 60. ubiegłego wieku. W polskiej literaturze przedmiotu pisano na temat mentalizacji w ujęciu P. Fonagy'ego relatywnie niewiele. Artykuł M. Marszał ujmuje mentalizację jako wielowymiarowy konstrukt użyteczny do opisu i wyjaśniania zaburzeń osobowości [5]. W latach 2010 i 2009 w dwóch przedrukach opublikowanych w „Medycynie Praktycznej” referowano badania nad skutecznością

leczenia pacjentów borderline metodą opartą na mentalizacji (mentalization-based treatment, MBT). W pierwszym [6] oceniano efekty leczenia po 8 latach od jego rozpoczęcia, w drugim [7] opisano przebieg leczenia pacjentki z tym zaburzeniem, prowadzonego przez amerykańskiego psychiatrę i psychoanalityka J. Gundersona, komentowano kluczowe aspekty leczenia z perspektywy terapii skoncentrowanej na przeniesieniu (transference-focused psychotherapy, TFP), opracowanej przez Otto F. Kernberga i współpracowników, oraz z perspektywy MBT. Jako że artykuł M. Marszał koncentruje się na zastosowaniu teorii mentalizacji do próby opisu i wyjaśnienia zaburzeń osobowości, a artykuły J. Gundersona, A. Batemana i O. Kernberga [7], z komentarzem Cezarego Żechowskiego, oraz A. Batemana i P. Fonagy'ego [6], z komentarzem Gustawa Sikory, opisują metodę terapii MBT, warto zatem w nieco szerszym kontekście przedstawić samo pojęcie mentalizacji i porównać je z pojęciami bliskoznacznymi, scharakteryzować jej wymiary oraz sposoby oceny. W części pierwszej artykułu skupię się na ogólnej charakterystyce mentalizacji oraz na jej wymiarach. W części drugiej opiszę neuronalne i neurofizjologiczne podłoże mentalizacji, przedmentalizacyjne tryby myślenia oraz sposoby oceny mentalizacji.

Mentalizacja jest typowo ludzką wyobraźniową aktywnością umysłową umożliwiającą spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu, takich jak potrzeby, pragnienia, uczucia, wierzenia, przekonania, cele, zamiary, przyczyny, powody itp. [4, 8]. Zdolność do mentalizacji odgrywa fundamentalną rolę w codziennym życiu, przede wszystkim umożliwiając i ułatwiając rozumienie zdarzeń społecznych i tworzenie więzi interpersonalnych, poszukiwanie współpracowników i pomocników. Zdolność ta nie tylko poprawia komfort życia, ale może decydować o zdrowiu, a nawet fizycznym przetrwaniu, gdy człowiek będzie umiał adekwatnie rozpoznać stany psychiczne innego człowieka sygnalizujące zagrożenie płynące z jego strony. Jej deficyt może być uogólnionym markerem psychopatologii: autyzmu, poważnych patologii osobowości (borderline, osobowość dyssocjalna, zaburzenia odżywiania się) i innych problemów emocjonalnych. Zdaniem A. Leslie, H. Wimmera i J. Pernerera oraz S. Barona-Cohana i wsp. [za: 9, 10] autystyczne dzieci nie są zdolne przypisywać innym fałszywych przekonań. Nie rozumieją zatem, że ich przekonania mogą być różne od przekonań innych osób i dlatego nie mogą przewidywać zachowania tych osób na podstawie ich stanów psychicznych [za: 9, 10]. Pacjenci z zaburzeniami osobowości typu borderline (borderline personality disorder, BPD) wykazują zmniejszone możliwości mentalizowania prowadzące do trudności z regulacją emocji i w radzeniu sobie z impulsywnością, szczególnie w kontekście relacji interpersonalnych [1].

W przeglądzie literatury na ten temat Lecours i Bouchard [za: 2] odnotowali, że mentalizacja oznacza wewnątrzpsychiczny proces transformacji pierwotnie nieokreślonych wrażeń somatycznych w stopniowo coraz bardziej zorganizowane wyobrażenia, idee i słowa, które następnie mogą być modyfikowane, wiązane i komunikowane. Mentalizacja jest konstruktem używanym zarówno przez psychologów rozwoju, jak i psychoanalitików, a zasięg tego pojęcia obejmuje liczne konstrukty bliskoznaczne, wliczając w to S. Barona-Cohana „ślepotę umysłu” (mind blindness), inteligencję emocjonalną, wgląd, racjonalność, wyobraźnię oraz Premacka i Woodruffa teorię umysłu (theory of mind, ToM), do której konstrukt mentalizacji jest zbliżony zakresem, ale od której jest jednak szerszy w tym znaczeniu, że teoria mentalizacji dostarcza modelu rozwoju psychicznego we wczesnym

