

ZABURZENIE OSOBOWOŚCI TYPU BORDERLINE JAKO NASTĘPSTWO UPOŚLEDZENIA ROZWOJU ZDOLNOŚCI DO MENTALIZACJI W KONTEKŚCIE RELACJI PRZYWIĄZANIA

NORMAL AND ABNORMAL DEVELOPMENT OF MENTALIZATION AND DEVELOPMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AS MENTALIZATION DYSFUNCTION IN THE CONTEXT OF DEVELOPMENT OF ATTACHMENT RELATION

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

**borderline
personality
disorder (BPD)
mentalization
attachment**

Autor opisuje charakterystyczne cechy zaburzenia osobowości typu borderline i przedstawia koncepcję jego rozwoju w oparciu o teorię mentalizacji w ujęciu Petera Fonagy'ego i jego współpracowników. Odnosi się do teorii przywiązania Johna Bolby'ego i omawia podłoże zaburzenia jako wynik zakłóceń w rozwoju mentalizacji, wynikających z nieprawidłowego przebiegu budowania przywiązania pomiędzy dzieckiem a opiekunem (matką). Przedstawia propozycje pracy terapeutycznej, której celem jest zwiększanie i utrwalanie możliwości mentalizowania.

Summary: The aim of this article is to describe the normal and abnormal development of mentalisation and development of borderline personality disorder as a mentalisation dysfunction, in the context of development of attachment relation. Borderline personality disorder is a distinct clinical syndrome with important implications for public health; patients show reduced capacities to mentalise, which inevitably leads to problems in interpersonal relationships, identity disturbance, impulsivity, emotional regulation and suicidal threats. In this article author present a review of a construct of mentalisation as it is developed by P. Fonagy and his collaborators. Mentalising is the process of making sense of mental states in oneself and other persons in terms of subjective states and mental processes. The concept of mentalisation is rooted in attachment theory. The author reviews the biobehavioural switch–model of the relationship between attachment, arousal or stress, mentalisation, and development of borderline personality disorder.

Zaburzenie osobowości typu borderline (BPD)

Zaburzenie osobowości typu borderline (borderline personality disorder, BPD) jest poważnym schorzeniem psychicznym oraz problemem zdrowotnym angażującym specjalistów wielu zawodów związanych z medycyną: lekarzy różnych specjalności, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych i innych. Szacuje się, że BPD występuje u 0,2–1,8% populacji ogólnej [1]. Wyższe wskaźniki odnotowano w populacji klinicznej; kryteria BPD spełnia 11% wszystkich pacjentów leczonych ambulatoryjnie i 19% leczonych stacjonarnie, a wśród pacjentów z objawami zaburzeń osobowości pacjenci borderline stanowią 33% pacjentów leczonych ambulatoryjnie, ale aż 63% leczonych stacjonarnie [za: 2, s. 3]. Moran i współpracownicy [za: 1] oszacowali występowanie BPD na około 4–6% wśród

leczonych po raz pierwszy, sugerując, że osoby z BPD prawdopodobnie częściej zgłaszają się do lekarzy pierwszego kontaktu. Chanen i współpracownicy [za: 1] stwierdzili to zaburzenie u 11% adolescentów leczonych w trybie ambulatoryjnym, ale aż u 49% objętych hospitalizacją. Najwyższy wskaźnik zachorowalności zaobserwowano wśród osób wymagających najbardziej intensywnej opieki i leczenia, sięgający 60–80% w populacji pacjentów medycyny sądowej. BPD charakteryzuje się nawracającym wzorcem trudności w regulacji emocji i kontroli impulsów prowadzących często do samouszkodzeń i prób samobójczych. Nawracające próby samobójcze występują u 69–80% pacjentów z BPD, a skuteczne samobójstwa są szacowane na ponad 10%. Około 70–75% pacjentów z tej grupy w wywiadzie podaje przynajmniej jedno zachowanie o typie samouszkodzenia [za: 2, s. 4]. Samooleczeń dokonują w większości ludzie młodzi i w średnim wieku; około 75% samouszkodzeń dotyczy osób w wieku 18–45 lat [za: 2, s. 4]. Pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline cechuje także wzorec niestabilności zarówno w obszarze relacji interpersonalnych, skutkujący brakiem zdolności tolerowania samotności, jak i w obrazie siebie, w postaci dyfuzji tożsamości [1, 3]. Jest zatem BPD także poważnym problemem społecznym.

