

A mentalizáció dimenziói pszichotikus zavarokban

FEKETE KATA¹, TÖRÖK EDINA², KELEMEN OGUZ³, MAKKOS ZOLTÁN¹,
CSIGÓ KATALIN¹ ÉS KÉRI SZABOLCS^{1,2,4}

¹ Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

² Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

³ Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged

⁴ Szegedi Tudományegyetem, Élettani Intézet, Szeged

A mentalizáció a klinikai pszichológia és a pszichiátria mára egyik legnépszerűbb területévé vált. Ennek ellenére a jelenség pontos meghatározása, mérése és osztályozása nem megoldott, különös tekintettel a pszichotikus zavarokra. Jelen vizsgálatunk elsődleges célja a Mentalizációs Kérdőív faktorstruktúrájának feltérképezése volt. Vizsgáltuk továbbá a mentalizáció dimenzióinak összefüggését a pozitív, negatív és általános pszichopatológiai tünetekkel, valamint az antipszichotikus medikációval. Két független mintát vontunk be: az első 94 személyt (szkizofrénia, n=63; szkizoaffektív zavar, n=21; pszichotikus bipoláris zavar, n=10), a második 75 pácienset foglalt magában (szkizofrénia, n=60; szkizoaffektív zavar, n=10; pszichotikus bipoláris zavar, n=5). A feltáró és megerősítő faktorelemzés négy dimenziót igazolt mindkét mintában: önreflexió, érzelmi tudatosság, pszichés ekvivalencia és érzelemszabályozás. A két mintában a mentalizációs deficit nem különbözött. A negatív tünetek súlyossága erősen korrelált az önreflexió zavarával. Az első- és másodikgenerációs antipszichotikumok adagja nem mutatott összefüggést a Mentalizációs Kérdőíven elért pontszámmal. Összességében megállapítható, hogy a kérdőív alkalmas a mentalizáció mérésére pszichotikus zavarokban. A mentalizáció nem egységes jelenség: négy pszichometriailag igazolt dimenziója eltérő összefüggést mutat a klinikai tünetekkel, de független az alkalmazott antipszichotikumok adagjától.

(Neuropsychopharmacol Hung 2019; 21(1): 5–11)

Kulcsszavak: mentalizáció, pszichotikus zavarok, szkizofrénia, antipszichotikumok

BEVEZETÉS

A mentalizáció vizsgálata az utóbbi évtizedben a klinikai pszichológia és a pszichiátria frontvonalának egyik kritikus szereplőjévé vált. Szinte nincs olyan mentális zavar, amelyben szerepét ne vették volna fel, a borderline személyiségzavartól a pszichózisokig (Bora és Pantelis, 2013; Brune, 2005; Fonagy et al., 2002). Ennek tudatában meglepő, hogy a fogalom értelmezésével, definíciójával és operacionalizálásával a szakirodalom a mai napig adós maradt. A probléma alapja, hogy az elmeolvasást (Theory of Mind, ToM) és a mentalizációt félrevezetően szinonimaként használják, annak ellenére, hogy e konstruktumok történeti és episztemológiai szempontból is eltérőek. Az elmeolvasás fogalma egészen Descartes filozófiai antropológiájáig vezethető vissza, amelyet a kognitív

forradalom és Daniel Dennett munkássága helyezett az érdeklődés középpontjába az intencionális ágensek felvázolásával (Carruthers és Smith, 1996; Dennett, 1987). Ezzel szemben a mentalizáció a kortárs brit pszichoanalitikus iskola szülötte, egy olyan összetett, szociálisan és affektíven beágyazott fenoménként, melynek közegében szubjektív belső tapasztalatinkra reflektálunk az interperszonális és szelf-fókuszú tranzakciók alkalmával (Bateman és Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002). A mentalizációt négy szempont szerint lehet osztályozni: automatikus – kontrollált, külső- belső, szelf-másik és kognitív-affektív (Luyten és Fonagy, 2015).