dzieciństwie w aspekcie rozwoju relacji przywiązania i rozwoju self jednostki. Ponadto w odróżnieniu od ToM teoria mentalizacji stworzyła podstawę do wypracowania użytecznego modelu praktyki terapeutycznej. Innymi pojęciami pokrewnymi, choć czasem stosowanymi zamiennie, są: postawa intencjonalna (intentional stance), poznanie społeczne (social cognition), refleksyjność, „reprezentacja” i „symbolizacja”, lub „tworzenie symbolu” czy „wtórne procesy umysłowe”, a także W. Biona „funkcja alfa” i D. Winnicotta „przestrzeń potencjalna”. W postaci, którą opisuję w tym artykule, koncepcję mentalizacji zastosowano do poznania i wyjaśnienia mechanizmu powstania zaburzenia osobowości typu borderline i na tej podstawie opracowano metodę leczenia tego zaburzenia — terapię opartą na mentalizacji [1, 2, 11, 12].

Z uwagi na źródła pochodzenia i swoją złożoność, pojęcie to znajduje się na pograniczu psychoanalizy i terapii poznawczo-behawioralnej, kognitywistyki, filozofii i współczesnej neuronauki. Głównymi twórcami tej metody są Peter Fonagy, Anthony Bateman, Jon Allen i liczni współpracownicy [1, za: 2]. Teoria mentalizacji jest osadzona w teorii przywiązania i kontynuuje myśl J. Bowlby’ego, M. Main i M. Ainsworth. W obszarze filozofii nawiązuje do teorii umysłu i teorii mechanizmu umysłowego (theory of mind mechanism, ToMM), której czołowymi reprezentantami są D. Premack i G. Woodruff, A.M. Leslie, D.C. Dennett i S. Baron-Cohen [za: 2, 12]. Z obszaru współczesnej neuronauki odwołuje się do systemu podwójnego wzbudzenia (dual-arousal system), zwanego również modelem procesu dualnego (dual-process model) Amy F.T. Arnsten rozwinętym przez Lindę C. Mayes [za: 13, 14]. Tacy autorzy, jak Fonagy, Bateman, Allen i inni konsekwentnie stoją na stanowisku, że zdolność mentalizacji jest tworem dynamicznym, kształtowanym w procesie rozwoju w relacji z opiekunami, zależy od nabytych umiejętności i podlega nieustannym wpływom środowiska, czyli że jest ściśle powiązana z poziomem aktualnie doświadczanego stresu i pobudzenia emocjonalnego w kontekście do aktywowanego systemu przywiązania [14, 15].

W języku angielskim termin „mentalize”, po polsku „mentalizować”, w słowniku Oxford English Dictionary po raz pierwszy pojawił się w wydaniu z roku 1906. Tamże odnotowano, że po raz pierwszy użyto tego słowa już w roku 1807, a po raz pierwszy w odniesieniu do kategorii psychologicznej zastosował je profesjonalnie nestor amerykańskiej psychologii G. Stanley Hall w roku 1885 w kontekście konstrukcji systemu edukacyjnego w USA. Współcześnie OED nadaje dwa znaczenia temu pojęciu — po pierwsze oznacza ono: tworzyć i przedstawiać sobie w umyśle, wyobrażać sobie lub nadawać jakość mentalną, psychiczną czemuś; po drugie: stymulować myślenie lub pobudzać do myślenia [8].

Ujmując zagadnienie chronologicznie, w roku 1991 P. Fonagy, w artykule zatytułowanym „Myśląc o myśleniu” [za: 2], użył pojęcia mentalizacji do opisu „zdolności pojmowania świadomych i nieświadomych stanów umysłu swoich i innych” [3]. Mentalizacja jest jawną (explicit) i niejawną (implicit) percepcją i interpretacją zachowań innych ludzi oraz swoich własnych jako intencjonalnych i celowych. Mentalizowanie jest ważnym aspektem poznania społecznego [16], przy czym niektórzy autorzy, jak C.D. Frith [17], pojęcie poznania społecznego ograniczają do obserwowania i kontrolowania siebie, pojęcie zaś mentalizacji odnoszą do tych samych procesów, ale w odniesieniu do innych ludzi [za: 4, 14]. Na poznanie społeczne, obok mentalizacji, składa się reprezentacja i regulacja emocji, kontrolująca funkcja uwagi (attentional control) oraz system podwójnego wzbudzenia.