Trudności pojawiają się już na etapie opisu objawów i prób diagnozowania BPD. Musiały minąć 42 lata od czasu, gdy po raz pierwszy, w 1938 roku Adolf Stern, wstępnie jeszcze, scharakteryzował tę grupę pacjentów, by pojawiło się ono jako odrębne rozpoznanie w *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*, a stało się to dopiero w trzecim wydaniu podręcznika, w 1980 roku [za: 2]. Nie mniejszych trudności następuje próba opisu etiopatogenezy BPD — etiopatogenezy, czyli ujętego chronologicznie zespołu przyczynowo-skutkowego, który prowadzi do powstania i leczenia tego zaburzenia. Teoria mentalizacji jest kolejną, wnikliwą i obiecującą, próbą opisu etiopatogenezy BPD rozumianego w tym ujęciu jako zaburzenie osobowości cechujące się specyficznym upośledzeniem procesu mentalizacji, która nie mogła się prawidłowo wykształcić w toku relacji przywiązania. Głównymi twórcami tej teorii są Peter Fonagy, Anthony Bateman, Jon Allen, którzy wraz z towarzyszącymi im licznymi współpracownikami rozwijają ją od początku lat 90.

Konstrukt mentalizacji jest osadzony w teorii przywiązania i kontynuuje myśl J. Bowlby'ego, M. Ainsworth i M. Main. Nawiązuje do filozoficznych i kognitywistycznych teorii umysłu (*theory of mind, ToM*) i teorii mechanizmu umysłowego (*theory of mind mechanism, ToMM*) z ich głównymi przedstawicielami w osobach D. Premacka i G. Woodruffa, A.M. Leslie, D.C. Dennetta i S. Barona-Cohana. W obszarze współczesnej neuroscienze odwołuje się do systemu podwójnego wzbudzenia (*dual-arousal system*) A.F.T. Arnsten rozwiniętego i zmodyfikowanego przez L.C. Mayes.

Mentalizowanie jest, obok procesów tworzenia reprezentacji oraz regulowania emocji, kontroli uwagi i systemu podwójnego wzbudzenia, jednym z czterech czynników konstytuujących poznanie społeczne (*social cognition*) [4, 5]. Autorzy — Fonagy, Luyten, Bateman i in. — analizują poziom organizacji i efektywność mentalizacji jako wypadkową dynamicznego modelu wzajemnego oddziaływania na siebie mentalizacji, przywiązania oraz poziomu pobudzenia emocjonalnego lub stresu. W tym ujęciu mentalizacja jest typowo ludzką wyobraźniową aktywnością umysłową umożliwiającą spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów

umysłu, takich jak potrzeby, pragnienia, uczucia, wierzenia, przekonania, cele, zamiary, przyczyny, powody itp. Umożliwia i ułatwia rozumienie zdarzeń społecznych i adekwatne reagowanie na nie oraz tworzenie więzi interpersonalnych [6]. Mentalizowanie jest umiejętnością, która może być rozwinięta w różnym stopniu, ale zaburzenie tej zdolności nieuchronnie prowadzi do poważnych trudności w relacjach interpersonalnych [za: 7, 8, 9]. Jej przyswojenie zależy od jakości relacji wczesnego przywiązania ze szczególnym uwzględnieniem zakresu, w jakim subiektywne doświadczenie dziecka było adekwatnie odzwierciedlane przez opiekunów, i to właśnie jakość odzwierciedlania afektu odgrywa kluczową rolę w rozwoju procesów regulacji emocji i samokontroli, włączając w to zdolność do mentalizacji, mechanizmy uwagiowe i czynnik wysiłkowej kontroli (effortful control). Zaburzenie lub przerwanie relacji wczesnego przywiązania i/lub późniejsza trauma mogą potencjalnie zakłócić zdolność do mentalizacji i rozwoju spójnej struktury self. Zdolność mentalizowania ma zarówno aspekty „cechy”, jak i „stanu”. Zdolności mentalizacyjne opiekunów dziecka, ich emocjonalne dostrojenie się i uważność na jego stany umysłu są kluczowymi mediatorami w przekazywaniu przywiązania, a zaniedbywanie go uniemożliwia mu prawidłowy rozwój refleksyjności. Zakłada się, że w procesie adaptacji pośredniczą kluczowe funkcje samoregulacji, wliczając w to regulację reakcji na stres, regulację uwagi i funkcję mentalizowania [1, 10, 11]. Z tego powodu należy poświęcić uwagę temu, czym jest i jak tworzy się przywiązanie dziecka do jego opiekunów i jak zaburzenia przywiązania uniemożliwiają lub utrudniają prawidłowe wykształcenie się zdolności do mentalizacji.