Gyakorlati megfontolásból kritikus kérdés a mentalizáció mérése. A mentalizáció alapú pszichoterápiához szorosan kapcsolódik a Fonagy és mtsai által kifejlesztett Reflektív Szelf-funkció Skála (Fonagy

et al., 2016), amely bár a terület arany standardja, de egyszerűbb klinikai helyzetekben, alacsonyabban funkcionáló páciensek vizsgálatára csak korlátozottan alkalmas. Ezt a problémát kívánja orvosolni a Hausberg és mtsai (2012) által összeállított 15-tételes Mentalizációs Kérdőív (MK). Gyakorlati jelentőségén túl a MK felvet egy érdekes problémát is, nevezetesen, hogy a mentalizáció nem egységes jelenség (Hausberg et al., 2012). A szerzők szerint a mentalizáció legalább négy dimenzió szerint osztályozható: önreflexió, érzelmi tudatosság, pszichés ekvivalencia és érzelemszabályozás. Az önreflexió kerülése a mentális állapotokról (érzések, hiedelmek és szándékok) történő értékelő gondolkodás általános jellegű elhárítása, amennyiben az szorongást keltő, túlterhelő és elárasztó az egyén számára. Ez rendszerint énközpontú információfeldolgozással társul, azaz a személy kevésbé képes egy helyzetet a másik perspektívájából szemlélni. Az önreflexiótól meg kell különböztetni az érzelmi tudatosságot, amely specifikusan az affektusok percről percre történő tudatos átélését és verbalizálhatóságát jelenti. Pszichés ekvivalencia esetében a külső realitás és az elképzelt világ hasonlóan valóságosnak és érzelmetelítettnek imponál. Így egy imaginált, előrevetített negatív esemény ugyanakkora szorongást válthat ki, mint egy valós történés. A belső reprezentációk instabilak, határaik elmosódtak. Végül az érzelemszabályozás külön dimenziót alkot, amelynek gyengesége esetén az egyén tehetetlen a túlaradó affektusokkal szemben, kevésbé képes azokat a szelektív figyelmi preferenciák és a társas kontingenciák szerint rendezni és szublimálni (Hausberg et al., 2012).

A mentalizáció fentiekben ismertetett felosztása pszichoterápiás kezelésben részesülő nem pszichotikus hangulatzavarral, szomatiform zavarral és személyiségzavarral élő páciensek heterogén mintájából származik. Ismeretes torzítás, hogy egy önbecslő skála faktorszerkezete függ az adott mintától. Ez a MK esetében is így van: egészséges személyek esetében nem sikerült reprodukálni Hausberg és mtsai (2012) eredményeit. Egyes vizsgálatokban csupán egyetlen faktor emelkedett ki, azaz a mentalizáció nem volt felosztható alegységekre, mások pedig Hausberg és mtsai (2012) négy dimenziójától eltérő szerkezetet írtak le (Paridaens, 2017; Song és Choi, 2017). Mivel a mentalizáció patológiája kritikus lehet pszichotikus zavarokban, a kérdés adott: a MK segítségével milyen eltérés írható le pszichózisokban, az önbecslő skála használható-e, és ha igen, milyen faktorstruktúrával rendelkezik? Vizsgálatunkban elsődlegesen ezt a kérdést szertettük volna megvála-

szolni. Kerestük továbbá a kapcsolatot a mentalizáció és a klinikai tünetek, valamint az antipszichotikus kezelés között.

MÓDSZEREK

Résztvevők

A vizsgálatba két független mintát vontunk be. Az első 94 személyt (szkizofrénia, $n=63$; szkizoaffektív zavar, $n=21$; pszichotikus bipoláris zavar, $n=10$), a második 75 páciént foglalt magában (szkizofrénia, $n=60$; szkizoaffektív zavar, $n=10$; pszichotikus bipoláris zavar, $n=5$). Valamennyi résztvevő klinikailag kompenzált volt, stabil antipszichotikus medikációval. Az antipszichotikumok összesített adagját klórpromazin-ekvivalens dózisban adtuk meg, külön számítva az első- és a másodikgenerációs szereket (Leucht et al., 2015). A diagnózis felállítása a kórtörténeti dokumentáció és a M.I.N.I. Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú segítségével történt (Balázs et al., 1998). A klinikai mutatókat a Pozitív és Negatív Tünetek Skálájával (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) számszerűsítettük (Kay et al., 1987). A Helsinki Deklaráció alapelveinek megfelelően minden résztvevő írásos beleegyezést adott a vizsgálatban történő részvétellel kapcsolatban (ETT-TUKEB 18814). A klinikai és demográfiai mutatókat az 1. táblázat foglalja össze.