Reprezentacja i regulacja emocji powstaje w procesie odzwierciedlenia przez opiekunów stanów psychicznych dziecka. Odzwierciedlenie to musi być z jednej strony adekwatne w czasie, przestrzeni i treści, z drugiej zaś — nieco przekształcone, przejawione czy uwypuklone, by dziecko mogło je rozpoznać jako własne uczucia, a nie uczucia opiekuna po to, by mogło odróżnić swoje uczucia od uczuć opiekuna. To umożliwia dziecku zinternalizowanie reprezentacji odzwierciedlających jego własne doświadczenia, które pierwotnie pochodzą od opiekunów i tworzą w jego umyśle system reprezentujący jego własne stany wewnętrzne, tzw. reprezentacje drugiego rzędu (second-order representation), umożliwiające definiowanie i nadawanie znaczenia stanom psychicznym, ale także atrybuowanie ich u innych i przypisywanie innym osobom zamiarów, przekonań oraz stanów emocjonalnych, które mogą być różne od jego własnych stanów. Gdy odzwierciedlenie nie spełnia powyższych warunków, powstaje nieadekwatny system reprezentacji stanów wewnętrznego pobudzenia, który osłabia możliwość kontroli i regulacji emocji [14].

Dziecko rozwija kontrolującą funkcję uwagi i zdolność do samoregulacji w procesie modelowania tych procesów przez opiekunów. Obserwując aktywność regulacyjną swoich rodziców i za pośrednictwem tzw. wspólnej uwagi (joint attention) samo przyswaja funkcje samoorganizujące. Samokontrola i internalizacja zdolności regulacyjnych są osadzone we wzajemnej empatii, wrażliwości i gotowości do współpracy istniejącej między dzieckiem i jego opiekunami [14, 18].

Z regulacją stresu i pobudzenia związana jest aktywacja i dezaktywacja systemu przywiązania. Fonagy, Luyten i Strathearn [za: 13] 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, co w wymiarze psychicznym oznacza „przełączenie” mentalizacji kontrolowanej na mentalizację automatyczną; a w przypadku jego dalszego narastania aktywizują się przedmentalizacyjne tryby myślenia. Proces regulacji stresu i wzbudzenia nie jest tworem jednorodnym. Składają się na niego liczne, także zróżnicowane pod względem neurochemicznym i współpracujące ze sobą, układy neuronalne regulujące specyficzne oraz niespecyficzne funkcje korowe i podkorowe w przedczołowych i tylnych częściach mózgu. Także funkcje wykonawcze (zarządzające) (executive functions), w których aktywności pośredniczy kora przedczołowa — obejmujące między innymi planowanie, pamięć operacyjną i inne — oraz procesy czuwania, na przykład selektywna uwaga, w których aktywności z kolei uczestniczą obszary kory potylicznej mózgu, są regulowane przez dwa różniące się neurochemicznie systemy pobudzenia [za: 14]. Gdy rośnie poziom aktywacji, początkowo funkcje kory przedczołowej usprawniają działanie kontroli uwagowej, kontroli wysiłkowej (effortfull control), planowania i organizacji, a także pamięci operacyjnej i mentalizacji kontrolowanej. Jednakże w sytuacji, gdy pobudzenie w dalszym ciągu narasta, kora przedczołowa przechodzi w stan „wyłączenia” („offline”), a aktywizują się bardziej zautomatyzowane, niejawne procesy mentalizacyjne zorganizowane wokół funkcji sprawowanych przez tylne korowe i podkorowe ośrodki mózgu. Punkt przełączania będzie odgrywał istotną rolę w procesie terapii opartej na mentalizacji, ponieważ jednym z zadań terapeuty będzie utrzymywanie pacjenta na pograniczu stanu przełączania mentalizacji z kontrolowanej na automatyczną. Autorzy porównują ten stan do chemicznego procesu miareczkowania (titrate). W przypadku psychoterapii chodzi o to, by nieustannie monitorować stan równowagi

między emocjonalnym zbliżaniem się i oddaleniem od pacjenta po to, by nie zwiększać aktywności systemu przywiązania, grożącej stanami konfuzji i zmieszania, ani poziomu pobudzenia, gdyż oba te zjawiska „przełączą” jego funkcjonowanie na tryby niementalizacyjne — opiszę je w drugiej części artykułu. Natomiast utrzymywanie zbyt dużego dystansu do pacjenta może nasilić w nim uczucia odrzucenia i prowokować wczesne porzucenie terapii [15, 19].

Wytworzenie prawidłowej zdolności mentalizowania jest ściśle uzależnione od jakości relacji przywiązania we wczesnym dzieciństwie. Bateman, Fonagy i Luyten [14] twierdzą, że rozumienie zachowania innych ludzi w kategoriach ich prawdopodobnych myśli, uczuć, życzeń, pragnień jest osiągnięciem w części wrodzonym, ale w części nabytym w trakcie rozwoju, a przyswojenie tej zdolności zależy od jakości relacji przywiązania, w szczególności relacji wczesnego przywiązania i stopnia, w jakim nasze subiektywne doświadczenie było adekwatnie odzwierciedlane przez opiekunów. To właśnie jakość odzwierciedlania afektu odgrywa kluczową rolę w rozwoju procesów regulacji emocji i samokontroli, włączając w to zdolność do mentalizacji, mechanizmy uwagi i czynnik kontroli wysiłkowej. Zaburzenie lub przerwanie relacji wczesnego przywiązania i/lub późniejsza trauma mogą potencjalnie zakłócić zdolność do mentalizacji i powiązanego z nią rozwoju spójnej struktury self. Zdolność mentalizowania ma aspekty zarówno „cechy”, jak i „stanu”, różniące się w zakresie jakości w relacji do pobudzenia emocjonalnego i kontekstu interpersonalnego.

