

Monika Jańczak

MENTALIZACJA W PRAKTYCE KLINICZNEJ — PERSPEKTYWA PSYCHODYNAMICZNA

MENTALIZATION IN CLINICAL PRACTICE — PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE

Instytut Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza

mentalization

Transference Focused Psychotherapy psychodynamic psychotherapy

Streszczenie

Celem artykułu jest próba zintegrowania obszarów: pracy klinicznej, wiedzy teoretycznej i badań naukowych w kontekście najnowszych ujęć mentalizacji. Teoretyczną i praktyczną bazą dla rozważań nad mentalizacją jest koncepcja organizacji osobowości Otto Kernberga i opisany przez niego system psychoterapii dla pacjentów z patologią osobowości — psychoterapii opartej na przeniesieniu, Transference Focused Psychotherapy (TFP). W artykule podejmuję problematykę diagnozy poziomu mentalizacji pacjentów wraz z uwzględnieniem poziomu organizacji osobowości, a także opisuję możliwe zaburzenia mentalizacji pojawiające się w relacji pacjenta i terapeuty (pseudomentalizację, konkretną mentalizację i brak mentalizacji). Przedstawiam także najnowsze badania nad mentalizowaniem w kontekście psychoterapii psychodynamicznej, dotyczące dwóch jego aspektów: jako funkcji terapeuty i pacjenta. Ostatnia część artykułu odnosi się do znaczenia mentalizacji jako czynnika leczącego w terapii TFP. Wnioski: Mentalizowanie można traktować jako pewną niezależną postawę, metazałożenie terapii, w dalszej kolejności stosując techniki wynikające z konkretnego paradygmatu. Psychoterapia psychodynamiczna w swoich założeniach ma zapewnić maksymalny komfort mentalizowania zarówno dla pacjenta, jak i terapeuty.

Summary

The aim of the article is to try to integrate the clinical work, theoretical knowledge, and scientific research in the context of the latest mentalization theories. The theoretical and practical basis for considerations on mentalization is Otto Kernberg's concept of personality organization and the psychotherapy system for patients with personality pathology — Transference Focused Psychotherapy (TFP). In the article, the issue of diagnosis of patients' mentalization along with the level of personality organization is discussed. Possible mentalization disorders appearing in the patient-therapist relation (pseudomentalization, concrete mentalization and lack of mentalization) are also described. Moreover, the latest research on mentalization in the context of psychodynamic psychotherapy is presented, concerning two aspects of mentalization: as the function of the therapist and the patient. The last part of the article refers to the importance of mentalization as a therapeutic factor in TFP. Conclusions: Mentalizing can be seen as a certain independent attitude, a specific meta-theoretical basis of the therapy, followed by techniques resulting from a specific paradigm. Psychodynamic psychotherapy is intended to provide maximum comfort of mentalizing for both the patient and the therapist.

Wprowadzenie

Inspiracją do napisania tego artykułu jest chęć zintegrowania i nadania formy trójkątowi: praca kliniczna–wiedza teoretyczna–badania naukowe w obszarze mentalizacji. O ile wydaje się, że badania nad mentalizowaniem mają ugruntowaną pozycję w polskiej i światowej literaturze, to wciąż — poza publikacjami głównego nurtu, a więc pracami Fonagy’ego, Allena i zespołu — niewiele jest pozycji pokazujących, w jaki sposób korzystać z tego dorobku podczas pracy z pacjentami. Teoretyczną i praktyczną bazą dla rozważań nad mentalizacją będzie koncepcja organizacji osobowości Otto Kernberga i opisany przez niego system psychoterapii dla pacjentów z patologią osobowości — psychoterapii opartej na przeniesieniu, *Transference Focused Psychotherapy (TFP)*, jako jeden z popularnych nurtów psychoterapii psychodynamicznej uprawianych w Polsce, opisywany zarówno w kontekście klinicznym, jak i badawczym [1].

Definicja i analiza znaczeniowa pojęcia mentalizacji była przedstawiana w polskiej literaturze wielokrotnie. Po najbardziej kompletne opracowanie odsyłam Czytelnika do książki pod redakcją Cierpiałkowskiej i Górskiej [2]. Na potrzeby tego artykułu przedstawię jedynie najważniejsze elementy, które składają się na definicję pojęcia mentalizacji. Mentalizowanie to w większości nieświadomy, wyobraźniowy proces psychiczny, który polega na rozpoznawaniu i rozumieniu zachowań własnych i innych osób jako wynikających z intencjonalnych stanów umysłowych. Wiąże się z podstawową zdolnością do różnicowania między rzeczywistością wewnętrzną i zewnętrzną oraz tworzenia reprezentacji stanów umysłowych własnych i innych osób. Jest to więc proces przekształcania niementalnego w mentalne jako przeciwieństwo, np. *acting-outów* czy somatyzacji, najbardziej „namacalnych” przejawów niementalizowania. Jedną z funkcji mentalizacji jest wyjaśnianie i nadawanie znaczenia zachowaniom. Jednak oprócz ważnej roli dla funkcjonowania interpersonalnego, podkreśla się jej aspekt intrapsychoiczny związany z procesami samoregulacyjnymi; mentalizacja jest związana ze zdolnością do regulacji emocji oraz z utrzymywaniem spójnego obrazu *self*. Dojrzała, optymalna mentalizacja zakłada świadomość symbolicznej i dynamicznej natury stanów umysłowych oraz stałą motywację do ich rozpoznawania, a także zdolność do stosowania zaawansowanych strategii regulacji w odpowiedzi na trudne doświadczenie. Ważnym elementem mentalizacji jest tzw. zdolność do decentracji, a więc do opisywania stanów mentalnych innych osób niezależnie od własnej perspektywy i zaangażowania w relację z osobą, „o której” się mentalizuje. Jest związana ze zdolnością do dystansowania się od egocentrycznej perspektywy wyznaczonej treścią własnych wewnętrznych doświadczeń. Reasumując, można wymienić trzy zasadnicze funkcje mentalizacji: 1) nawigacja w świecie społecznym, 2) nawigacja we własnym świecie wewnętrznym, 3) regulowanie świata społecznego i wewnętrznego oraz utrzymywanie adekwatnego połączenia między nimi. Wydaje się oczywiste, że mentalizowanie ma duże znaczenie dla procesu psychoterapii, zarówno z perspektywy terapeuty, jak i pacjenta. Co ważne, mentalizacja jest procesem interakcyjnym i w kontekście psychoterapii przejawia się dwojako: z jednej strony jako funkcja terapeuty, z drugiej — jako funkcja pacjenta.