Mentalizációs Kérdőív (MK)

A MK egy 15 tételből álló önkitalós skála. Hausberg és mtsai (2012) szerint négy alszkálából áll: (1) *önreflexió* (4 tétel, pl. „Sokszor az a legjobb, ha semmi-re sem gondolok.”), (2) *érzelmi tudatosság* (4 tétel, „Gyakran azt sem tudom, hogy mi történik bennem.”), (3) *pszichés ekvivalencia* (4 tétel, „Ha olyan helyzetbe kerülök, ahol mások kritizálhatnak, erős félelmet és szorongást kezdek el érezni.”), (4) *érzelemszabályozás* (3 tétel, „Gyakran nem tudom uralni az érzelmeimet.”). A résztvevők minden tételt 0-tól 4-ig terjedő skálán értékelték (0 – egyáltalán nem értek vele egyet; 4 – teljes mértékben egyetértek vele). A teljes MK pontszám 0-tól 60-ig terjedhet. A magasabb pontszámok rosszabb mentalizációt jeleznek. A MK-t a szerző engedélyével két független szakember fordította le, majd a két változatot ismét két független személy visszafordította angolra. Az esetleges eltéréseket egy klinikai skálák kialakításában gyakorlattal rendelkező nyelvész ellenőrizte. Az egyik fordító a közlemény elsőszerzője volt, a többiek a vizsgálatban nem vettek részt.

1. táblázat A résztvevők demográfiai és klinikai jellemzői

Diagnózis	1. minta			2. minta		
	Szkizofrénia (n=63)	Szkizoaffektív zavar (n=21)	Bipoláris zavar (n=10)	Szkizofrénia (n=60)	Szkizoaffektív zavar (n=10)	Bipoláris zavar (n=5)
Kor (év)	34,6 (8,2)	37,4 (9,3)	35,0 (10,3)	40,2 (10,1)	39,6 (8,0)	37,3 (4,5)
Nem (férfi/nő)	42/21	15/6	6/4	35/25	5/5	2/3
Iskolázottság (év)	11,0 (5,2)	11,6 (4,4)	12,0 (6,2)	10,9 (7,6)	11,5 (9,7)	12,3 (3,6)
Pozitív és Negatív Tünetek Skálája						
Pozitív	17,1 (9,3)	16,9 (8,5)	14,2 (4,6)	18,6 (10,4)	17,3 (9,4)	15,2 (8,4)
Negatív	18,0 (7,3)	15,4 (7,2)	11,7 (5,1)	18,3 (8,5)	16,7 (7,5)	12,1 (9,0)
Általános	35,6 (10,2)	35,2 (11,1)	32,5 (8,3)	42,1 (12,0)	43,5 (11,7)	39,0 (13,2)
Elsőgenerációs antipszichotikum (mg/nap)	245,3 (120,3)	230,6 (140,0)	50,3 (110,0)	340,2 (140,7)	313,6 (126,2)	0
Második- generációs antipszichotikum (mg/nap)	470,0 (150,2)	436,5 (146,2)	252,6 (97,5)	493,1 (129,9)	462,4 (130,7)	150,5 (72,4)

A táblázat átlagértékeket (standard deviáció) mutat a férfi-nő eloszlás kivételével. Az elsőgenerációs (haloperidol, zuclopentixol, flupentixol) és a másodigenerációs antipszichotikumok (olanzapine, clozapine, aripiprazole, quetiapine, amisulpride) adagját klórpromazin-ekvivalens dózisban adtuk meg. A két minta demográfiai és klinikai paramétereiben nem volt szignifikáns különbség a többszörös összehasonlítás korrekciója után ($p > 0,1$).

2. táblázat A Mentalizációs Kérdőív eredményei

Diagnózis	1. minta (n=94)			2. minta (n=75)		
	Átlag	Standard deviáció	Tartomány	Átlag	Standard deviáció	Tartomány
Önreflexió	6,3	3,3	0-15	6,6	3,4	0-16
Érzelmi tudatosság	6,9	3,2	0-15	7,5	3,5	0-14
Pszichés ekvivalencia	7,4	3,7	0-14	7,7	4,0	0-15
Érzelemszabályozás	2,9	1,8	0-9	2,9	1,9	0-9

A két minta között nem volt statisztikailag szignifikáns különbség ($p > 0,2$).