Wymiary mentalizowania

Mentalizacja jest konstruktem wielowymiarowym, który na przestrzeni lat ulegał modyfikacjom i rozbudowie. Początkowo Fonagy i Bateman [za: 2] w obrębie tej definicji wyróżnili trzy wymiary mentalizowania — pierwszy odnosił się do dwóch trybów funkcjonowania: implicit (niejawny) i explicit (jawny), drugi odwoływał się do dwóch obiektów: self i inni, trzeci zaś był powiązany z aspektem poznawczym i afektywnym. W najnowszych publikacjach zmieniono nazwę wymiaru „implicit — explicit” na: mentalizacja automatyczna – mentalizacja kontrolowana (automatic — controlled) oraz dodano czwarty wymiar: skupiona na cechach wewnętrznych — skupiona na cechach zewnętrznych (internally focused – externally focused) [2, 14, 16].

Wymiar mentalizacja automatyczna — kontrolowana

Najbardziej podstawową różnicą leżącą u podłoża mentalizacji jest wymiar: automatyczna vs. kontrolowana. Rozróżnienie między automatycznym a kontrolowanym poznaniem społecznym w psychologii społecznej i kognitywistyce istniało od dawna, ale niedawno zostało uwzględnione w teorii mentalizacji. Mentalizowanie jawne, kontrolowane lub „explicit”, odzwierciedla seryjny, sekwencyjny i przez to względnie powolny, typowo werbalny proces, który wymaga refleksji, uwagi, intencji, świadomości i wysiłku. W przypadku mentalizacji niejawnej, automatycznej lub „implicit”, przeciwnie — przetwarzanie odbywa się w sposób równoległy (parallel) i dlatego jest znacznie szybsze. Jest to czynność typowo odruchowa, a zatem nie wymaga uwagi, zamiaru, intencji, świadomości i wysiłku. W codziennych interakcjach mentalizacja jest przeważnie automatyczna, ponieważ

w większości sytuacji interpersonalnych polegamy na zautomatyzowanych i nierefleksyjnych założeniach dotyczących nas samych, innych osób oraz nas w relacjach z innymi, a w dającej poczucie bezpieczeństwa relacji przywiązania poleganie na automatycznej mentalizacji jest zjawiskiem normalnym, bowiem bardziej refleksyjne przetwarzanie nie jest potrzebne; co więcej, w niektórych sytuacjach, na przykład w razie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, tam, gdzie wymagana jest decyzja typu „walcz lub uciekaj”, mentalizowanie kontrolowane mogłoby przynieść więcej szkody niż pożytku [14, 16]. Przykładem mentalizacji niejawnej może być przywołana przez Jona Allena [za: 20] swobodnie rozwijająca się konwersacja, podczas której bez zamierzonej i rozmyślnej refleksji prowadzący ją naturalnie i automatycznie utrzymują stan umysłu partnera rozmowy we własnym umyśle oraz sprawnie przewidują, kiedy będzie on chciał zabrać głos [19]. W trybie kontrolowanym mentalizacja jest w znacznej części świadoma, a jej ilustracją może być przebieg sesji psychoterapii, gdy terapeuta pracuje w świadomy i zamierzony sposób nad wyobrażeniem sobie stanów umysłu pacjenta, co więcej — także pacjenta zachęca do świadomego skupienia uwagi na procesach zachodzących w nim samym, w jego umyśle. Choć oba tryby określają dwa przeciwległe bieguny procesu mentalizowania, to jednostki mogą oscylować między nimi lub używać ich równoległe, gdyż nie wykluczają się one wzajemnie, ani nie są całkiem nie powiązane ze sobą. Przykładowo, terapeuta może być świadomy stanów umysłu pacjenta, ale może też być bardziej nieświadomy i w intuicyjny sposób emocjonalnie, empatycznie dostrojony do niego. W aspekcie rozwojowym dzieci przyswajają zdolność do mentalizowania, gdy zintegrują tryby mentalizowania automatycznego i kontrolowanego oraz rozumieją wewnętrzne doświadczenie i zewnętrzną rzeczywistość jako „powiązane, lecz odrębne” (linked but separate) [2].