Mentalizowanie jest jednym z głównych zadań psychoterapeuty podczas sesji. W gabinecie mentalizujemy siebie, pacjenta, a także „metamentalizujemy” mentalizację i brak mentalizacji, którego doświadczamy i który przejawia się w relacji terapeutycznej. Men-

talizowanie jest niezbędnym elementem wszystkich profesjonalnych działań terapeuty. Używamy mentalizacji, kiedy rozumiemy uczucia pacjenta związane z jego historią i doświadczeniami, którymi się dzieli oraz wtedy, kiedy pomagamy pacjentowi uzyskać rozumienie zachowań innych ludzi, zwłaszcza wzmacniając jego zdolność do decentracji. Mentalizujemy, kiedy diagnozujemy obszary problemowe i omawiamy je z pacjentem, a także kiedy monitorujemy własne uczucia przeciwprzeniesieniowe i używamy ich w celu pomocy pacjentowi. Mentalizacja działa, kiedy potrafimy zatrzymać się i zastanowić nad tym, co dzieje się na sesji, nawet w obliczu silnego pobudzenia emocjonalnego pacjenta i/lub własnego.

Z kolei po stronie pacjenta mentalizacja uruchamia się od pierwszych chwil w gabinecie, kiedy wyjaśnia on powód zgłoszenia się na terapię. Pacjent mentalizuje, kiedy opowiada swoją historię wraz z uwzględnieniem relacji z innymi ważnymi osobami, kiedy omawia stosunek tych osób do siebie i do problemu oraz kiedy rozpoznaje własne emocje i myśli na temat omawianych doświadczeń. Wreszcie, pacjent uruchamia mentalizację, kiedy szuka przyczyn i powiązań między objawami, myślami, emocjami a zachowaniami swoimi i innych oraz kiedy zastanawia się nad relacją terapeutyczną i osobą terapeuty.

Ten krótki opis nie wyczerpuje wszystkich sytuacji, w których dochodzi do mentalizowania w relacji pacjenta i terapeuty. Nietrudno zauważyć, że nie jest to nowe zjawisko w psychoterapii, co zresztą wielokrotnie podkreślają Fonagy i Bateman [3]. Jak mówią autorzy terapii opartej na mentalizacji (Mentalization-Based Treatment, MBT) mentalizowanie od zawsze było nieodłącznym elementem psychoterapii w każdym paradygmacie. W odniesieniu do psychoterapii psychodynamicznej Barreto i Matos [4] wskazują na dwa główne ośrodki badawcze zajmujące się mentalizacją: z jednej strony na kanadyjskich autorów skupionych wokół Marca-André Boucharda, związanych z freudowską psychoanalizą, bazujących na koncepcji Biona [5]; z drugiej na brytyjski zespół Petera Fonagy'ego, odwołujący się do ujęcia rozwojowego, neuropsychologii i teorii poznania społecznego [3]. I chociaż to tej drugiej grupie można przypisać obserwowany od dwudziestu lat rozkwit koncepcji mentalizacji na całym świecie, to trudno oprzeć się wrażeniu, że łatwiej znaleźć odniesienia do założeń współczesnej i klasycznej psychoanalizy w pracach zespołu Boucharda. Z kolei zespół Kernberga od początku plasuje się niejako na uboczu głównego nurtu, jednocześnie w wielu miejscach integrując pojęcie mentalizacji ze swoimi założeniami. Autor ten w dwóch przytoczanych niżej tekstach bezpośrednio odnosi się do mentalizacji i dyskutuje jej miejsce we współczesnej teorii relacji z obiektem [6, 7].

Diagnoza mentalizacji w kontekście indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej

Mentalizowanie na różnych poziomach organizacji osobowości

W literaturze psychodynamicznej opisuje się zazwyczaj zaburzoną mentalizację jako jeden z ważniejszych przejawów patologii występującej u pacjentów z osobowością typu borderline [2, 3, 8]. Na podstawie dostępnej literatury można także stawiać pewne hipotezy na temat mentalizowania osób psychotycznych i neurotycznych, z pewnością wymagają one jednak kolejnych weryfikacji empirycznych.

Psychotyczna organizacja osobowości (OOP)