Statisztikai elemzés

Az adatok elemzéséhez a STATISTICA 13.3 (Tibco, Palo Alto) szoftvercsomagot alkalmaztuk. A leíró statisztikát (Kolmogorov-Smirnov- és Levene-teszt) követően az első mintán feltáró faktorelemzést végeztünk, majd a kapott modellt a második mintán teszteltük megerősítő faktorelemzés segítségével. Az elemzést az AMOS 4.0 algoritmussal hajtottuk végre (illesztési index $> 0,80$; standardizált átlagos reziduális $< 0,08$; átlagos négyzetes hiba $< 0,08$)

(Kornbrot, 2000). A reliabilitás kapcsán meghatároztuk a MK belső konzisztenciáját is (Cronbach-féle α értékek). A klinikai tünetek és a MK pontszámok összefüggését Pearson-féle korrelációs koefficienssekkel írtuk le. A kor, nem és az iskolázottság kontrollálásához parciális korrelációanalízist vezetünk be. A két független csoportot kétutas, többváltozós varianciaanalízissel (ANOVA) hasonlítottuk össze. A statisztikai szignifikancia küszöbe $\alpha < 0,05$ volt, amelyet többszörös összehasonlítás esetén a Benjamini-Hochberg eljárással korrigáltuk (Shaffer, 1995).

EREDMÉNYEK

MK pontszámok a két független mintában

Az eredményeket a 2. táblázat mutatja. Az adatok Gauss-féle eloszlást mutattak (Kolmogorov-Smirnov teszt, $p > 0,2$). Tekintettel arra, hogy az egyes betegcsoportoknál az elemszám egyenlőtlen volt, és a Levene-teszt az adatok varianciájának inhomogenitását igazolta ($p < 0,01$), a szkizofrén, a szkizoaffektív és a bipoláris betegek mentalizációs teljesítményét nem hasonlítottuk össze. A két minta ANOVA segítségével történő összevetése nem igazolta a csoport főhatását, vagy a csoport és a MK-dimenziók közötti interakciót ($F < 1$, $p > 0,2$)

A MK faktorszerkezete

Az első mintán végzett feltáró faktorelemzés a feltételezett négyfaktoros megoldást igazolta (főkomponensanalízis sajátértékei: 4,6; 2,3; 1,9; 2,1; 1,8; megmagyarázott variancia: 64%). A MK négy dimenziójának faktorsúlyai az elfogadható – kiváló tartományba estek (α : 0,7-0,9): önreflexió - $\alpha = 0,75$ (0,69-0,85), érzelmi tudatosság - $\alpha = 0,83$ (0,72-0,91), pszichés ekvivalencia - $\alpha = 0,77$ (0,65-0,81), érzelmszabályozás - $\alpha = 0,71$ (0,67-0,76). A második mintán elvégzett megerősítő faktorelemzés igazolta a MK fentiekben leírt négyfaktoros szerkezetét (illesztési index = 1,2; standardizált átlagos reziduális = 0,005; átlagos négyzetes hiba = 0,002).

A MK összefüggése a klinikai tünetekkel és az antipszichotikus medikációval

A PANSS-skála pontszámai alapján a két minta klinikailag hasonló volt ($F < 2$, $p > 0,1$). Bár a tendencia azt mutatta, hogy a pozitív és negatív tünetek tekintetében a szkizofrén betegek mutatták a legmagasabb pontszámokat, majd őket követték a szkizoaffektív és bipoláris páciensek, az egyenlőtlen elemszámú csoportok miatt az összehasonlítás statisztikailag nem volt valid. Összességében valamennyi PANSS alskála és a MK pontszám között pozitív korrelációt figyeltünk meg (r : 0,03-0,53). A legerősebb, magasan szignifikáns korreláció az önreflexió és a PANSS negatív tünetek esetén volt igazolható ($r = 0,53$; $p < 0,001$); a demográfiai paraméterekre és a többszörös összehasonlításra korrigált érték). Szintén szignifikáns pozitív korrelációt találtunk a PANSS negatív tünetek és az érzelmi tudatosság kapcsán ($r = 0,41$; $p < 0,01$). A korrelációs mátrix többi eleme a Benjamini-Hoch-

berg-féle korrekció után nem maradt szignifikáns. Az első- és másodikgenerációs szerekre külön kiszámított klórpromazin-ekvivalens antipszichotikum-dózis nem mutatott összefüggést a MK pontszámokkal a különválasztott és az egyesített mintákban sem ($r < 0,2$; $p > 0,1$).