Badania Liebermana i Mayes [za: 16] pokazują, że stres lub pobudzenie ułatwiają mentalizację automatyczną, jednocześnie spowalniając systemy neuronalne związane z mentalizacją kontrolowaną. To może wyjaśniać obserwowaną przez klinicystów wzmoczoną wrażliwość emocjonalną u pacjentów borderline, gdy znajdując się w stanie podwyższonego pobudzenia emocjonalnego w znacznym stopniu lub całkowicie tracą zdolność mentalizowania kontrolowanego. Jednakże, paradoksalnie, w tym samym czasie wydają się szczególnie dostrojeni do stanów umysłu otaczających ich osób, co można wyjaśnić niskim progiem aktywacji mentalizacji automatycznej. Niemniej, z powodu osłabienia mechanizmu mentalizacji kontrolowanej, prawdopodobnie będą mieli duże trudności ze zrozumieniem stanów umysłu swoich i innych.

Wymiar: self — inni

Mentalizujemy, gdy zastanawiamy się i zdajemy sobie sprawę z tego, co zachodzi w naszym umyśle i w umysłach innych ludzi. Mentalizujemy, aby zrozumieć własne zachowanie i reakcje emocjonalne, gdy zadajemy sobie pytania: „Dlaczego to zrobiłem?” czy też „Jak mogłem być tak naiwny, by pożyczyć mu pieniądze, gdy bardzo dobrze wiem o tym, że całkowicie nie można na nim polegać” [przykłady za: 19]. Mentalizujemy na temat motywów, intencji, doznań i przeżyć innych ludzi. „Czy bardzo zraniło ją to, że do niej nie zadzwoniłem, choć wiedziałem, jak bardzo jej na tym zależy?”. Zdolność odróżniania „Ja” od „nie-Ja” jest podstawą formowania poczucia odrębności i podmiotowości oraz

umożliwia rozumienie zdarzeń społecznych. W odniesieniu do obiektów mentalizowania, to znaczy siebie i innych osób, Fonagy, Bateman i Luyten [14] proponują oceniać deficyty mentalizacji uwzględniając trzy scenariusze. Po pierwsze należy określić, czy uszkodzona jest zdolność mentalizowania jednocześnie w odniesieniu do siebie i do innych. Po drugie należy zbadać, czy istnieje znaczący brak równowagi pomiędzy mentalizowaniem dotyczącym nas samych i innych. Po trzecie wreszcie — należy określić, czy istnieje brak równowagi w odmiennych sposobach mentalizowania na swój temat i innych.

Pierwszy typ uszkodzenia może mieć charakter bardziej globalny. Fonagy i wsp. [14] formułują założenie, że zarówno struktura self, jak i zdolność jednostki do mentalizacji rozwijają się w kontekście relacji przywiązania, gdy dziecko obserwuje, odzwierciedla i internalizuje zdolność opiekuna do tworzenia reprezentacji stanów wewnętrznych i do refleksji nad nimi. W ten sposób zarówno mentalizowanie na swój temat, na przykład aktywność ego obserwacyjnego, jak i mentalizowanie na temat innych ludzi będą ze sobą powiązane. Istnieją schorzenia, w których upośledzeniu zdolności mentalizowania na swój temat, czyli głębokiemu zaburzeniu tożsamości i rozpadowi struktury self, towarzyszy niezdolność mentalizowania na temat innych, jak to się dzieje w przypadku psychoz czy zaburzenia osobowości typu borderline.

Drugi typ uszkodzenia jest mniej globalny i cechuje się brakiem równowagi w zakresie mentalizowania nas samych i innych, z wyraźną przewagą dla jednego z krańców kontinuum. Ów brak równowagi może dla odmiany odzwierciedlać proces kompensacyjny, gdy upośledzeniu zdolności mentalizowania na jednym biegunie towarzyszy wzmożone mentalizowanie na drugim biegunie. Ilustracją mogą być pacjenci z zaburzeniem osobowości dyssocjalnej (antisocial personality disorder, ASPD), którzy mogą sobie świetnie radzić z „czytaniem umysłów” (mind-reading) innych ludzi, a jednocześnie mieć duże trudności z rozumieniem własnych stanów psychicznych. Ilustracją braku równowagi na tym wymiarze mentalizowania, ale z przewagą swoistej „nadczynności” mentalizowania na swój temat, mogą być osoby o rysie paranoicznym, narcystycznym lub obsesyjnym, wykazujące cechy nadmiernego angażowania się w świat swoich przeżyć, co w skrajnym nasileniu może przyjąć cechy hipermentalizacji. Bezpośredni kontakt z nimi może dać złudne wrażenie, że są to osoby wyposażone w zdawałoby się wyjątkowe zdolności do autorefleksji. Jednak przy głębszej analizie owe zdolności okazują się przeintelektualizowaniem i są odszczępione od emocjonalnej rzeczywistości pacjenta. Jednakże w tym samym czasie osoby te mogą przejawiać zupełny brak zainteresowania lub brak zdolności refleksowania stanów psychicznych innych osób [za: 14].