Chociaż w ciągu ostatnich lat z koncepcji Kernberga właściwie zniknęła OOP na rzecz funkcjonalnych psychoz, to zdecydowałam się na opisanie w tym miejscu grupy pacjentów psychotycznych jako tych, którzy wyróżniają się zaburzonym testowaniem rzeczywistości. Jak dotąd jedynym badaniem, w którym określano poziom mentalizacji¹ osób w kryzysie psychotycznym były badania McBeth i in. [9] obejmujące 34 osoby hospitalizowane podczas pierwszego rzutu psychozy. Średni poziom mentalizacji osób w tej grupie okazał się niski, nie był to jednak poziom najniższy z możliwych, który mówiłby o całkowitym braku mentalizacji. Głębokość zaburzeń mentalizacji wykazała jednak związek ze stylem przywiązania badanych osób — osoby z unikającym stylem przywiązania prezentowały najniższe poziomy mentalizacji, łącznie ze stanem całkowitego deficytu. Jest to bardzo ciekawy wynik wskazujący na niejednorodność osób z diagnozą zaburzeń psychotycznych w kontekście deficytów mentalizowania. Pozostaje pytanie otwarte, jak rozumieć tę obserwację w kontekście poziomów organizacji osobowości — nie można wykluczyć, że poziom organizacji osobowości badanych osób był różny. Mimo że brakuje badań nad poziomem mentalizacji u osób psychotycznych w ujęciu psychodynamicznym, to dysponujemy szeroką literaturą na temat deficytów mentalizacji rozumianej jako teoria umysłu lub zdolności metapoznawcze (przegląd badań w: [10]). Z badań tych wyłania się obraz poważnego deficytu zdolności do mentalizowania, istnieją jednak wątpliwości co do stałego charakteru tych zaburzeń. Chociaż są badania wskazujące na ich przemijający charakter zależny od nasilenia symptomów psychozy, to jednak większość doniesień wskazuje na stałe obniżenie zdolności do mentalizacji u pacjentów psychotycznych, które przejawia się zarówno podczas aktywnej psychozy, jak i w okresie remisji [10]. Biorąc pod uwagę cytowane badania oraz doświadczenia kliniczne terapeutów pracujących z osobami psychotycznymi, można stwierdzić, że grupa osób psychotycznych jest zróżnicowana pod względem zdolności do mentalizacji. Wniosek ten znajduje odzwierciedlenie w zmieniającym się w czasie rozumieniu pacjentów psychotycznych w koncepcji Kernberga [11]. Podaje on w wątpliwość istnienie strukturalnych kryteriów OOP, co pozwala podkreślić heterogeniczność tej grupy pacjentów, także pod względem towarzyszącej psychozie strukturze osobowości, która może przejawiać się na różnych poziomach organizacji. Można wnioskować, że z jednej strony obserwuje się pewną grupę pacjentów psychotycznych przejawiających poważny deficyt zdolności do mentalizacji; z drugiej zaś zróżnicowaną grupę pacjentów z objawami psychozy, których struktura osobowości może być lepiej zintegrowana, a co za tym idzie — ich mentalizacja mniej zaburzona (np. pacjenci borderline z przejściową regresją psychotyczną). Osoby z pierwszej grupy to pacjenci, którzy nie mają zdolności do refleksji nad umysłem niezależnie od zewnętrznych czynników: okoliczności; osoby, o której mentalizują (tzn., czy jest to, np. partner romantyczny czy przypadkowa osoba, np. sprzedawca w sklepie). Zgodnie z modelem deficytu osoby te cechują się brakiem pewnych funkcji odpowiedzialnych za mentalizację, ponieważ w toku ich rozwoju doszło do zablokowania procesów odpowiedzialnych za jej odpowiednie funkcjonowanie.

¹ Chodzi o mentalizację w rozumieniu psychodynamicznym, takim jak przyjęte w artykule — tutaj mierzoną jako funkcja refleksyjna w Wywiadzie Przywiązania Dorosłych.

W konsekwencji nie mają zdolności do uznania symbolicznej natury stanów umysłowych. W przeżyciu takiej osoby stany mentalne są doznawane w sposób realny, jako „rzecz”, a uczucia i myśli znaczą tyle, co ich fizyczne skutki; albo są doświadczane jako zupełnie oderwane od rzeczywistości. Obniżony poziom mentalizacji u tych osób można często traktować jako pewną stałą cechę osobowości, niepodlegającą zmianom w zależności od kontekstu. Z drugiej strony jednak, istnieje duża grupa pacjentów z objawami psychozy, którzy pod względem zdolności do mentalizacji będą funkcjonować podobnie jak osoby z organizacją osobowości borderline.

Organizacja osobowości borderline (OOB)

Istnieje wiele badań nad mentalizacją i pokrewnymi funkcjami (poznaniem społecznym, teorią umysłu) w grupie osób z zaburzeniami osobowości, jednak większość z nich dotyczy zaburzenia osobowości borderline, co w oczywisty sposób ogranicza możliwość generalizowania wniosków na całą OOB. Niemniej istnieją także badania, które odnoszą się stricte do OOB w rozumieniu Kernberga [2, 8, 12]. Najbardziej ogólny wniosek z tych badań brzmi następująco: osoby z organizacją borderline prezentują różny poziom mentalizacji w zależności od wielu czynników (sposobu pomiaru, momentu i kontekstu pomiaru, cech osoby badanej) [por. 13]. Z jednej strony grupa osób OOB jest niejednorodna pod względem poziomu mentalizacji — z pewnością istnieje potrzeba kolejnych badań w tym obszarze, które podejmą próbę opisanie tych różnic z użyciem takich zmiennych, jak: rodzaj przywiązania, rodzaj symptomów i diagnozy nozologicznej, specyficzne doświadczenia w ciągu życia (np. trauma lub korektywna relacja na którymś etapie życia). Z drugiej strony, na podstawie badań i dostępnej literatury można wnioskować, że zaburzenia mentalizacji u osób z OOB mają naturę konfliktową, a nie deficytową, co jest powodem zmienności kontekstowej poziomu mentalizacji u tych osób. Inaczej mówiąc, mentalizowanie osób borderline jest funkcją dynamiczną i płynną, która w zależności od różnych czynników może w odmienny sposób przejawiać się u tej samej osoby — aktywacja wewnętrznych struktur związanych z mentalizacją może powodować jej wzmocnienie, osłabienie lub nawet zupełne zablokowanie. Mówiąc językiem teorii Kernberga, w zależności od aktywacji lub dezaktywacji określonych diad self-objekt, połączonych z konkretnym afektem, dochodzi do specyficznej dla danej osoby — w odniesieniu do tej diady — ekspresji poziomu zdolności do mentalizacji. Można więc wyobrazić sobie sytuację, w której pacjent OOB stosuje masywne zniekształcenia w odniesieniu do stanów umysłu własnych i innego, ale tylko w obrębie niektórych relacji z obiektem, aktywowanych np. w relacji z terapeutą i partnerem romantycznym. Tymczasem w innym kontekście, związanym z brakiem pobudzenia lub z pobudzeniem innej diady (np. doświadczanej przez pacjenta jako dobrej i bezpiecznej), zniekształcenia te mogą zupełnie nie wystąpić albo przyjąć inną, mniej destrukcyjną formę.