Rozwój mentalizacji w kontekście relacji przywiązania

Prekursorem badań nad przywiązaniem był John Bowlby, który rozpoznał znaczenie uwarunkowanej biologicznie potrzeby dziecka przywiązania do opiekuna i utrzymywania z nim bliskości fizycznej. Czynniki te działając łącznie dają dziecku emocjonalne poczucie bezpieczeństwa i zwiększają możliwość fizycznego przetrwania w środowisku naturalnym. Funkcję tę pełni uwarunkowany genetycznie, ewolucyjny „behawioralny system przywiązania” (attachment behavioural system). W odpowiedzi na pojawiające się zagrożenie jednostka uruchamia trzy typy zachowań. Po pierwsze szuka fizycznej bliskości z ochraniającą figurą przywiązania, którą jest najczęściej matka. Po drugie ta ważna dla dziecka osoba jest wykorzystywana jako „bezpieczna baza” (secure base). Oddalanie się od niej umożliwia eksplorację środowiska, a powrót do niej w chwilach niepewności i zagrożenia umożliwia „naładowanie akumulatorów”, czyli nabycie i/lub wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa w celu dalszej swobodnej eksploracji otoczenia. I po trzecie wreszcie jest to uciekanie się do figury przywiązania jako „bezpiecznej przystani” [10, s. 15] w celu przetrwania realnego zagrożenia fizycznego — ocalenia zdrowia lub życia. Badając dzieci, które w związku z działaniami wojennymi (II wojna światowa) przeżyły separacje i utraty, Bowlby opisał reakcje obronne protestu, rozpacz i zubożenie. Uważał, że jakość dziecięcej relacji z opiekunem wpływa na powstawanie wewnętrznych reprezentacji czy „modeli operacyjnych” (working model) siebie i innych, tworzących prototypowy model dla dalszych relacji społecznych. Uwewnętrznione modele operacyjne są schematami umysłowymi łączącymi oczekiwania dotyczące zachowania opiekunów i innych ludzi względem self. Te oczekiwania są abstrakcyjnymi pojęciami opartymi na powtarzających

się specyficznych interakcjach jednostki. Uwewnętrzny model operacyjny jest wynikiem naturalnego procesu abstrahowania niezmiennych składników spośród zróżnicowanych sytuacji społecznych doświadczanych przez jednostkę. Te uwewnętrznione modele przywiązania pozostają względnie stałe w ciągu całego życia [10, 12].