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunkban igazoltuk a MK négyfaktoros természetét: az önreflexió, az érzelmi tudatosság, a pszichés ekvivalencia és az érzelmszabályozás pszichotikus zavarokban ugyanúgy a mentalizáció statisztikailag igazolható alkotórészeként bizonyult, mint kevésbé súlyos hangulatzavarokban, szomatiform zavarokban és személyiségzavarokban (Hausberg et al., 2012). A MK pontszámok a két, hasonló klinikai paraméterekkel jellemezhető mintában nem különböztek, ami arra utal, hogy a kérdőív a mentalizáció stabil jellemzését adja, az eredmények általánosíthatók.

A páciensek körében mért négyfaktoros struktúra eltér a normál populációtól. Egy 173 főből álló holland mintában a MK tételeinek egyfaktoros megoldását találták, azaz klinikai diagnózissal nem rendelkező személyeknél a mentalizáció nem volt felosztható pszichometriailag igazolt alegységekre (Paridaens, 2017). Valószínű, hogy ezt a pontszámok eltérő szórása, tartománya, eloszlása és csúcossági együtthatója magyarázza. Az alkotórészek a mérőeszköztől is függenek: egy alternatív, 28 tételből álló mentalizációs skála segítségével például három dimenziót igazoltak (szelf-mentalizáció, másik-mentalizáció és mentalizációs motiváció) (Dimitrijevic et al., 2018). Figyelemre méltó, hogy az összesített MK pontszám szignifikáns prediktornak bizonyult nem csak az empátia, de a tudatos jelenlét (mindfulness) és az alexitímia esetében is (Paridaens, 2017). Paridaens (2017) eredményeivel ellentétben dél-koreai adolescenseknél a MK négyfaktoros struktúrát mutatott, de az különbözött a Hausberg és mtsai (2012) által leírtaktól (Song és Choi, 2017). Érdekes, hogy Song és Choi (2017) vizsgálatában a MK pontszám nem korrelált az elmeolvasási tesztekben nyert adatokkal (Baron-Cohen-féle Szemeszt), ami arra utal, hogy a kérdőívvel mért mentalizáció és a klasszikus elmeolvasás nem csak történetileg és jelentéstartalmát illetően más, de statisztikailag sem szorosan kapcsolódó konstruktum.

A mentalizációs deficit egyöntetűen súlyosabb klinikai tünetekkel társult, amely az önreflexió és a negatív tünetek esetében volt a legmarkánsabb. Bár a szociális kognitív deficit és a negatív tünetek közöt-

ti összefüggés intuitívnak tűnik, az irodalom e tekintetben egyáltalán nem egységes (Dimopoulou et al., 2017; Kucharska-Pietura és Mortimer, 2013). Ez idáig meglepő módon nem született olyan vizsgálat, amely a mentalizáció specifikus különválasztásával vizsgálta volna a tüneti összefüggések kérdéskörét, különös tekintettel az alkotórészekre és az elmeolvasásra. A csökkent önreflexió és a negatív tünetek kapcsolata magyarázható az apátiával és a szociális anhedóniával, amennyiben a páciensek motivációs forrásai beszűkülnek a reflektív folyamatok terén. Egy másik lehetséges magyarázat, hogy a gyengébb metakognitív funkciók az önreflexió hiányosságaként öltenek testet. Végül figyelembe kell venni, hogy a szélsőségesen fragmentált szelf a pszichózisok alapvonása, amely nyilvánvalóan befolyásolja a mentalizációt is (Kirkpatrick et al., 2017; Lysaker et al., 2018; Sass és Byrom, 2015).