Neurotyczna organizacja osobowości (OON)

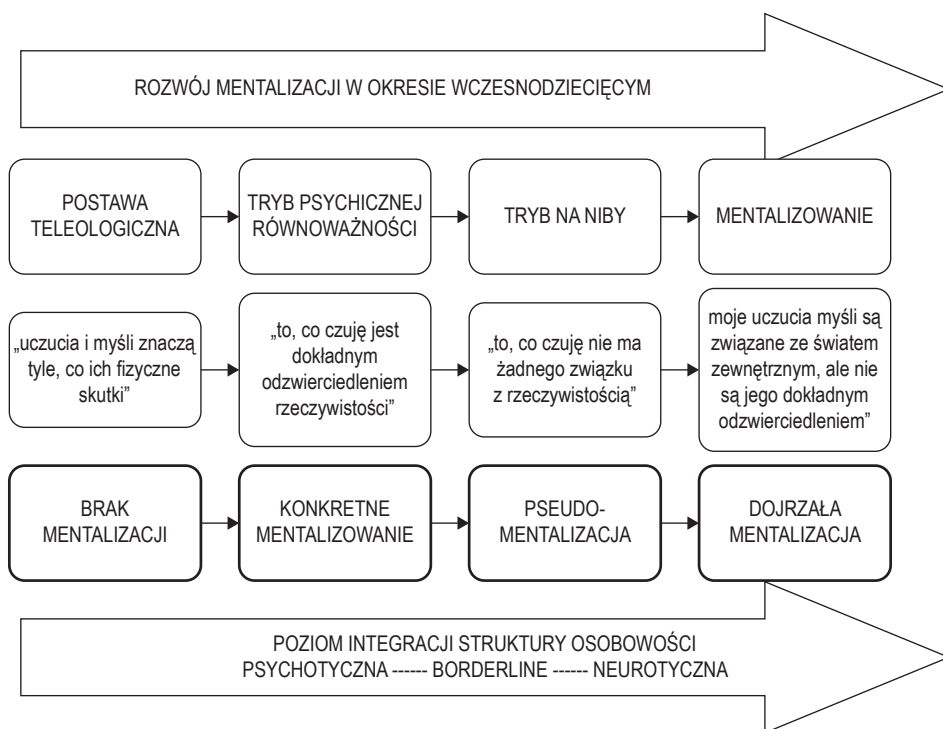
Skonsolidowana tożsamość i względny brak prymitywnych mechanizmów obronnych powodują, że pacjenci z OON mają dobrze rozwiniętą zdolność do autorefleksji oraz rozumienia symbolicznej natury myśli i stanów psychicznych, co sprawia, że ich zdolność do mentalizacji charakteryzuje się względną dojrzałością. Według Kernberga dojrzała mentali-

zacja jest związana z osiągnięciem określonych kroków rozwojowych związanych właśnie z konsolidacją tożsamości i zdolnością do nawiązywania relacji opartych na zależności i wdzięczności. Jak dotąd w literaturze rzadko podejmowano temat mentalizowania osób neurotycznych. Wstępne badania dotyczące osób z organizacją osobowości wyższą niż borderline wskazują, że mogą one prezentować pewne przejściowe problemy w zakresie mentalizowania [14]. Z pewnością potrzeba większej liczby badań w tym obszarze, można jednak założyć, że osoby z OON charakteryzują się względnie wysokim poziomem zdolności do mentalizacji, co przejawia się w trafnym i adekwatnym wnioskowaniu o stanach mentalnych własnych i innych ludzi w większości sytuacji. Mogą się jednak pojawiać pewne trudności w mentalizowaniu, które nie mają chronicznego charakteru i przyjmują postać przejściową, najczęściej wywołaną silnym stresem lub pobudzeniem emocjonalnym. Pozostają one jednak wyizolowane do szczególnego obszaru trudności danego pacjenta, a więc pojawiają się jedynie w obszarze rozpoznanym jako konfliktowy (np. mogą przejawiać się w kontekście zawodowym, ale nie w bliskiej relacji, lub odwrotnie).

Różne oblicza zaburzonej mentalizacji obserwowane w relacji pacjent — terapeuta

Chociaż zaburzenia mentalizacji mogą przyjmować bardzo różne i złożone formy, to korzystając z klasyfikacji Fonagy'ego i zespołu użytecznie można wyróżnić ich trzy duże grupy. Są to: brak mentalizacji (pochodna trybu teleologicznego), konkretne mentalizowanie (pochodna trybu równoważności psychicznej) oraz pseudomentalizacja (pochodna trybu „na niby”) [Ryc. 1 na str. 11]. Występują one u osób z zaburzoną strukturą osobowości, a więc u osób psychotycznych i z osobowością borderline, a także przejściowo u osób neurotycznych. Zgodnie z modelem rozwojowym, patologiczne tryby mentalizacji pierwotnie powstały na wczesnych etapach rozwoju dziecka i w tamtym momencie miały funkcję adaptacyjną, jednak z czasem powinny zostać zastąpione dojrzałą mentalizacją [3]. U osób z zaburzeniami mentalizacji utrzymują się nadal w dorosłym życiu i są źródłem obserwowanych trudności w funkcjonowaniu intra- i interpersonalnym. W literaturze opisuje się je jako „tryby”, sposoby doświadczania wewnętrznego świata, co oddaje ich globalną naturę i fakt, że warunkują i dominują funkcjonowanie emocjonalne i relacyjne osób z patologią osobowościową.