Kolejnym i ważnym krokiem w rozwoju teorii przywiązania było opisanie przez bliską współpracowniczkę J. Bowlby'ego, Mary Ainsworth, trzech stylów przywiązania. W licznych badaniach eksperymentalnych autorka ta weryfikowała hipotezy J. Bowlby'ego dotyczące wpływu wczesnej rozłąki z matką na psychikę dziecka i wykazała, że liczy się nie tylko czas spędzany z dzieckiem, ale jakość opieki nad nim, a szczególnie stopień wrażliwości i odpowiedź matki na sygnały płynące do niej od dziecka. Odkryła pozytywną korelację między poczuciem bezpieczeństwa u dziecka a przyjemnością płynącą z karmienia piersią. Uwzględniając dzisiejszą wiedzę neurobiologiczną wiemy, że istotną rolę w tym procesie odgrywa oksytocyna — neurohormon wytwarzany w podwzgórzu i magazynowany w tylnym płacie przysadki mózgowej — która prawdopodobnie jest pierwszym pośrednikiem w tworzeniu się relacji między przywiązaniem a mentalizacją. Wydzielanie oksytocyny jest wzmożone w okresie porodu, położu i karmienia piersią, i służy zwiększeniu emocjonalnego dostrojenia się matki do dziecka, powoduje poprawę nastroju wywołując przyjemne stany emocjonalne, redukując lęk, wyciszając i zmniejszając poziom stresu spowodowanego obciążającą fizycznie i psychicznie opieką nad małym dzieckiem [4, 10, 13]. Ainsworth, obserwując i opisując — z zastosowaniem opracowanej przez siebie procedury „nieznanej sytuacji” (strange situation) — wzorce interakcji, ze szczególnym uwzględnieniem wzorców komunikacji między matką a dzieckiem, sformułowała klasyczne dziś, widoczne u dzieci i dorosłych style przywiązania. Pierwszym z nich jest przywiązanie dające poczucie bezpieczeństwa. Kształtuje się ono w relacji z matką, która empatycznie, akceptująco i wrażliwie reaguje na sygnały dziecka, dostrajając swój rytm do jego rytmu.

Drugim wzorcem jest przywiązanie unikowe. Ainsworth obserwowała, że dzieci prezentujące ten styl przywiązania zachowywały się z pozoru nonszalancko, zdawały się nie przejawiać niepokoju i eksplorowały środowisko nawet podczas nieobecności matki, a jej powrót przyjmowały z obojętnością. Pozornie wydawały się spokojne, jednakże reakcje fizjologiczne, a głównie znacząco wyższy w porównaniu z dziećmi charakteryzującymi się poczuciem bezpiecznego przywiązania poziom kortyzolu, wskazywały, że przeżywały one silny stres. Ainsworth doszła zatem do wniosku, że pozorna obojętność to nic innego jak wytworzona w odpowiedzi na deficyt wsparcia i miłości strategia obronna w postaci rezygnacji.

Trzecim typem jest występujące w dwóch podgrupach przywiązanie ambiwalentne. Dzieci z tej grupy były zaabsorbowane kontrolowaniem miejsca, w którym znajduje się matka, na rozłąkę z nią reagowały nasilonym niepokojem, ale w pierwszej podgrupie dzieci powrót matki wywoływał ich złość na przemian z domaganiem się kontaktu z nią oraz próbami jej odrzucenia; dzieci z drugiej podgrupy reagowały biernością i w nikły sposób wyrażały prośbę o opiekę i ukojenie, jakby całkowicie je przytłoczyły przeżyte doświadczenia rozłąki, ich dziecięca bezradność i rozpacz. Wprawdzie matki z tej grupy (ambiwalentnych) nie wysyłały komunikatów świadczących o odrzuceniu dziecka, jednak ich reakcje były mało wrażliwe, jakby zniechęcały dziecko do autonomii [10].

Kluczowe znaczenie dla rozwoju poszczególnych stylów przywiązania miała jakość komunikacji. Gdy oczekiwanie ukojenia, pocieszenia i uspokojenia napotykało reakcję zgodną z potrzebami dziecka, gdy matka reagowała emocjonalnym dostrojeniem charakteryzowanym jako typ „zależny” (contingent) i „oparty na współpracy” (collaborative), wtedy wytwarzała się relacja przywiązania dająca dziecku poczucie bezpieczeństwa. W diadach pozbawionych poczucia bezpieczeństwa dzieci unikowe powstrzymywały sygnały mogące świadczyć o ich potrzebie bliskości z matką, a matki tych dzieci były niedostępne emocjonalnie. Na smutek dziecka reagowały wycofaniem, a kontakt fizyczny z nim budził w nich skrepowanie. Dzieci cechujące się przywiązaniem ambiwalentnym były zainteresowane tym, czy matka jest dostępna, a ekspresja zachowań przywiazaniowych była nasiloną. Jednakże reakcje matek dzieci ambiwalentnych były nieprzewidywalne, niespójne i niekonsekwentne, co zdaniem Siegela [za: 10] odzwierciedlało zmiany stanów ich umysłów. W ten sposób w procesie rozwoju dzieci nie mogły uczyć się przewidywać ich reakcji [10].