A vizsgálat fő korlátja a viszonylag kis elemszám, illetve a pszichotikus alcsoportok (szkizofrénia, szkizoaffektív zavar, pszichotikus bipoláris zavar) méretének egyenletlensége. Ez nem tette lehetővé, hogy az egyes diagnózisokhoz kapcsolódó mentalizációs deficit különbözőségéről érdemben nyilatkozni tudjunk. Az elmeolvasási feladatokat alkalmazó újabb kutatások tükrében azonban elmondható, hogy az affektív (bipoláris-spektrum) és non-affektív (szkizofrénia-spektrum) pszichózisok között jelentős mennyiségi és minőségi különbség észlelhető. Ennek lényege, hogy affektív pszichózisokban paradox módon az elmeolvasás kognitív komponense károsodott, ami a belső állapotokra történő másodrendű racionális reflexiókat foglalja magában. Ezzel ellentétben non-affektív pszichózisok esetében a kognitív és az affektív elmeolvasás is érintett, amely összességében is súlyosabb az affektív pszichózisok csoportjával összevetve (Wang et al., 2017).

Kiemelkedő klinikai jelentőségű kérdés a mentalizáció és az antipszichotikus kezelés kapcsolata. Klasszikus módszer az első- és másodikgenerációs szereket szedő páciensek összehasonlítása, de mára az elsőgenerációs monoterápia gyakorisága olyan csekély lett, hogy az elemszám ezt nem tette lehetővé. Alternatív megoldásként a külön számított első- és másodikgenerációs antipszichotikum-dózis és a MK pontszám között kerestünk korrelációt, amely nem hozott pozitív eredményt: a mentalizáció és az antipszichotikum-dózis között nem tudtunk kimutatni szignifikáns összefüggést. A kérdés rendkívül fontos, mert egy általános problémára vet fényt: van-e az antipszichotikumoknak klinikailag releváns hatása a neurokognitív és a szociális kognitív funkci-

ókra, valamint az újabb szerek valóban jelentősen kedvezőbb hatást gyakorolnak-e? Úgy tűnik, hogy e tekintetben az antipszichotikumok csak mérsékelt, a terápiás tartományban dózistól független hatással bírnak, és ez érvényes az első- és másodikgenerációs szerekre egyaránt (Kucharska-Pietura és Mortimer, 2013; Mishara és Goldberg, 2004). A legfontosabb vonás a heterogenitás: az egyes gyógyszerek rendkívül sokféleképpen befolyásolják a kognitív funkciókat, sőt, a másodikgenerációsok csoportjának tagjai is jelentősen eltérő, egyedi kognitív profillal rendelkeznek (Nielsen et al., 2015). A mentalizáció és a gyógyszerhatás kapcsán ez ideig nem született releváns vizsgálat, jelen adataink pedig nem támasztják alá, hogy az antipszichotikumok specifikus, dóziszfüggő hatással rendelkezzenek.

Összefoglalva tehát elmondható, a MK alkalmas a mentalizációs funkciók mérésére pszichotikus zavarokban. Nem egységes jelenségről van szó: a mentális állapotok reprezentációjának és modulációjának négy aspektusát tudtuk elkülöníteni. A mentalizáció zavara mérsékelt kapcsolatot mutatott a klinikai tünetekkel, különös tekintettel a negatív tünetek és az önreflexió jelenségére. A klinikai pszichofarmakológia szempontból érdekes, hogy az antipszichotikumok nem gyakoroltak dóziszfüggő hatást a mentalizációra. A jövőbeli vizsgálatok elsődleges feladata annak megállapítása lesz, hogy a MK mennyire alkalmas hosszmetetszeti követésre, a terápia hatásának monitorozására, valamint milyen kapcsolatban áll a mindennapi életben mutatott pszichoszociális funkciók szintjével.

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

MK: Mentalizációs Kérdőív

PANSS: Pozitív és Negatív Tünetek Skálája (Positive and Negative Syndrome Scale)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS: A munka a BME biotechnológia projekt (FIKP-BIO) és az NKFI/OTKA K 128599 támogatásával készült el.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Fekete Kata

Nyíró OPAI

1135 Budapest, Lehet utca 59.

E-mail: feketekata.katalin@gmail.com

IRODALOM

1. Balázs, J., Bitter, I., Hideg, K., Vitrai, J., 1998. A M.I.N.I. és a M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatr Hung* 13, 160-168.