Wyniki badań z zakresu neuroobrazowania sugerują, że wyobrażanie sobie stanu umysłu drugiego człowieka jest oparte na tych samych strukturach neuronalnych, na jakich opiera się rozpoznawanie własnych uczuć i myśli. Trzecia grupa deficytów mentalizowania w wymiarze „Ja—Inni” wynika z dwóch różnych dróg nabywania wiedzy o innych i sobie, przy czym każda z tych dróg wydaje się powiązana z inną siecią neuronalną. O ile pierwszy układ neuronalny przyczynia się do naśladowania i imitowania zachowań innych osób i do wspólnego z innymi dzielenia ich wrażeń i doświadczeń, głównie na poziomie cielesnym, sensorycznym, o tyle drugi odpowiada za odróżnianie siebie od innych ludzi [za: 14, 16].

Pierwszy system neuronalny, czołowo-ciemieniowy układ neuronów lustrzanych (frontoparietal mirror neuron system), sprawia, że jednym z fundamentalnych mechanizmów pozwalających rozumieć doświadczenia, działania i emocje innych ludzi jest bezpośrednie ich obserwowanie i uczestniczenie w nich. Jeden i ten sam, oparty na wspólnych układach neuronalnych, mechanizm, odpowiada za obserwowanie, reprezentowanie czyichś wrażeń, emocji i działań oraz za odtwarzanie ich przez obserwującego, mentalizującego podmiot, a odczuwanie z innymi tych samych wrażeń i emocji oraz przenoszenie działań i emocji innych ludzi na własne działania i odczucia tworzy intuicyjny, specyficzny wgląd w psychikę innych osób obserwowanych przez podmiot. Przykładem może być nieświadoma imitacja gestów partnera rozmowy, czyli tzw. efekt kameleona, czy pokusa ziewania, odczuwana, gdy ziewa obserwowana przez nas osoba. Rozwijana przez V. Gallesego teoria ucieleśnionej symulacji [za: 20] ilustruje, jak tworzące schemat ciała doznania somomotoryczne mogą być podstawą wiedzy o odczuciach, zamierzeniach i przekonaniach innych ludzi [za: 14, 16].

Drugi układ neuronalny przetwarza informacje dotyczące nas samych i innych w bardziej abstrakcyjny i symboliczny sposób i prawdopodobnie to on odgrywa kluczową rolę w odróżnianiu własnych doświadczeń od doświadczeń innych ludzi. Ten system pojawia się później w rozwoju; na jego powstanie w większym stopniu wpływają rozwijające się relacje interpersonalne i w większym zakresie jest on oparty na doświadczeniach [14]. Rozumienie stanów psychicznych innych osób oznacza uznanie, że mają one odrębny od naszego umysł, pragnienia, myśli i uczucia i to ujęcie jest zbliżone do teorii umysłu oraz poznawczych składników empatii; oznacza bardziej abstrakcyjny system polegający na symbolicznym myśleniu o stanach psychicznych innych ludzi i odzwierciedla proces, który w większym zakresie podlega świadomej kontroli. Druga droga, prowadząca do poznania innych jest bardziej sensoryczna, cielesna i zautomatyzowana, eksplorowana w badaniach nad afektywnymi składnikami empatii i systemem neuronów lustrzanych, reaguje na bodźce zewnętrzne: wygląd, gesty, zachowanie (exteriors). W prawidłowo przebiegającym procesie rozwoju, interpretując i rozpoznając intencje innych uczymy się odróżniać ich doświadczenia od własnych doświadczeń i nabywamy zdolności „odprzegania” (decoupling) bezpośredniej aktywacji korespondujących ze sobą reprezentacji motorycznych. W ten sposób tworzymy zdolność stopniowego hamowania reakcji i zachowań imitujących zachowania i reakcje innych, po to, by w efekcie tworzyć poczucie odrębności i tożsamości.