Kontynuując myśl swoich poprzedników, głównie Bowlby'ego i Ainsworth, Mary Main odkryła i opisała czwarty model przywiązania, a mianowicie przywiązanie zdeorganizowane/z dezorientacją. Zauważyła, że dzieci z tej grupy zachowywały się w obecności opiekuna sprzecznie, dziwacznie lub niewytłumaczalnie. Po chwili rozłąki z matką zbliżały się do niej, a następnie w niezrozumiały sposób zastygały w miejscu, rzucały się na podłogę i zamierały w stanie zbliżonym do transu. Zgodnie z hipotezą Main przywiązanie zdeorganizowane/z dezorientacją formuje się w sytuacji, gdy dziecko przeżywa opiekuna jako dającego poczucie bezpieczeństwa i jednocześnie stwarzającego duże zagrożenie. Aż 82% dzieci maltretowanych wykazuje ten wzorec przywiązania w porównaniu z 18% dzieci z grupy kontrolnej. Ryzyko zwiększa się w rodzinach ubogich lub z doświadczeniem choroby psychicznej i uzależnienia od substancji psychoaktywnych [za: 10, s. 26 i nast.]. Jednakże ten model przywiązania obserwowano również w rodzinach nie wykazujących tak jawnych cech psychopatologicznych. Main doszła zatem do wniosku, że „zdeorganizowane przywiązanie powstaje w interakcjach dziecka z rodzicami, którzy są przerażający, przerażeni lub zdysocjowani” [10, s. 27].

W 1991 roku, niezależnie od siebie, Mary Main i Inge Betherton skupiły uwagę na refleksji D.C. Dennetta zawartej w pracy z 1987 r., zatytułowanej „Postawa intencjonalna” (Intentional stance) — twierdził, że ludzie starają się wzajemnie rozumieć za pośrednictwem pojęć opisujących ich stany mentalne, takie jak myśli, uczucia, przekonania i pragnienia, i czynią to po to, by nadać sens zachowaniom oraz by móc je przewidywać. Jednym z prekursorów, a w dalszym rozwoju integralnym składnikiem postawy intencjonalnej, jest nabywana przez dzieci w 3.—4. roku życia świadomość, że zachowanie innych może być oparte na błędnych przekonaniach (false beliefs). Badacze rozwoju skonstruowali liczne testy (np. Test Niespodziewanej Zmiany czy Test Zwodniczego Pudełka) służące do oceny jakości rozumienia przez dzieci błędnych przekonań. Przystojenie tej zdolności jest dowodem wytworzenia przez dziecko teorii umysłu [za: 14, 15].

Peter Fonagy jest uznawany za kontynuatora myśli Johna Bowlby'ego, Mary Ainsworth i Mary Main [za: 10]. Jego wkład w rozwój teorii psychopatologii, teorii przywiązania i koncepcji leczenia poważnych patologii osobowości polega na połączeniu kognitywistycznych i filozoficznych teorii umysłu oraz teorii mechanizmu umysłowego z osiągnię-

ciami współczesnej neuronauki i klasyczną teorią przywiązania. W tym duchu proponuje zastąpić pojęcie teorii umysłu (ToM) pojęciem mentalizacji lub funkcji refleksyjnej. Wraz ze współpracownikami podkreśla wagę i znaczenie wypracowania transakcyjnego modelu rozwoju osadzając tworzenie się mentalizacji w kontekście relacji z opiekunem i wzajemnego oddziaływania na siebie uczestników tej interakcji [4].

