

## **PREGLED NAČELA "TRETMANA ZASNOVANOG NA MENTALIZOVANJU"<sup>1</sup>**

**Aleksandar Dimitrijević**

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Fenomen mentalizovanja je privukao veliku pažnju istraživača tokom prethodne dve decenije. Paralelno su stizali brojni nalazi o razvoju kapaciteta za mentalizovanje u ranom detinjstvu i zasnovanosti različitih oblika mentalnih poremećaja na problemima s mentalizovanjem. Tokom poslednjih nekoliko godina pokazalo se da su ti problemi najtipičniji za osobe s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti, pa je koncipiran, a kasnije i empirijski proveren, „tretman zasnovan na mentalizovanju”. S obzirom na njegovu sve veću popularnost među praktičarima i dobre rezultate studija efikasnosti, treba očekivati da će ovaj tretman imati veliki uticaj na dalji klinički rad. U ovom tekstu izlažem osnovna načela tog tretmana, kako ona koja potiču iz teorije i istraživanja, tako i ona koja se primenjuju u terapijskoj tehnici.

**Ključne reči:** *mentalizovanje, vezanost, granični poremećaj ličnosti, tretman zasnovan na mentalizovanju*

---

<sup>1</sup> Tekst je rezultat rada na projektu „Identifikacija, merenje i razvoj kognitivnih i emocionalnih kompetencija važnih društvu orijentisanom na evropske integracije“, koji finansira Ministarstvo prosvete i nauke Republike Srbije pod evidencionim brojem 179018.

## **Uvod**

Tokom poslednje dve decenije, teorije i istraživanja mentalizacije sve više utiču na kliničku praksu. Na osnovu njihovih postavki i nalaza razvijeni su brojni interventni programi i novi oblici psihoterapije, koji se široko primenjuju i za koje studije praćenja pokazuju da su efikasni. Osnovne karakteristike tih psihoterapijskih tretmana jasno proističu iz osnovnih načela teorija koja se stalno usavršavaju pod uticajem novih istraživačkih rezultata: da je potreba za odnosima duboko utemeljena, autonomna potreba; da je kapacitet da se prepoznaju i imenuju osećanja osnova zdravog razvoja, a njegovo nerazvijenost predstavlja važan faktor rizika za pojavu graničnog poremećaja ličnosti; konačno, da psihoterapijski postupci, usmereni na intervencije koje unapređuju kapacitet za uspostavljanje obogaćujućih odnosa s drugima i sposobnosti da se misli o unutrašnjim mentalnim stanjima, efikasno pomažu osobama s različitim mentalnim poremećajima i roditeljima čija deca pokazuju kontrolišuće, disocirano i/ili agresivno ponašanje. Edukacije iz „tretmana zasnovanog na mentalizovanju“ (Mentalization Based Treatment – MBT) koje se odvijaju u poznatom londonskom centru koji nosi ime Ane Frojd sve češće se organizuju i izuzetno su popularne među kliničarima iz svih delova Evrope. Konačno, razvoj ovog tretmana direktno je povezan s projektima koji se izvode na “University College London“ u kojima se ispituje efikasnost psihoterapijskih intervencija, a čiji bi rezultati trebalo da vode saznanjima o mehanizmima koji stoje u osnovi određenih poremećaja i izboru najdelotvornijih tehnika za rad s njima [1], namesto, ponekad militantnog, zalaganja za to da je jedan psihoterapijski pravac najbolji za rad sa svim tipovima poremećaja.

## **Šta je mentalizovanje?**

U jednom od svojih prvih velikih zajedničkih radova tvorci MBT-ja, Entoni Bejman i Piter Fonagi, mentalizovanje su definisali kao „mentalni proces pomoću kojeg neka osoba implicitno ili eksplicitno tumači svoje ili tuđe postupke kao smislene na osnovu intencionalnih mentalnih stanja kao što su lične želje, potrebe, osećanja, verovanja i razlozi“ [2]. Ovakav pristup mentalizovanju ima nekoliko centralnih elemenata:

1. Mentalizovanje je proces, nije stanje ili karakteristika ličnosti. Ono predstavlja proces u koji se ljudi upuštaju povremeno; kad to urade, neki su bolji od drugih; postavljene zadatke, u datom trenutku, neki rešavaju bolje, a drugi lošije. Međutim, uprkos tome što kažemo da neke osobe imaju bolji kapacitet za mentalizovanje, to ne znači da one mogu uvek da ga primenjuju, niti da ga iko uvek primenjuje.
2. Mentalizovanje se najčešće obavlja implicitno, na predsvesnom nivou. U svakom razgovoru, pri slušanju ili posmatranju, kad god imamo neku dilemu, mi mentalizujemo, a da nismo nužno svesni

da to radimo. Štaviše, važno je imati na umu da bi stalno eksplicitno mentalizovanje potpuno preopteretilo naš kapacitet za obradu informacija, te da se taj proces primenjuje samo u vanrednim situacijama.