2. Bateman, A., Fonagy, P., 2004. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press, Oxford.
3. Bora, E., Pantelis, C., 2013. Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 144, 31-36.
4. Brune, M., 2005. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 31, 21-42.
5. Carruthers, P., Smith, P.K., 1996. *Theories of Theory of Mind*. Cambridge University Press, Cambridge.
6. Dennett, D., 1987. *The Intentional Stance*. MIT Press, Cambridge.
7. Dimitrijevic, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijevic, A., Jolic Marjanovic, Z., 2018. The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *J Pers Assess* 100, 268-280.
8. Dimopoulou, T., Tarazi, F.I., Tsapakis, E.M., 2017. Clinical and therapeutic role of mentalization in schizophrenia-a review. *CNS Spectr* 22, 450-462.
9. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M., 2002. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press, New York.
10. Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.W., Warren, F., et al., 2016. Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One* 11, e0158678.
11. Hausberg, M.C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C.G., Klopfer, M., et al., 2012. Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the mentalization questionnaire (MZQ). *Psychother Res* 22, 699-709.
12. Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A., 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13, 261-276.
13. Kirkpatrick, B., Mucci, A., Galderisi, S., 2017. Primary, Enduring Negative Symptoms: An Update on Research. *Schizophr Bull* 43, 730-736.
14. Kucharska-Pietura, K., Mortimer, A., 2013. Can antipsychotics improve social cognition in patients with schizophrenia? *CNS Drugs* 27, 335-343.
15. Leucht, S., Samara, M., Heres, S., Patel, M.X., Furukawa, Tet al., 2015. Dose Equivalents for Second-Generation Antipsychotic Drugs: The Classical Mean Dose Method. *Schizophr Bull* 41, 1397-1402.
16. Luyten, P., Fonagy, P., 2015. The neurobiology of mentalizing. *Personal Disord* 6, 366-379.
17. Lysaker, P.H., Gagen, E., Moritz, S., Schweitzer, R.D., 2018. Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychol Res Behav Manag* 11, 341-351.
18. Mishara, A.L., Goldberg, T.E., 2004. A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book. *Biol Psychiatry* 55, 1013-1022.
19. Nielsen, R.E., Levander, S., Kjaersdam Telleus, G., Jensen, S.O., Ostergaard Christensen, T., Leucht, S., 2015. Second-generation antipsychotic effect on cognition in patients with schizophrenia – a meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 131, 185-196.
20. Paridaens, P., 2017. Reliability and validity of the Mentalization Questionnaire (MZQ) in forensic care, Department of Development Psychology. Tilburg University.
21. Sass, L.A., Byrom, G., 2015. Self-Disturbance and the Bizarre: On Incomprehensibility in Schizophrenic Delusions. *Psychopathology* 48, 293-300.
22. Song, H., Choi, H.-A., 2017. Exploration of the Factor Structure of the Mentalization Questionnaire (MZQ) in 16–17-year-old Korean Adolescents. *Korean J Clin Psychol* 36, 391-401.
23. Wang, Y.Y., Wang, Y., Zou, Y.M., Ni, K., Tian, X., et al., 2017. Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder. *Schizophr Res* S0920-9964(17), 30678-3

Dimensions of mentalization in psychotic disorders

The clinical assessment of mentalization became one of the most important issues in clinical psychology and psychiatry. Despite extensive research efforts, the exact definition, classification, and evaluation of mentalization is unresolved, especially in psychotic disorders. The primary purpose of the present study was to investigate the factor structure of the Mentalization Questionnaire. In addition, we investigated the relationship between the dimensions of mentalization and the positive, negative, and general symptoms of psychotic disorders, as well as potential associations with antipsychotic medications. We recruited two independent samples: the first consisted of 94 individuals (schizophrenia, $n=63$; schizoaffective disorder, $n=21$; psychotic bipolar disorder, $n=10$), and the second included 75 patients (schizophrenia, $n=60$; schizoaffective disorder, $n=10$; psychotic bipolar disorder, $n=5$). Exploratory and confirmatory factor analyses revealed four dimensions in both samples: self-reflection, emotional awareness, psychic equivalence, and affective regulation. The two samples did not differ in Mentalization Questionnaire scores. The severity of negative symptoms significantly correlated with weak self-reflection. The dose of first- and second-generation antipsychotics was not associated with mentalization. In summary, the questionnaire is suitable for the measurement of mentalization in psychotic disorders. Mentalization is not a unitary phenomenon: its four psychometric components were differentially associated with clinical symptoms, but not with antipsychotic medications.

Keywords: mentalization, psychotic disorders, schizophrenia, antipsychotics