P. Fonagy sformułował teorię prawidłowego rozwoju zdolności do mentalizacji. W ramach tej teorii przywiązanie pełni poznawczą funkcję w tym znaczeniu, że wspiera rozwój mechanizmów uwagowych (attentional mechanisms), funkcji refleksyjnej i zdolności tworzenia uwewnętrznionych reprezentacji stanów emocjonalnych. Rozwój self w teorii mentalizacji opiera się na trzech podstawowych założeniach. Po pierwsze, mentalizujące poczucie podmiotowości jednostki jest zakorzenione w dokonywanej przez znaczących innych, głównie najbliższych opiekunów, atrybucji jej stanów psychicznych. Po drugie, zdolności te kształtują się w procesach interakcji z opiekunem, którym jest najczęściej, lecz niekoniecznie, matka. Zdolność ta wyłania się i rozwija w procesie interakcji z opiekunem w kontekście relacji przywiązania i za pośrednictwem procesu zrównoważonego odzwierciedlania (contingent mirroring). Po trzecie, zdolności te mogą być zdezorganizowane, chwilowo lub w dłuższym czasie, pod wpływem konfliktów, w tym także konfliktów w relacji z opiekunem oraz pod wpływem przedłużającego się silnego stresu lub traumatycznych wydarzeń. W takiej sytuacji aktywują się przedmentalizacyjne formy poznania i myślenia [4, 16, 17]. Fonagy utrzymuje, że „uwypuklone” (marked) oraz zrównoważone (contingent) odzwierciedlanie stanów umysłu dziecka dokonywane w dającej poczucie bezpieczeństwa relacji przywiązania ułatwia rozwój dziecięcej zdolności do mentalizowania. Odzwierciedlenie zrównoważone polega na względnie adekwatnym oddaniu stanów emocjonalnych dziecka, natomiast odzwierciedlenie uwypuklone polega na nieco wyolbrzymionym, lecz nie karykaturalnym, odzwierciedlaniu jego zachowań. Opiekun płaczącego i przeżywającego dystres dziecka sam nie odpowiada płaczem ani gestem wyrażającym niepokój, lecz raczej nieco przejęskrawioną czy łagodnie zatroskaną miną, zmarszczeniem brwi, czym wyraża zarówno zainteresowanie jego stanem emocjonalnym, jak i opiekę nad nim i miłość. To tworzy ekspresję, która nie tylko odzwierciedla jak w lustrze wyobrażony stan emocjonalny dziecka, ale także przekształca te bardziej pierwotne „prezentacje” w bardziej złożone „re-prezentacje”. W ten sposób odzwierciedlenie jest bardzo zbliżone do stanów emocjonalnych, psychicznych dziecka, ale także — co ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego rozwoju jego self — odróżnione jako własna odpowiedź opiekuna na te stany. Odzwierciedlając wewnętrzne stany dziecka w sposób, który jest zarówno „marked”, to znaczy „uwypuklony”, jak i „contingent”, to jest wierny, trafny i czuły, opiekun pomaga mu scalić i wzmocnić rozumienie początkowo nie do końca świadomych stanów wewnętrznych. Pozwala to dziecku przekształcić odczuwane wrażenia sensoryczne w spójne i zawarte w psychice świadome postrzeganie i świadomą uwagę (conscious awareness). Ten proces odzwierciedlania wspiera rozwój zdolności dziecka do mentalizowania swego wewnętrznego doświadczenia, co w konsekwencji umożliwi mu regulowanie afektu i dystresu [16]. Zdolność do mentalizacji automatycznej rozwija się prawdopodobnie już około 18. miesiąca życia, przyzwalając na niejawną atrybucję pragnień, potrzeb, emocji, intencji i innych stanów umysłu. Natomiast między 4. a 6. rokiem życia staje się możliwa mentalizacja kontrolowana i od tej pory dziecko jest zdolne