3. Implicitno ili eksplicitno, mentalizovanje je neka vrsta tumačenja. Kad god opazimo nešto što se dešava, mi dajemo nekakvo objašnjenje za to. Svi odnosi među ljudima se zasnivaju na ovome i to je jedno od bazičnih načela socijalne interakcije. Naravno, kao i sva druga tumačenja, mentalizovanje je nužno subjektivno i tek delimično tačno. Mi pokušavamo da zamislimo mentalna stanja drugih, nikad nemamo potpuno sigurne pokazatelje da smo u pravu, a ako su neke osobe potpuno sigurne u to da su u pravu (na primer: "ja znam da oni svi to misle, samo niko neće da kaže"), mi smo skloni tome da takvo ponašanje posmatramo kao neki oblik paranoidnog mišljenja.
4. Opravdano možemo da mislimo o mentalizovanju kao da ima dva polja primene. S jedne strane, mi težimo razumevanju sopstvenih postupaka, na primer kada pokušavamo da razumemo zašto smo nešto uradili, da li u istom trenutku osećamo neku želju i njoj potpuno suprotstavljenu želju. S druge strane, najčešće nam je još zanimljivije da težimo razumevanju postupaka drugih ljudi u svakoj interakciji u kojoj učestvujemo.
5. Kada govorimo o mentalizovanju, mi se bavimo onim što je filozof Danijel Denet (Dennett) nazvao "intencionalna mentalna stanja" [3]. Nas ne interesuje ako ljudi nešto rade zato što su na to primorani ili zato što nemaju drugog izlaza. Mi se pitamo kakve namere je neko imao kad je nešto uradio. Naši stavovi prema drugima i odnos s njima zasnivaju se na uverenju da razumemo njihove dobre ili loše namere. Uzbudljivost psihoanalize delom je i u tome što može da nam pokaže da su u nekoj situaciji naše 'prave' namere bile potpuno drugačije od onih o kojima smo svesno razmišljali.
6. Konačno, pojam namere nije slučajno u definiciji izdvojen na jedan nivo, a osećanja, želje i potrebe postavljeni kao da su na drugom nivou. Ovi fenomeni su različiti i kognitivno i u smislu da li o nekome mislite kao o izvoru sopstvenih akcija. Namera bi, u tom smislu, trebalo da bude na 'višem nivou' od želje, potrebe, osećanja, verovanja i razloga, kao, na izvestan način, manje determinisana faktorima koji nisu pod našom svesnom kontrolom. Kad kažemo "nameravam da to uradim", to bi trebalo da znači "ja sam doneo tu odluku"; kad kažemo "ja osećam" ili "ja želim", to može da znači "u meni se nešto dešava, ali ja nisam odlučio da li će se to dešavati ili ne".

### **Indikatori mentalizovanja**

Da bi ova konceptualna analiza postala bliža svakodnevnom opažanju, navešću i četiri vrste indikatora pomoću kojih se određuje postojanje mentalizovanja nakon primene "Intervjua za ispitivanje vezanosti odraslih" [2,4]:

1. Svesnost o prirodi mentalnih stanja i njihovoj razlici od fizičke realnosti ("ponekad se pitam da li sve ovo izmišljam");
2. Eksplicitni naponi da se pronikne u mentalno stanje koje stoji u osnovi nekog ponašanja ("pretpostavljam da je moja majka tada bila pod velikim pritiskom, pa nije mogla mnogo da razmišlja o nama");
3. Prepoznavanje razvojnih aspekata mentalnih stanja ("bio sam tako mali da nisam mogao da shvatim da je to normalno");
4. Svesnost o mentalnim stanjima uključenim u odnos prema intervjueru ("osećam se uznemireno, ali pokušavam da to ne pokažem").

Osim toga, Fonagi i Bejtman su naveli i indikatore dobrog mentalizovanja tuđih i sopstvenih mentalnih stanja [5]. U prvu grupu spadaju priznanje nepreciznosti opažanja; odsustvo paranoidnosti; prisustvo kontemplacije i refleksije; sposobnost zauzimanja tuđe perspektive; iskrena zainteresovanost; otvorenost za otkrića; spremnost da se oprost; predvidljivost. Dobro mentalizovanje sopstvenih misli i osećanja ogleda se u prihvatanju promenljivosti, zauzimanju razvojne perspektive, realističnom skepticizmu, prihvatanju presvesnog funkcionisanja, svesnosti o uticaju osećanja, doživljaju autobiografskog kontinuiteta, te opštim vrednostima i stavovima (kao što su opreznost ili umerenost).