Pseudomentalizacja bywa trudna do rozpoznania w trakcie psychoterapii, szczególnie jej rodzaj określony przez Fonagy'ego jako pseudomentalizacja przesadna (*overactive mentalization*). W takiej sytuacji możemy paradoksalnie obserwować u pacjenta wysoki poziom elaboracji i wyrażania stanów umysłu, nie jest on jednak związany z refleksją nad nimi i pełni jedynie funkcję utrzymania obronnego dystansu do własnego doświadczenia. Ten rodzaj pseudomentalizacji możemy rozpoznać, kiedy mimo długiej, czasem skomplikowanej, pełnej metafor i dygresji opowieści pacjenta na temat jego przeżyć, terapeuta pozostaje z uczuciem pustki, zdezorientowania, zagubienia i często z niezdolnością do empatyzowania z doświadczeniem pacjenta. Taki sposób funkcjonowania na sesjach bywa charakterystyczny dla pacjentów narcystycznych i obsesyjno-kompulsyjnych, którzy mogą poświęcać wiele czasu i wysiłku, zarówno na sesji, jak i poza nią, na analizowanie swoich emocji i doświadczeń, ich analiza jest jednak oparta na mechanizmach izolacji i nie prowadzi do wglądu, a raczej do impasu w terapii i poczucia frustracji u pacjenta i terapeuty.



Ryc. 1 Zaburzenia mentalizacji obserwowane w psychoterapii

Często w służbie takiej prymitywnej mentalizacji działają bardziej dojrzałe mechanizmy obronne, takie jak intelektualizacja i racjonalizacja.

Innym rodzajem pseudomentalizacji jest pseudomentalizacja destrukcyjnie nietrafna (*destructive inaccurate mentalization*). Jest ona stosunkowo łatwa do rozpoznania ze względu na swój wrogi i destrukcyjny charakter. Pacjent nie podejmuje próby rozpoznania prawdziwych stanów mentalnych terapeuty, za to zastępuje je dowolnie innymi, jednocześnie wierząc w ich prawdziwość i czując się tak, jakby były prawdziwe (a więc stosuje identyfikację projekcyjną). Przejawia się to najczęściej w postawie pełnej oskarżeń, roszczeniowości i agresji. Nieco mniej destrukcyjny charakter ma pseudomentalizacja intruzyjna (*intrusive mentalization*), w której pacjent jest pewien, że „wie”, co czuje i myśli terapeuta, jednak ta wiedza opiera się jedynie na projekcjach pacjenta i jest odporna na wątpliwości czy refleksję nad trafnością tego doświadczenia.

Z kolei *konkretne mentalizacja* to zrównanie rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej w przeżyciu pacjenta — jego doświadczenie psychiczne staje się zewnętrznym faktem. To, co pacjent czuje, jest prawdziwe i uzasadnione, ponieważ potwierdza to intensywność i realność jego doświadczenia; „jeśli czuję, że mój terapeuta mnie zaniedbuje, to tak rzeczywiście jest”. Myśli i uczucia nie są hipotetyczne, nie podlegają modyfikacjom, są jednoznaczne i pewne. Konkretne mentalizowanie przejawia się najczęściej pod postacią

paranoidalnego przeniesienia, kiedy terapeuta jest stale przeżywany jako wrogi i niezaspokajający. Pacjent nie ma możliwości opracowania i poddania refleksji zalewającego, przejmującego doświadczenia zagrożenia oraz doznaje intensywnych, negatywnych stanów emocjonalnych tak, jakby były rzeczywistością, a wszystko, co robi terapeuta, utwierdza go w tym przerażającym doświadczeniu. Innym przejawem konkretnego mentalizowania jest przeniesienie narcystyczne, z ekspresją wielkościowego self pacjenta, która w równie destrukcyjny sposób uniemożliwia realne doświadczenie relacji terapeutycznej.

Ostatni rodzaj zaburzenia mentalizacji opisany przez Fonagy'ego to *brak mentalizacji*, a więc w pewnym sensie zaprzeczenie istnienia wewnętrznego świata psychicznego własnego i innych ludzi. Działania rozumiane są jako ich fizyczne skutki, podczas gdy stany wewnętrzne nie odgrywają żadnej roli w rozumieniu i interpretacji zachowania. Emocje i myśli istnieją tylko wtedy, kiedy zostaną wyrażone w działaniu. Pacjent nie ma możliwości opracowania własnego doświadczenia, może jedynie pozbywać się go, np. pod postacią acting-outów (samookaleczeń, prób samobójczych, wybuchów agresji). Podobnie terapeuta jest doświadczany w taki sposób, jaki wynika z jego fizycznych działań i ich skutków („jeśli nie masz dla mnie dodatkowego terminu, to znaczy, że chcesz się mnie pozbyć”). Jest to najbardziej pierwotny przejaw zaburzeń mentalizowania.