Wymiar: mentalizacja poznawcza vs. afektywna

Trzeci wymiar konstruktów mentalizacji odnosi się do aspektów poznawczych i afektywnych. Prawidłowa i pełna mentalizacja polega na integracji składników emocjonalnych i poznawczych. S. Baron-Cohen i wsp. [za: 16] zaproponowali model wyjaśniający rozwój neuropsychologicznych prekursorów tego wymiaru. Wyróżnili mechanizm teorii umysłu (ToMM), umożliwiający tworzenie reprezentacji stanów epistemicznych i przewidywanie zachowania innych ludzi, oraz mechanizm TESS (the empathising system), czyli system empatyzacji, przede wszystkim umożliwiający empatyczną reakcję na stan emocjonalny drugiego człowieka, ale także wspierający wyjaśnianie i atrybuowanie zachowań. System ToMM przetwarza informacje o charakterze poznawczym (tzw. M-reprezentacje) o kon-

strukcji: „podmiot — ustosunkowanie — stwierdzenie” (agent — attitude — proposition) i odpowiada za powstanie przekonania typu „Matka — wierzy, że to Janek — zjadł ciastka” („Mother — believes Johnny — took the cookies”). Natomiast mechanizm TESS o konstrukcji „self — stan emocjonalny — stwierdzenie” (self — affective state — proposition) pośredniczy w przetwarzaniu materiału o charakterze emocjonalnym (tzw. E-reprezentacji), czyli zdań o treści „Przykro mi — że dotknęło cię — to, co powiedziałem” („I’m sorry — you feel hurt — by what I said”). Baron-Cohen i wsp. wysuwają hipotezę, że w prawidłowych warunkach system TESS zawsze wytworzy taką E-reprezentację — czyli stan emocjonalny powstały na skutek obserwowania stanu emocjonalnego drugiego człowieka — że emocje podmiotu będą spójne, zgodne ze stanem emocjonalnym innego człowieka i dlatego w umyśle podmiotu nie powstanie reprezentacja o treści „Cieszę się, że cierpisz” („I’m pleased that you are in pain”). Takie rozwiązanie jest podstawą empatii, współczucia i altruizmu, i przyczynia się do wzbudzenia potrzeby niesienia pomocy. W przypadku zaburzenia mechanizmu TESS, przy sprawnie działającym mechanizmie ToMM, jak to może mieć miejsce w zaburzeniu osobowości dyssocjalnej, jednostka będzie wprawnie rozpoznawała stany emocjonalne drugiej osoby, lecz nie będzie odczuwała poczucia winy oraz współczucia. Natomiast w przypadku autyzmu mamy prawdopodobnie do czynienia z jednoczesnym uszkodzeniem obu mechanizmów. Zatem aktywność mentalizacyjna może być w różnym stopniu skupiona na treściach poznawczych i naładowana afektywnie. Ponadto istnieją poznawcze i afektywne aspekty procesu mentalizowania, wymaga ono bowiem posiadania umiejętności poznawczych umożliwiających jednostce wyobrażanie sobie stanów umysłu w sposób prawdopodobny, elastyczny i całościowy [za: 14, 16, 20, 21].

Wymiar: mentalizacja skupiona na wewnętrznych vs. zewnętrznych cechach naszych i innych (internally focused-externally focused)

Mentalizujemy zastanawiając się nad stanem emocjonalnym drugiej osoby: „Czy mówiąc to (co przed chwilą powiedziałem) zraniłem jej uczucia?”. Wnioskujemy o stanach emocjonalnych i procesach psychicznych zachodzących u innych na podstawie tonu ich głosu, mimiki, postawy ciała, grymasów i gestów. Mentalizacja może skupiać się na rzeczywistości wewnętrznej, a mianowicie na myślach, uczuciach i doświadczeniach naszych i innych ludzi, ale może być skupiona na obserwowalnych cechach zewnętrznych oraz na działaniach i zachowaniu. Wymiar ten różni się od wymiaru self-inni tym, że mentalizacja skoncentrowana na elementach psychicznych może być zorientowana zarówno na self, jak i na innych. Podobnie jak w przypadku mentalizacji automatycznej vs. kontrolowanej badania z zakresu neuroobrazowania wskazują, że inne komponenty neuronalne są zaangażowane w wymiar wewnętrzny — zewnętrzny i pozwalają wyjaśnić, dlaczego w przypadku pacjentów borderline istnieją luki w zdolności mentalizowania z wykorzystaniem wewnętrznych i zewnętrznych źródeł informacji o stanach psychicznych. Zdolność ta jest nabywana w procesie interakcji z opiekunem, gdy dziecko może obserwować, odzwierciedlać i zinternalizować jego potencjał do reprezentowania i odzwierciedlania swoich stanów psychicznych, a płynne korzystanie z całego wymiaru jest istotnym składnikiem poznania społecznego. W zakresie zdolności mentalizowania na podstawie cech wewnętrznych vs. zewnętrznych istnieje charakterystyczna i znacząca różnica między pacjentami