### **Uloga mentalizovanja u pojavi mentalnih poremećaja**

Autori MBT-ja smatraju da su skoro svi mentalni poremećaji posledica toga što um pogrešno tumači sopstvene doživljaje [6]. Uistinu, već su prikupljeni nalazi koji govore o važnoj ulozi mentalizovanja u nastanku post-traumatskog stresnog poremećaja [7], poremećaja ishrane [8] i depresije [9]. Fonagi i Bejtman [10] najviše su usmereni na granični poremećaj ličnosti i pišu sledeće: "Nestabilan ili smanjen kapacitet za mentalizovanje predstavlja centralnu osobinu graničnog poremećaja ličnosti, pa zbog toga svaki tretman, da bi bio uspešan, mora da bude usmeren na mentalizovanje ili barem da stimuliše njegov razvoj kao svoj epifenomen". Ova tvrdnja zasniva se na sledećim istraživačkim nalazima:

- Samo 6-8% pacijenata s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti klasifikovano je kao "sigurno vezano" [6], a mnoga ranija istraživanja pokazivala su da je sigurna vezanost jedna od najvažnijih osnova za razvoj mentalizovanja;

- Dve longitudinalne studije pokazale su da postoji veza nesigurnih obrazaca u detinjstvu i pojave graničnog poremećaja ličnosti u odraslom dobu;
- Niži skorovi na "Skali za merenje refleksivne funkcije", osnovnom instrumentu za utvrđivanje kapaciteta za mentalizovanje, nađeni su u uzorcima osoba koje pate od fobičnih poremećaja, post-traumatskog stresnog poremećaja i graničnog poremećaja ličnosti;
- Osobe s graničnim poremećajem ličnosti, češće nego one s drugim dijagnozama, vide unutrašnji svet drugih kao siromašan i ne uspevaju da shvate namere, osećanja ili želje koji stoje iza njihovih postupaka;
- Osobe s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti mentalizuju normalno osim u odnosima vezanosti, zbog čega im je gotovo nemoguće da uspostave bliske odnose i što značajno komplikuje njihove psihoterapijske tretmane;
- Neurofiziološka ispitivanja potvrđuju da je ključni problem osoba s graničnim poremećajem ličnosti nesposobnost reprezentacija stanja selfa [6].

### **Oblici poremećaja mentalizovanja**

U MBT pristupu koristi se nekoliko pitanja, izvedenih iz AAI i "Skale za ispitivanje refleksivne funkcije", koja lako mogu da pokažu kakav je kvalitet pacijentovog mentalizovanja:

- Zašto su se Vaši roditelji tako ponašali dok ste Vi bili dete?
- Da li mislite da su Vaša iskustva iz detinjstva uticala na to ko ste Vi danas?
- Je li bilo razočaranja?
- Da li ste se kao dete ikad osećali odbačeno?
- Kad su u pitanju gubici, zlostavljanje ili druge traume, kako ste se osećali tada i kako su se Vaša osećanja menjala s vremenom?
- Da li se Vaš odnos s roditeljima promenio od detinjstva do danas?

Na osnovu istraživanja i kliničkog rada s osobama koje pate od graničnog poremećaja ličnosti utvrđeno je da postoje četiri tipa poremećaja mentalizovanja [11]:

1. Prvi odlikuju nemogućnost da se zamisli unutrašnji svet drugih, naivnost ili zbuđenost pri direktnim susretima s mentalnim svetom drugih, kao i nedostatak uvida u stanja sopstvenog uma;
2. Za drugi tip su karakteristični gubitak svesnosti o razlici između spoljašnje i unutrašnje realnosti; "psihička ekvivalentnost" – pojava da se mentalna stanja izjednačavaju s fizičkom realnošću;

“omnipotencija subjektivnosti” – uverenje neke osobe da je njeno mentalizovanje nepogrešivo i da je ona uvek u pravu;

3. U slučaju poremećaja trećeg tipa, osoba ima problem da razdvoji fantaziju od realnosti i u njenom funkcionisanju se ponovo javlja “kobajagi način funkcionisanja”; kao odbrambena reakcija na to može da se javi “hiperaktivno mentalizovanje” – pokušaj da se mentalni sadržaji vide i tamo gde ih nema, kao, na primer, u slučaju sumanutih ideja odnosa;
4. Kod poslednjeg od navedenih tipova javlja se ono što autori, čini se neopravdano, nazivaju “teleološki način mišljenja”, a čime označavaju to da neke osobe postupke shvataju samo u terminima fizičkih ograničenja ili opažljivih ciljeva; na ovakvo razumevanje logično se nadovezuje uverenje da se misli i osećanja menjaju isključivo putem akcije.

### **Uzroci poremećaja mentalizovanja**

Dosadašnja istraživanja su pokazala da postoji nekoliko mogućih uzroka usled kojih nastaju poremećaji mentalizovanja [6]:

1. Svaka trauma pokreće sistem vezanosti tako što pojačava traženje sigurnosti, a smanjuje želju za istraživanjem i sposobnost da se mentalizuje. Ponovljene traume mogu da onemoguće normalan razvoj radoznalosti i mentalizovanja;
2. Postoje podaci iz neuropsiholoških istraživanja koji pokazuju da previše intenzivni, dugotrajni stres može da poremeti funkcionisanje sistema pobuđenosti i mentalizovanja;
3. Putem “poistovećenja s agresorom“ dete može da pounutri namere zlostavljača u “strani, disocirani“ deo sopstvenog selfa, a upotreba tog mehanizma mu onemogućava da stekne uvid u stvarne uzroke mnogih kasnijih postupaka;
4. Dete može da prestane da koristi svoj um u procesu odbrane od zlonamernosti zlostavljača: pošto su zlostavljači najčešće muški članovi najbliže ili šire porodice, dete istovremeno oseća da su oni za njega i izvor straha i izvor utehe, ta protivrečnost mu je nepodnošljiva, pa nesvesno odlučuje da mu je važnije da sačuva sliku o njima kao o bazi sigurnosti i da se, takoreći, odrekne svog uma.