Diagnoza poziomu mentalizacji pacjenta w procesie konsultacyjnym

Ważnym punktem wyjścia do pracy nad mentalizacją jest rozpoznanie poziomu mentalizacji pacjenta, co stanowi jeszcze jeden element składający się na całościową diagnozę psychodynamiczną dokonywaną podczas konsultacji. Chociaż Kernberg nie odnosi się bezpośrednio do poziomu mentalizacji w swoich kryteriach diagnostycznych poziomu organizacji osobowości, a mentalizowanie zdaje się przenikać większość wyróżnionych przez niego kryteriów strukturalnych, to najbardziej bezpośrednio mentalizacji dotyczy aspekt testowania rzeczywistości społecznej. Podobnie jak w przypadku mentalizacji, u zdrowej osobowości testowanie rzeczywistości zazwyczaj jest stabilne, podczas gdy u osób neurotycznych może czasowo obniżać się w obszarach konfliktu, u osób borderline bywa poważnie zaburzone, szczególnie w określonych bliskich relacjach, a u osób psychotycznych jest zaburzone zarówno w aspekcie społecznym, jak i tym niedotyczącym relacji [11]. Diagnoza mentalizacji w trakcie psychoterapii może przebiegać dwojako — albo w sposób mniej ustrukturyzowany, kiedy zdolność do mentalizowania pacjenta ocenia się niejako post factum na podstawie zdobytych podczas sesji informacji na temat jego funkcjonowania i w oparciu o ogólne wrażenia w kontakcie z pacjentem i jego historią, albo w sposób intencjonalny i bardziej formalny, kiedy terapeuta zadaje pacjentowi pytania dedykowane rozpoznaniu jego zdolności do mentalizacji. Takiej celowej diagnozy mentalizacji można dokonać także w oparciu o wywiad strukturalny Kernberga [15], ponieważ pytania odnoszące się do reprezentacji relacji z obiektem oraz tożsamości dają bardzo dobry materiał do oceny mentalizacji, zarówno w aspekcie dotyczącym self, jak i innych. Innym sposobem, użytecznym we wstępnej ocenie poziomu mentalizacji pacjenta, może być prośba o opisanie przykładowej konfliktowej relacji między pacjentem a bliską mu osobą (jest to procedura wykorzystywana w badaniach naukowych, jednak może być użyteczna także w kontekście klinicznym [por. 8]). Oceniając odpowiedzi pacjenta na takie otwarte

pytania można stwierdzić, czy i w jaki sposób odnosi się on do stanów mentalnych, czy rozpoznaje i stara się zrozumieć stany mentalne własne i innych, czy ma zdolność do de-centracji, czy ma motywację do mentalizowania, czy używa wiedzy o stanach mentalnych do regulacji własnego zachowania i relacji interpersonalnych? Czy można zaobserwować wskaźniki przedmentalizacyjnych trybów funkcjonowania, np. nadmierną pewność co do stanów mentalnych innych osób lub skłonność do dawania pustych, intelektualizowanych opisów własnego wewnętrznego doświadczenia?

W dalszej kolejności te ogólne pytania można uzupełnić o bardziej konkretne, ogniskujące się na doprecyzowaniu poziomu zdolności do rozpoznawania stanów mentalnych (co czuje/myśli pacjent i co czują/myślą osoby, o których opowiada?), zdolności do tworzenia powiązań między emocjami, myślami a zachowaniem (dlaczego coś czuje/myśli?, czy w opowieści istnieje perspektywa przyczynowo-skutkowa?), a także ogólnego poziomu integracji wewnętrznego doświadczenia (czy można zrozumieć jego wewnętrznego doświadczenie i empatyzować z nim?, czy pacjent buduje spójną narrację, odwołując się do sprzeczności i dynamicznej natury stanów umysłowych?). Ostatnim etapem jest ocena, w jaki sposób pacjent radzi sobie z trudnym doświadczeniem, czy stosuje prymitywne strategie regulacji, takie jak np. acting-outy i unikanie czy bardziej zaawansowane, takie jak używanie wiedzy o stanach mentalnych innych osób do regulowania kontekstu intra- i interpersonalnego [por. 16]. Taka całościowa diagnoza mentalizacji pacjenta na początkowym etapie terapii może mieć dużą wartość diagnostyczną w rozumieniu różnicowej diagnozy poziomu organizacji osobowości, zwłaszcza w przypadkach, w których trudno jest dokonać klasyfikacji. Pomaga też dostosować interwencje terapeutyczne do poziomu mentalizowania pacjenta, co może przyczynić się do ich lepszego dopasowania, a tym samym większej skuteczności w procesie leczenia.

Zastosowanie teorii mentalizacji w psychoterapii indywidualnej w kontekście pracy z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem

Badania nad mentalizowaniem w relacji pacjent — terapeuta

W literaturze dotyczącej teorii relacji z obiektem znacznie częściej zajmowano się ujęciem mentalizacji jako pewnej funkcji terapeuty i psychoterapii, niż jako określonej zdolności pacjenta. Badania wskazują na istotny związek między wysoką zdolnością do mentalizacji terapeutów i lepszym efektem psychoterapii psychodynamicznej [17], a także na użyteczność krótkiego treningu mentalizowania dla lepszego radzenia sobie niedoświadczonych terapeutów w pracy z trudnymi pacjentami z diagnozą borderline [18]. Co ciekawe, według wstępnych badań Diamond i in. [19], poziom mentalizacji terapeuty różni się w zależności od pacjenta — więc mentalizacja w terapii to efekt interakcji, coś dynamicznego i specyficznego dla danej relacji terapeutycznej, a nie tylko dla danego terapeuty.

Już w latach 90. kanadyjski zespół badaczy [20] wyodrębnił trzy poziomy mentalizowania terapeutów definiowane jako sposoby radzenia sobie ze stanami mentalnymi podczas sesji, z czego dwa pierwsze uruchamiane są jako strategie obronne przed lękiem związanym z aktywowanym przeniesieniem. Pierwszy to styl o b i e k t y w n o - r a c j o - n a l n y, w którym terapeuta staje się zdystansowanym obserwatorem relacji z pacjentem i pozostaje niezaangażowany emocjonalnie, skupiając się na teoretycznych kategoriach

i odwołując się do ogólnej wiedzy psychoterapeutycznej, pozostając niejako bez kontaktu i odniesienia do tego konkretnego pacjenta. Utrzymywanie się takiego obronnego intelektualnego dialogu prowadzi do impasu w terapii i powinno być w porę zauważone w procesie superwizji. Drugim nieoptymalnym sposobem mentalizowania terapeuty jest styl reaktywny, w którym terapeuta jest nieświadomym uczestnikiem gry przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej i staje się niezdolny do rozumienia mechanizmów odgrywanych w relacji, poddając się identyfikacji projekcyjnej i odgrywając prymitywne stany aktywowane w przeciwprzeniesieniu; może czuć złość i irytację wobec pacjenta, a także przybrać postawę pełną krytycyzmu [20]. Nadrzędnym celem staje się pozbycie trudnych stanów emocjonalnych, zamiast uznania ich i poddania analizie. Tutaj terapeuta jest „zbyt blisko”, podczas gdy w stylu obiektywno-racjonalnym był „zbyt daleko” od doświadczenia pacjenta.