borderline a pacjentami z zaburzeniami osobowości aspołecznej. Zaobserwowano, że pacjenci borderline mogą wykazywać niezdolność „czytania stanu umysłu” (mind-reading) czy charakterystyczną „ślepotę umysłu” (mind-blindness), czyli mieć trudności w adekwatnym rozpoznawaniu stanów wewnętrznych innych oraz ich motywów, co jest procesem angażującym wnioszkowanie z cech wewnętrznych, ale jednocześnie mogą być nadmiernie wrażliwi emocjonalnie w reakcji na obserwowany wyraz twarzy, mimikę czy gesty, będące przejawem mentalizowania na podstawie cech zewnętrznych. Na przykład mogą doświadczać stanów konfuzji, złości czy lęku, gdy zaobserwują znudzoną, poirytowaną czy rozbawioną minę terapeuty. Natomiast pacjenci z zaburzeniem osobowości dysocjalnej mogą nie mieć zdolności odczytywania strachu, bojaźni z twarzy innych, a być wprawni w odczytywaniu stanów wewnętrznych i wykorzystywać te umiejętności do manipulowania innymi. Z kolei osoby o cechach narcystycznych mogą nie dostrzegać znudzenia czy zniecierpliwienia na twarzy rozmówcy, ale jednocześnie mogą być szalenie zaabsorbowani jego wyobrażeniami na swój temat, co wtórnie może je doprowadzić do hipermentalizowania. Wyniki badań pozwalają połączyć ten wymiar mentalizowania z wymiarem: mentalizacja automatyczna vs. kontrolowana. Otóż mentalizacja oparta na cechach zewnętrznych — naszych i innych — jest procesem mniej kontrolowanym i bardziej odruchowym, natomiast mentalizacja skupiona na cechach wewnętrznych angażuje bardziej aktywną i kontrolowaną refleksję [2, 14, 16].

Inne aspekty procesu mentalizacji

W publikacjach opisujących mentalizację pojawiają się czasem inne, „nieformalne” aspekty jej procesu, jak na przykład wymiar czasu. Można mentalizować w odniesieniu do specyficznych stanów psychicznych doświadczanych aktualnie oraz do stanów psychicznych doświadczanych w przeszłości: „Teraz, gdy się uspokoiłem, myślę, że jej uwagi krytyczne miały mi pomóc, a nie zdeprecjonować mnie”. Można także mentalizować antycypując przyszłe procesy i stany psychiczne: „Jeśli nie powiadomię jej o swoim spóźnieniu, będzie się niepokoiła, a ja będę się czuł winny” [przykład za: 19, 22]. Inną cechą mentalizowania może być elastyczność vs. sztywność. Elastyczne mentalizowanie może świadczyć o braku poważnych zaburzeń emocjonalnych, podczas gdy mentalizowanie cechujące się sztywnością może być charakterystyczne dla osób z zaburzeniami paranoidalnymi, wykazującymi sztywną hipermentalizację w odniesieniu do własnych stanów psychicznych z jednoczesnym brakiem rozumienia innych ludzi, czemu może towarzyszyć nie poddające się perswazji przeżywanie innych jako mających złe zamiary.

Piśmiennictwo

1. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9 (1): 11–15.
2. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 1127–1135.
3. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psycho-Anal.* 1991; 72: 639–656.

4. Weinberg E. Mentalization, affect regulation, and development of the self. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2006; 54: 251–269.
5. Marszał M. Mentalizacja jako konstrukt wielowymiarowy w wyjaśnianiu mechanizmu powstawania i przejawiania się zaburzeń osobowości. *Poznańskie Forum Kognitywistyczne* 2010; 5: 141–146.
6. 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.
7. Gunderson JG, Bateman A, Kernberg O. Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of „Ellen”. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164 (9): 1333–1339. Przedruk: Terapia psychodynamiczna pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline — alternatywne spojrzenia. *Historia „Ellen”*. *Med. Prakt.* 2009; 3: 69–80.
8. 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.
9. Frith CD, Frith U. Implicit and explicit processes in social cognition. *Neuron* 2008; 60(3): 503–510.
10. Kiczuła A. Deficyt teorii umysłu w autyzmie: przegląd aktualnych badań. *Sztuka Lecz.* 2007; XIV(1–2): 47–58.
11. 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.
12. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalization. *Phil. Trans. Royal Society* 2003; 358: 459–473.
13. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Inf. Ment. Health J.* 2011; 32(1): 47–69.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Frith CD. The role of metacognition in human social interactions. *Phil. Trans. Royal Society* 2012; 367: 2213–2223.
18. Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing and borderline personality disorder. *J. Ment. Health.* 2007; 16(1): 83–101.
19. Bateman AW, Fonagy P. Individual techniques of the basic model. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 67–82.
20. Allen JG. Psychoeducation. Appendix. W: Allen JG, Fonagy P, Bateman AW, red. *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008, s. 311–322.
21. Białęcka-Pikul M. *Narodziny i rozwój refleksji nad myśleniem*. Kraków: WUJ; 2012.

22. 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.
23. Bateman AW, Fonagy P. Antisocial personality disorder. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalization in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 289-308.

E-mail: adamczyk@wp.pl