### **Osnovni principi MBT-ja**

Fonagi i Bejtman su jasno definisali nekoliko osnovnih principa svog terapijskog pristupa. Može biti zbunjujuće to da se prvi među njima odnosi na jatrogenost psihoterapijskih tretmana. Njih dvojica su utvrdili da granični poremećaj ličnosti, kome je njihov pristup najviše posvećen, zapravo ne predstavlja tako beznadežnu dijagnozu i da visok procenat osoba koje je

dobiju oseća značajno poboljšanje osamnaest meseci nakon početka tretmana u različitim terapijskim okvirima. To što njihova lečenja u proseku traju pet-šest godina Fonagi i Bejtman pripisuju štetnom dejstvu psihoterapijskih intervencija koje nisu precizno usmerene na mehanizme koji stoje u osnovi graničnog poremećaja ličnosti. Oni ističu sledeće stavove i postupke terapeuta kao najštetnije za napredak pacijenta [12]:

- Terapeut ima doživljaj i ponaša se kao da zna kako je pacijentu;
- Terapeut diskutuje s pacijentom uzroke njegovih problema ili poremećaja;
- Terapeut primenjuje bilo kojih oblik ne-mentalizujućih ili čak anti-mentalizujućih intervencija (smisao ovog stava biće dodatno razjašnjen na narednim stranicama).

Fonagi i Bejtman smatraju da kad se bavimo psihoterapijom ne smemo da izgubimo iz vida da je i naše mentalizovanje, koliko god se mi trudili da taj kapacitet razvijamo i negujemo u sebi, samo aproksimacija, pokušaj, uvek, u izvesnoj meri, stvar intuicije i nagađanja. To je činjenica koja je Frojdu vrlo često izmicala, kao i Ja-psiholozima nakon njega, pa su oni često verovali da je moguće da potpuno poznajemo neku osobu i sigurno znamo zašto je nešto rekla ili uradila, a što su Vinikot i pobornici "relacione psihoanalize" praktično potpuno odbacili [13]. Prema mišljenju Fonagija i Bejtmana [5], osnovna načela ispravnog pristupa psihoterapijskom radu uključuju to da terapeut mora stalno da bude usmeren na um pacijenta i njegov doživljaj sebe i drugih osoba, mora da povezuje postupke pacijenta s osećanjima koja im stoje u osnovi i mora da ispituje osećanja koja stoje u osnovi interakcije, a ne da s pacijentom analizira logiku dijaloga.

U jednom kasnijem tekstu, svi ovi osnovni principi formulisani su vrlo sažeto: "Usmerenost na mentalizovanje kao ključnu komponentu tretmana pruža najbolje šanse za povoljan ishod. Razlog za to nije samo u tome što usmerenost na mentalizovanje omogućava bavljenje centralnim problemima pacijenta, već i u tome što smanjuje verovatnoću da pacijentu, koji može da bude posebno osetljiv na psihoterapijske intervencije, ne bude naneta šteta" [10].

### **Ciljevi MBT-ja**

Očekivano, osnovni ciljevi MBT-ja usmereni su na razvoj mentalizovanja i njegovu efikasniju primenu u međuljudskim odnosima: "Cilj MBT je da pacijenti otkriju šta misle i osećaju prema sebi i drugima, kako to izaziva njihove reakcije, te kako 'greške' u njihovom razumevanju sebe i drugih vode do postupaka koji za cilj imaju očuvanje stabilnosti i osmišljavanje nerazumljivih osećanja" [10]. Još konkretnije rečeno, ciljevi ovog tretmana su:

1. Da se uspostavi mentalizovanje u onom razvojnom trenutku u kojem je zaustavljeno;

2. Da se stabilizuje mogućnost mentalizovanja u kontekstu odnosa vezanosti;
3. Da se minimalizuje verovatnoća da će se pojaviti neželjeni efekti u tretmanu;
4. Da se omogući klijentu da otkrije sebe i druge kao osobe sa umom koji bi trebalo uvek uzimati u obzir i koji zaslužuje da ga upoznamo.

Na mnogo konkretnijem nivou, terapeuti u MBT nastoje da zajedno s pacijentima dogovore sledeće inicijalne ciljeve: uključenost u terapiju, smanjenje samopovređujućeg ili suicidalnog ponašanja, adekvatna upotreba hitnih službi, stabilizovanje prilagođavanja, racionalizovanje korišćenja lekova i razvoj zajedničke psihodinamske formulacije. U isto vreme se formulišu i dugoročni ciljevi, a oni najčešće uključuju: identifikaciju osećanja i njihovo adekvatno izražavanje u socijalnim interakcijama, razvoj ličnog integriteta, unapređenje lične odgovornost, bolje interpersonalno funkcionisanje [5].