Przeciwieństwem tych dwóch obronnych stylów jest styl refleksyjny, czyli mentalizacja sensu stricte. Terapeuta jest zarówno zaangażowanym uczestnikiem, jak i trafny obserwator relacji terapeutycznej, zdolnym do kontenerowania i opracowywania trudnego doświadczenia pacjenta. Podstawową aktywnością terapeuty jest doświadczenie, refleksowanie, przekształcanie i nadawanie znaczenia wewnętrznemu doświadczeniu [4]². Co ciekawe, badania wykazują, że to mniej doświadczeni terapeuci częściej stosują styl refleksyjny w porównaniu z bardziej doświadczonymi terapeutami [21]. Klasyfikacja dokonana przez zespół Boucharda znalazła potwierdzenie w badaniach Rizq i Target [22]. Inną, ciekawą klasyfikację poziomów mentalizowania terapeutów opracowali także Barreto i Matos [4], którzy opisali pięć sposobów rozumienia procesu psychoterapeutycznego przejawiających się w sposobie opowiadania terapeuty o sesji po jej zakończeniu.

W kilku badaniach sprawdzano także zmiany poziomu zdolności do mentalizacji pacjenta w przebiegu psychoterapii opartej na przeniesieniu. Wyniki wskazują, że TFP powoduje istotny wzrost tego poziomu, w odróżnieniu od innych terapii będących przedmiotem badania [19, 23, 24]. Co ważne, poprawa w zakresie mentalizacji była związana z postępującą integracją poziomu organizacji osobowości.

Opisane w tym punkcie badania pokazują, że z jednej strony praca z przeniesieniem w szczególny sposób oddziałuje na poprawę zdolności do mentalizacji pacjentów, z drugiej zaś — nadaje szczególne miejsce mentalizowaniu jako funkcji dobrego terapeuty i tym samym jest ważnym mechanizmem związanym ze skutecznym leczeniem.

Mentalizacja jako czynnik leczący w psychoterapii opartej na przeniesieniu

Kernberg [7] rozumie pracę nad mentalizacją jako rozbudowanie jednego ze specyficznych mechanizmów zmiany w psychoterapii psychodynamicznej, a mianowicie budowania realistycznego obrazu self i innych osób oraz integrowania reprezentacji self i obiektu. W trakcie terapii dochodzi do odtworzenia specyficznych dla danego pacjenta zaburzeń mentalizacji w sytuacji aktywowania określonych reprezentacji self-obiekt-afekt. Następnie

² Później wyróżniono jeszcze dwa style mentalizacji w ramach stylu reaktywnego (dojrzałe i prymitywne mechanizmy obronne) oraz opisano konkretny styl mentalizowania, w którym nie ma świadomości własnego umysłu [5].

zostają one rozpoznane i omówione jako część relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej. Jest to niezbędny wstęp do dalszych interwencji nastawionych na zmianę zinternalizowanych reprezentacji self-obiekt. W innej swojej pracy Kernberg [6] nazywa ten postępujący proces interpretacyjny wprost „fazami rozwoju mentalizacji”. Skupienie się na mentalizacji jest tutaj znaczącym elementem prowadzącym do pogłębionej interpretacji, nie zastępuje jej jednak ani nie przejmuje jej funkcji. Ponadto, w trakcie terapii — dzięki mentalizowaniu — poprzez empatyczną i cierpliwą postawę w wyjaśnianiu stanów psychicznych pacjenta dochodzi do ciągłej klaryfikacji jego doświadczenia, co nadaje „poznawczą ramę dla emocjonalnego doświadczenia” [7, s. 63] i skutkuje wyregulowaniem gwałtownych i intensywne przeżyć w relacji z terapeutą. „Trening” mentalizacji to pierwszy krok prowadzący do uznania, że terapeuta i pacjent mają odrębne i różne umysły, a doświadczenie tych różnic nie musi oznaczać końca relacji. Oprócz funkcji katalizowania i umożliwiania procesu interpretacji, lepsza zdolność do mentalizacji staje się też cennym nabytkiem dla pacjenta jako niezbędny element związany z regulowaniem własnego świata wewnętrznego i interpersonalnego. Pacjent stopniowo nabywa i wzmacnia zdolność do mentalizacji wtedy, kiedy jest w stanie przywołać przeciwne stany self w momencie silnego pobudzenia emocjonalnego na sesji [7], czyli kiedy pod wpływem interpretacji zmniejsza się siła rozszczepienia. Prawidłowe mentalizowanie według Kernberga to zdolność do autorefleksji nawet w warunkach intensywnych negatywnych stanów emocjonalnych. Pacjent, który to potrafi, jest już pacjentem o zintegrowanej strukturze osobowości.

Podsumowując miejsce mentalizacji w TFP można wyróżnić przynajmniej trzy obszary jej przejawiania się: 1) mentalizacja terapeuty jako konieczny warunek kontenerowania stanów pacjenta podczas sesji, 2) mentalizowanie w relacji pacjent — terapeuta jako wstęp do interpretacji, 3) wzrastająca mentalizacja pacjenta jako narzędzie integrowania i regulowania własnego doświadczenia. Odnoszą się one kolejno do mentalizacji jako funkcji psychoterapeuty, mentalizacji jako interakcji między pacjentem a terapeutą oraz do mentalizacji jako pewnej ważnej autonomicznej zdolności pacjenta³.