### **Verzije MBT-ja**

Do ovog trenutka su razradene dve verzije MBT-ja i obe se koriste u nekoliko klinika u severnom Londonu i širom SAD.

Prva verzija MBT-ja zapravo predstavlja bolnički program i namenjena je pacijentima s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti kojima je neophodan hospitalni tretman. Za njih se organizuju seanse individualne psihoterapije po principima MBT-ja i to čak pet puta nedeljno. Njihov tretman zapravo predstavlja kombinaciju te individualne psihoterapije i grupne terapije za rad s implicitnim mentalizovanjem, pri čemu nikad isti terapeut ne može da vodi obe terapije, i "ekspresivnih" oblika psihoterapije, kao što je psihodrama. Ovaj tretman može da traje najduže dve godine. Po završetku tretmana, pacijenti mogu da biraju oblik daljeg praćenja, ali se od njih traži da ostanu u kontaktu s terapeutom i dolaze na kontrolne preglede i procene.

Druga verzija MBT-ja predstavlja intenzivni program za nehospitalizovane pacijente, posebno namenjen osobama koje imaju probleme samo u mentalizovanju bliskih odnosa, pa im nije potrebno bolničko lečenje. Oni dolaze na kliniku jednom nedeljno i tom prilikom imaju i individualne i grupne seanse, kod različitih terapeuta. Osim toga, oni ulaze u timsko sagledavanje napredovanja tretmana na svaka tri meseca. Kao i u prvoj verziji, i od ove grupe pacijenata se traži da se uključe u neki vid praćenja nakon otpusta.

### **Faze u odvijanju MBT-ja**

Ovakav tretman po pravilu prolazi kroz sledeće tri faze:

1. Prva faza obuhvata samo procenu kapaciteta za mentalizovanje – kad terapeut misli da je dovoljno upoznao kapacitete pacijenta, on otkuca svoju procenu i da je pacijentu u ruke. Zatim se o njoj

diskutuje, pošto se smatra da ovo može da potpomogne razvoj mentalizovanja kroz interakciju [6]. Ostale funkcije inicijalne faze su: procena, postavljanje dijagnoze, objašnjenje pacijentu moguće etiologije njegovog poremećaja, iznošenje pacijentu programa i fokusa tretmana, donošenje 'kriznog plana' i razmatranje eventualne upotrebe lekova [5];

2. U drugoj fazi, cilj svih intervencija je podsticanje rastuće sposobnosti da se mentalizuje, a kako ona odmiče, terapeut može da koristi sve složenije tehnike (najveći deo ostatka teksta biće posvećen detaljima vezanim za ovu fazu tretmana);
3. Poslednja faza, očekivano, odnosi se na pripremu za kraj intenzivnog tretmana i dogovore o daljem praćenju. Tokom nje treba postići sledeće [5]: povećati pacijentovu odgovornost i nezavisno funkcionisanje, olakšati pacijentovo pregovaranje sa 'spoljnim' organizacijama, učvrstiti i pojačati stabilnost pacijentovih socijalnih odnosa, zajednički razviti plan za tretman praćenja, povećati pacijentovo razumevanje smisla kraja tretmana i fokusirati se na afektivna stanja povezana s gubitkom.

### **Osnovni elementi MBT-ja**

U MBT-ju smatra se da terapija, pre svega zato što najčešće uključuje osobe s graničnim poremećajem ličnosti, mora da bude organizovana oko sledećih elemenata: 1. strukture, 2. razvoja terapijskog saveza i adekvatnog oporavka "razvojnih prekida", 3. usmerenosti na interpersonalni i socijalni domen, 4. ispitivanje odnosa pacijenta i terapeuta [6]. Na prvi pogled može da izgleda kako ovo nije značajno različito od terapijskog pristupa pripadnika nezavisne škole britanske psihoanalize. Kad se, međutim, pređe na sagledavanje konkretnih tehnika koje se koriste u MBT-ju, postaju očigledne duboke razlike. Mada su gotovo svi najvažniji autori ovog pravca po osnovnom opredeljenju psihoanalitičari, oni predlažu potpuno drugačiju terapijsku tehniku:

1. U radu ne treba koristiti previše slobodnog asociiranja – takav pristup nije preporučljiv za rad s osobama granične strukture ličnosti, makar ne u početnim fazama tretmana;
2. Tokom terapije, posebno za vreme početnih faza, ne treba ohrabrivati aktivne fantazije o terapeutu – ovo potpomaže sticanje uvida u nesvesne procese, a MBT je mnogo više usmeren na svesne i presvesne [6,14];
3. Mnogi klijenti su uvereni da su uvek u pravu, pa su rasprave s njima beskorisne – umesto toga, uvek bi se trebalo pridržavati pravila o značaju povezivanja postupaka i iskaza s osećanjima koja im stoje u osnovi;

4. Mnogi klijenti su uvereni da potpuno tačno znaju šta terapeut misli, pa njegovo pozivanje na sopstvenu introspekciju može da deluje kontraproduktivno;
5. Pažljivo otkrivanje terapeutovih osećanja je poželjno – za razliku od klasičnog psihoanalitičkog setinga, terapeutu je u MBT-ju dozvoljeno da, posle pažljivog razmatranja, ponekad kaže kakva osećanja u njemu izazivaju neki aspekti terapijskog susreta, ali ne i da govori o svom privatnom životu;
6. Ne treba previše govoriti o klijentovim obrascima, treba mu pomagati da traga za sopstvenim razumevanjem.

### **Terapijski stav u MBT-ju**

Osnove preporučenog terapijskog stava iznete su u odeljku o osnovnim principima, a ovde će biti dodati konkretna uputstva i postupci kojima se takav stav može postići [5].

Terapeut mora da bude svestan ograničenja svog razumevanja i da zauzme 'stav neznanja'. Ovo je važno zato što i terapeut i pacijent doživljavaju interakcije isključivo impresionistički. Otud je zadatak terapeuta da identifikuje razlike (na primer: "Shvatam zašto ste to pomislili, ali kad razmislim o tome čini mi se da je on tada možda bio nečim preokupiran, a ne da je želeo da Vas ignoriše"). Terapeut takođe treba da radi na prihvatanju različitih perspektiva, aktivnom ispitivanju i da odbaci osećaj obaveze da sve razume.

Terapeut mora stalno da obraća pažnju na sopstvene greške, ali i da pruži pacijentu model iskrenosti i hrabrosti tako što će priznavati svoje aktuelne i buduće greške, ističući da one predstavljaju prilike da se ponovo ispitaju neke odluke, osećanja ili iskustva.

Jedan od najvažnijih elemenata terapijskog stava u MBT-ju predstavlja empatija, a ističe se sledeće [5]:

- da empatičnost uvek mora da prethodi istraživanju;
- da tretman mora da počne empatijom (treba naći način da se izrazi autentično razumevanje za pacijentovu uznemirenost);
- terapeut treba da govori o empatijskoj reakciji samo kad se ona odnosi na ono što pacijent oseća u tom trenutku;
- da doživljaj 'neznanja' treba koristiti kao pokazatelj da je potrebna dodatna radoznalost;
- da ispitivanje pacijentovog doživljaja služi tome da validira terapeutov doživljaj;
- da empatiju uvek treba izražavati u prvom licu (na primer: "Ja bih se osećao ljuto/tužno/srećno, pa me čudi da Vi niste ljuti/tužni/srećni");
- empatiju treba formulisati u relacijama, a ne samo u intrapsihičkim terminima.

Sledeći važan element terapijskog stava je stalno razmišljanje o sopstvenim istupanjima iz setinga ("reflective enactment"). Terapeutova povremena istupanja iz setinga predstavljaju prihvatljivi deo terapijskog saveza, ali samo pod uslovom da ih on priznaje i istražuje. Ovakve situacije mogu da pomognu da se proveri dotad postignuto razumevanje, a ponekad o tome treba razgovarati s pacijentom i podeliti odgovornost za nove uvide koji iz toga mogu da proisteknu.

Vrlo je važno da terapeut stalno ističe alternativne perspektive za razumevanje nekih osećanja ili situacija:

- Meni to pre izgleda kao način da kontrolišete sebe nego da napadnete mene (što je bilo pacijentovo objašnjenje); možete li malo da razmislite o tome?
- Čini Vam se da mi se ne sviđate, a ne znam na osnovu čega ste to pomislili?
- Baš kao što ne verujete nikome u svojoj okolini zato što često niste mogli da predvidite njihove reakcije, sada sumnjate i u mene.
- Morate da me vidite kao kritičnog da biste mogli da opravdate to što odbacujete ono što Vam govorim.

Terapeut mora stalno da bude usmeren i na pacijentova afektivna iskustva i njihove reprezentacije, tako što: usmerava pacijentovu pažnju na terapeutovo iskustvo kad on nudi razjašnjenje nesporazuma i razvoja tipskih reprezentacija; ističe pacijentov doživljaj terapeuta; koristi transfer da bi naglasio različita iskustva i perspektive; "pregovara" o negativnim reakcijama i prekidima terapijskog saveza jasno identifikujući uloge pacijenta i terapeuta u problemu.