Podsumowanie

Mentalizowanie można traktować jako pewną niezależną postawę, swoiste metazałożenie terapii, w dalszej kolejności stosując techniki wynikające z konkretnego jej paradygmatu. Jak wielokrotnie podkreślał Fonagy, jest to proces, który terapeuci wszystkich nurtów wykorzystują od zawsze, niekoniecznie nazywając to mentalizowaniem [3]. Terapeuta, który wspomaga mentalizowanie swoich pacjentów jest konsekwentnie zorientowany na stany umysłu, zachęca do eksploracji stanów psychicznych własnych (pacjenta) i cudzych (terapeuty, bliskich osób). Poświęca dużo czasu na eksplorację odmiennych punktów widzenia, przy uznaniu wartości jednostkowej perspektywy pacjenta. Mentalizujący terapeuta ze spokojem przyjmuje fakt, że nie jest ekspertem od umysłu pacjenta, a niejako jego towarzyszem w skomplikowanej drodze do rozpoznania wewnętrznego

³ Takie rozumienie mentalizacji w procesie psychoterapii uwydatnia różnice między podejściem Kernberga (TFP) a założeniami Fonagy’ego i Batemana (MBT). Ze względu na ograniczoną objętość tego opracowania po dyskusję tej kwestii odsyłam do pracy Kernberga [6].

świata innych i własnego. Ważna jest postawa ciekawości i niepewności terapeuty sprzyjająca wzmacnianiu rozumienia przez pacjentów ich własnego doświadczenia. Podkreśla się także wartość odwoływania się terapeuty do „zdrowego rozsądku” (*common sense*) i autentycznej wymiany z pacjentem, tak aby pozostać z nim w żywym, zaangażowanym dialogu. Psychoterapia psychodynamiczna w swoich założeniach ma zapewnić maksymalny komfort mentalizowania dla obu uczestników interakcji; terapeuta staje się wolny od presji bezpośredniego reagowania i skupia się na własnych spostrzeżeniach i reakcjach emocjonalnych, monitorując przeciwprzeniesienie z pozycji „trzeciego” [7]. Istotne jest nastawienie na to, co terażniejsze, skupienie na „tu i teraz” oraz stały kierunek od objaśnień — klaryfikacji i konfrontacji — do interpretacji. Nie ulega wątpliwości, że mentalizacja jest jedną z wielu ważnych zmiennych dla terapii. Możemy wybrać, jak nazwiemy ten proces i na co położymy akcent, analizując skomplikowane mechanizmy, które składają się na cały proces efektywnej psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce. Wyd. T. 4. Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; Kraków 2017.
2. Cierpiakowska L, Górka D, red. Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2016.
3. Fonagy P, Bateman A. Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
4. Barreto JF, Matos PM. Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clin. Psychol. Psychother.* 25(3): 427–439.
5. Bouchard M-A, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay L-M, Schachter A i in. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanal. Psychol.* 2008; 25(1): 47–66.
6. Kernberg OF, Diamond D, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy. W: Jurist EL, Slade A, Bergner S, red. *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*. New York: Other Press; 2008. s. 167–201.
7. Kernberg OF. The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives. *American Psychiatric Pub*; 2012.
8. Marszał M. Mentalizacja w kontekście przywiązania. Zdolność do rozumienia siebie i innych u osób z osobowością borderline. Warszawa: Difin; 2015.
9. McBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Fisher R. Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychol. Psychother. Theory, Res. Pract.* 2011; 84(1): 42–57.
10. Dimopoulou T, Tarazi FI, Tsapakis EM. Clinical and therapeutic role of mentalization in schizophrenia — a review. *CNS Spectrums*. 2017; 22(6): 450–462.
11. Hörz S, Clarkin JF, Stern BL, Caligor E. The Structured Interview of Personality Organization (STIPO): An instrument to assess severity and change of personality pathology. W: *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Totowa, NJ, US: Humana Press; 2012. s. 571–92.

12. Cierpiałkowska L, Kwiecień A, Miśko, N. Zdolność do mentalizacji w kontekście relacji przywiązania u osób z zaburzeniami borderline. W: Cierpiałkowska L, Górska D, red. *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2016, s. 182–207.
13. Jańczak M. Mentalization in borderline individuals: An attempt to integrate contradictory research results. *Curr. Iss. Person. Psychol* [w druku].
14. Górska D. Procesy mentalizacji podczas aktywacji systemu przywiązania w populacji osób bez zaburzeń. *Polskie Forum Psychologiczne* 2015; 20(4): 536–558.
15. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg O. Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Unpublished manuscript. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University, New York. 2016.
16. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M i in. How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clin. Psychol. Psychother.* 2003; 10(4): 238–261.
17. Cologon J, Schweitzer RD, King R, Nolte T. therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Adm. Policy Ment. Health* 2017; 44(5): 614–625.
18. Ensink K, Maheux J, Normandin L, Sabourin S, Diguier L, Berthelot N i in. The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: a randomized controlled trial. *Psychother. Res.* 2013; 23(5): 526–538.
19. Diamond D, Stovall-McClough C, Clarkin JF, Levy KN. Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bull. Menninger Clinic* 2003; 67(3): 227–259.
20. Lecours S, Bouchard M-A, Normandin L. Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanal. Psychol.* 1995; 12(2): 259–279.
21. Séguin M-H, Bouchard M-A. Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanal. Psychol.* 1996; 13(4): 457–474.
22. Rizq R, Target M. „If that's what I need, it could be what someone else needs”. Exploring the role of attachment and reflective function in counselling psychologists' accounts of how they use personal therapy in clinical practice: a mixed methods study. *Brit. J. Guid. Couns.* 2010; 38(4): 459–481.
23. Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J. Clin. Psychol.* 2006; 62(4): 481–501.
24. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M i in. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Brit. J. Psychiatry: J. Ment. Sci.* 2015; 207(2): 173–174.

Adres: mmarszal@amu.edu.pl