### **Spektar intervencija**

U MBT-ju se koristi vrlo širok spektar intervencija, među koje, izloženo po opadajućem stepenu terapeuta uključivosti, spadaju [5,10]:

1. **Podržavajuće i empatijske intervencije** uključuju sledeće specifične strategije: identifikovanje i istraživanje pozitivnog mentalizovanja, odnosno izazivanje radoznalost u vezi s motivima;
2. **Razjašnjenja, izazovi i razrade afektivnih stanja** takođe obuhvataju mnogo pojedinačnih tipova intervencija. Pod razjašnjenjem (ili klarifikacijom) podrazumeva se 'uređivanje' ponašanja koja nastaju zbog neuspeha u mentalizovanju. Mnogi njegovi elementi su identični kao u drugim psihoterapijskim pravcima, a originalni se odnose uglavnom na 'obeležavanje osećanja';
3. **Osnovno mentalizovanje** usmereno je na pokušaje da se inicira mentalizovanje kao stav uma, da se pacijenti navedu na to da počnu da misle o unutrašnjim mentalnim stanjima;

4. Još su važnije, a i zahtevnije, intervencije nazvane **interpretativno mentalizovanje**. Njihova uloga je da uvedu tumačenje postupaka u terminima unutrašnjih mentalnih stanja i pripreme pacijenta za bavljenje transfernim ispoljavanjima;
5. Autori MBT-ja, smatraju da je **mentalizovanje transfera** najsofisticiraniji oblik mentalizujućih intervencija i da ih treba koristiti retko i s oprezom [5]. Oni upozoravaju da postoji više potencijalnih opasnosti pri korišćenju transfera, pošto to može da ubaci pacijenta u 'kobajagi modalitet' (pretend mode), dodatno razradi njegove fantazije o razumevanju s terapeutom i da donosi malo iskustvenog kontakta s realnošću. Osim toga, pri mentalizovanju transfera ne sme biti generalizacija i treba izbegavati interpretiranje iskustva kao ponavljanje prošlosti ili pomeranje, pošto to može da dovede pacijenta s dijagnozom GPL, za koje je ovaj tretman prevashodno namenjen, do osećanja da je sve što se događa u terapiji nerealno.

### **Mentalizovanje kontratransfera**

Na kraju, Fonagi i Bejtman izdvajaju još nekoliko komponenata mentalizovanja kontratransfera, pored onih o kojima je već bilo reči [5]:

- Terapeut treba da prati stanja konfuzije i zbunjenosti;
- Terapeut treba da podeli doživljaj neznanja;
- Terapeut mora da odbaci uverenje u sopstvenu terapijsku svemoć;
- Kad se pojave negativna osećanja, terapeut prvo treba da ih pripíše terapiji ili aktuelnoj situaciji, a ne pacijentu ili sebi;
- Terapeut treba da nastoji da razume izvor negativnosti ili preterane brige.

### **Problemi u organizovanju i odvijanju MBT-ja**

Osnovi problem u odvijanju MBT-ja, kao i gotovo svih psihoterapijskih postupaka, predstavljaju prejaka osećanja, koja je, po definiciji, nemoguće mentalizovati, kao i previše intenzivne potrebe za mentalizovanjem [6]. U takvim situacijama, pacijentu bi trebalo ponuditi samo podršku i empatičnost, a jedini ciljevi terapeuta trebalo bi da budu razjašnjavanje i razrađivanje. Napadi na seting i izlivi besa do kojih tada može doći detaljno su opisani u klasičnim tekstovima o graničnim i narcističkim poremećajima ličnosti [15, 16]. Sa smirivanjem stanja moguće je preći na ambicioznije tehnike: osnovno i interpretativno mentalizovanje; a kad se emocije smire i postane moguće visoko mentalizovanje, može se, oprezno, preći i na mentalizovanje transfera.

Među ostale uobičajene probleme u odvijanju MBT-ja spadaju: osipanje broja pacijenata koje često nastaje zbog organizacionih prepreka za

uspostavljanje tretmana (udaljenost, odgovarajući termini); problemi u organizaciji službi za hospitalni tretman – visok rizik od toga da pacijent počini ubistvo ili samoubistvo; čest komorbiditet graničnog poremećaja ličnosti; visoka anksioznost u kontratransferu; nemogućnost da se obezbedi predah za pacijente i profesionalce. Kontraindikacije za primenu MBT-ja uključuju aktuelnu emocionalnu krizu, mržnju u kontratransferu i paniku [5].

### Efikasnost MBT-ja

Entoni Bejtman i Piter Fonagi dobili su u januaru 2009. godine nagradu Američke psihoanalitičke asocijacije za najbolji naučni rad objavljen u prethodnoj godini. Ona se odnosila na tekst objavljen u *American Journal of Psychiatry*, u kome su saopšteni rezultate studije praćenja koja je trebalo da proveri efikasnost MBT-ja [17].

Ta procena efekata izvedena je kroz poređenje MBT-ja i uobičajenog tretmana koji u londonskim institucijama dobijaju osobe s dijagnozom graničnog poremećaja ličnosti. Ukupno 41 pacijent bio je slučajnim rasporedom upućivan na jedan od ova dva tipa tretmana koji su trajali po tri godine. Pet godina nakon završetka tretmana, nezavisni istraživači su ih sve procenjivali primenjujući intervju i strukturisani pregled njihove medicinske dokumentacije. Ispostavilo se da su razlike bile značajne po sledećim parametrima:

Tabela 1. Razlike u efektima tretmana između grupe uključene u MBT i grupe uključene u uobičajne tretmane

	Grupa uključena u MBT	Grupa uključena u uobičajeni tretman
Suicidalnost	23%	74%
Dijagnostički status graničnog poremećaja ličnosti	13%	87%
Potreba za psihijatrijskom pomoći	2 godine po izlasku iz bolnice	3,5 godina po izlasku iz bolnice
Dužina korišćenja tri ili više lekova	0,02 godine	1,9 godina
Visoko globalno funkcionisanje	45% pacijenata	10% pacijenata
Trajanje zaposlenja ili školovanja	3,2 godine	1,2 godine

Autori iz ovoga izvode zaključak da je MBT efikasniji od uobičajenog tretmana. Ispostavilo se, međutim, da i kada se primeni ovaj pristup, socijalno funkcionisanje pacijenata ostaje problematično. Oni najavljuju nove studije koje proveravaju efikasnost MBT-ja, kao i otvorenost za to da ga menjaju u skladu s rezultatima. S obzirom na njihovu dosadašnju posvećenost empirijskoj proveri kvaliteta psihoterapijske pomoći [18], ne treba sumnjati da će tako i postupiti.

## **REVIEW OF THE BASIC PRINCIPLES OF "MENTALIZATION BASED TREATMENT"**

**Aleksandar Dimitrijevic**

Faculty of Philosophy, Belgrade University, Belgrade, Serbia

**Abstract:** In research practice, the phenomenon of mentalizing has gathered a lot of attention during the last two decades. Numerous findings on the development of the capacity for mentalizing in early childhood and the importance of problems with mentalizing for various mental disorders were gathered simultaneously. During the last several years it was found that this kind of problems was fundamental to Borderline Personality Disorder, so a Mentalization Based Treatment was conceived and later empirically tested. Since it is growing in popularity among practitioners and studies have confirmed its effectiveness, it should be expected that it will have a substantial influence on future clinical work. In this paper I review basic principles of this treatment, those stemming from theory and research as well as those applied in therapeutic technique.

**Key words:** *mentalizing, attachment, Borderline Personality Disorder, Mentalization Based Treatment*

## **Literatura**

1. Jurist E. Elliot Jurist interviews Peter Fonagy. *Psychoanal Psychol*, 2010;27(1):2-7.
2. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
3. Dennett DC. *The intentional stance*. The MIT Press, 1987.
4. Hanak N. Pregled metoda i tehnika za procenu afektivnog vezivanja. U: J. Mirić i A. Dimitrijević (ur.) *Afektivno vezivanje. Eksperimentalni i klinički pristupi*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju 2005; 61-80.
5. Fonagy P, Bateman A. *Introduction to mentalisation. A Workshop textbook*. London: The Ana Freud Centre. Neobjavljeni materijal, 2011.
6. Bateman A, Fonagy P, Allen JG. Theory and practice of mentalization-based therapy. In: G. O. Gabbard (ed.) *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing, Inc 2009; 757-80.
7. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, UK: Wiley, 2001.
8. Skarderud F. Eating one's words – III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa - An outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:323-39.
9. Allen JG, Bleiberg E, Haslam-Hopwood T. Mentalizing as a compass for treatment. *Bull Menninger Clin* 2003;67:1-11.
10. Fonagy P, Bateman A. Mentalization-based treatment of borderline personality disorder. In: E. L. Jurist, A. Slade & S. Bergner (ed.) *Mind to mind. Infant Research, Neuroscience and Psychoanalysis*, New York: Other Press 2008; 139-66.
11. Fonagy P, Target M. Attachment, trauma, and psychoanalysis. Where psychoanalysis meets neuroscience. In: E. L. Jurist, A. Slade & S. Bergner (ed.) *Mind to mind. Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*, New York: Other Press, 2008; 15-49.
12. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006;188(13).
13. Dimitrijević A. Istorijski koreni i konceptualni okviri relacije psihoanalize. U: Lj. Erić (ur.) *Psihodinamička psihijatrija. Tom I - Istorija, osnovni principi, teorije*, Beograd: Službeni glasnik 2008;184-99.
14. Dimitrijevic A. Attachment bonds and fantasy in a psychoanalytic treatment. *J für Psychoanalyse* (In press).
15. Millon T, Grossman SD. Psychotherapy for the narcissistic personality disorder. In: G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes, *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford University Press, 2009; 279-89.
16. Bateman A, Karterud WS, Van Den Bosch LMC. Borderline personality disorder. In: G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes, *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford University Press 2009; 291-03.

17. 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;165:631-38.
18. Roth A, Fonagy P. What works for whom?, Second Edition: A Critical Review of Psychotherapy Research. The Guilford Press, 2005.

---

***Doc. dr Aleksandar DIMITRIJEVIĆ***, Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

***Aleksandar DIMITRIJEVIC, PhD, Assistant Professor***, Department of Psychology, Faculty of Philosophy, University of Belgrade

E-mail: [adimitri@f.bg.ac.rs](mailto:adimitri@f.bg.ac.rs)