w pełni zrozumieć oraz wyjaśnić, że zachowanie innych osób może być determinowane ich fałszywymi przekonaniem, co jest załącznikiem powstania teorii umysłu [15]. Osoba dająca poczucie bezpiecznego przywiązania swoją aktywnością psychiczną niejako „odkrywa” w sobie i w dziecku jego umysł, a „zawierając” umysł dziecka w swoim umyśle nadaje dziecku poczucie podmiotowości i odrębności. W kolejnym kroku dziecko internalizuje powstałe w umyśle opiekuna reprezentacje siebie samego i w ten sposób tworzy podstawy psychologicznego self. Zatem to od jakości wczesnych relacji z opiekunem zależy, czy dojdzie do prawidłowej integracji prymitywnych trybów doświadczania rzeczywistości wewnętrzpsychicznej i czy powstanie prawidłowa zdolność mentalizacji [18]. Po pierwsze, dająca poczucie bezpieczeństwa relacja przywiązania prowadzi do powstania w umyśle dziecka reprezentacji afektu, zwanych także reprezentacjami drugiego rzędu (second-order representation) w odróżnieniu od reprezentacji pierwszego rzędu, którymi są tworzące wczesne self fizyczne doświadczenia sensoryczne. Po drugie, w dającej poczucie bezpieczeństwa relacji przywiązania rozwijają się mechanizmy uwagowe, których następstwem jest zdolność do wysiłkowej kontroli oznaczającej „zdolność hamowania dominującej reakcji i wykonania reakcji niedominującej. Odnosi się ona do możliwości dowolnego zahamowania, aktywacji bądź modyfikacji uwagi i zachowania, wiąże się ze świadomością planu działania oraz subiektywnymi odczuciami dowolnej kontroli myśli i uczuć” [19, s. 90]. Badanie tej zdolności jest jednym z elementów oceny dojrzałości szkolnej, dziecko bowiem, słysząc pytanie nauczyciela skierowane do całej klasy, musi umieć powstrzymać spontaniczną i dominującą reakcję udzielenia natychmiastowej odpowiedzi; dopiero potem może zgłosić się, aby odpowiedzieć na pytanie nauczyciela. I, po trzecie, rozwijają się zdolności do mentalizacji, czyli funkcja refleksyjna.

Nieprawidłowy rozwój mentalizacji

P. Fonagy zaproponował także teorię wyjaśniającą mechanizm nieprawidłowego rozwoju zdolności do mentalizacji. Znaczące deficyty w tym obszarze prowadzą do rozwoju poważnych patologii charakteru, w tym głównie osobowości typu borderline. Fundamentalnym założeniem teorii P. Fonagy’ego i współpracowników jest obserwacja, że zakłócenie rozwoju procesu mentalizacji, czyli zdolności rozpoznawania i uświadamiania sobie swoich i cudzych stanów umysłu, i niezbędnej refleksji nad nimi, może być efektem zaburzenia relacji przywiązania we wczesnym dzieciństwie. Na osłabienie mentalizacji mogą złożyć się różnorodne, działające razem i osobno przyczyny. Jedną z nich może być ubogie w stymulację środowisko ze słabo mentalizującymi rodzicami, którzy zwracają mało uwagi na stany emocjonalne dziecka. Dugą grupę czynników stanowią sytuacje „wyłączenia” i „odprężenia” (decoupling) mentalizacji przez dziecko jako następstwo zaniedbania i nadużycia. A zatem na osłabienie zdolności do mentalizacji mogą złożyć się: po pierwsze — traumatyczne doświadczenia, po drugie — osłabiona reprezentacja afektu i system kontroli uwagowej i po trzecie — realizowane w sposób przymusowy mechanizmy kontroli oraz manipulacji [16, 20]. Bowlby uważa, że gdy konstrukcja psychiczna opiekuna lub inne traumatyczne wydarzenia nie utworzą „bezpiecznej bazy” dla rozwoju dziecka, dojdzie do zaburzenia procesu odzwierciedlania, które w ten sposób stanie się nieadekwatne. Rozwiną się osłabione mechanizmy uwagowe oraz słaba i zubożona reprezentacja afektu.

W przypadku odzwierciedlania niekongruentnego, „nieprzystającego” (incongruent contingent mirroring) wewnątrzpsychiczne reprezentacje nie odnoszą się do niczego realnego i w takiej konstelacji rozwija się tryb myślenia określany mianem „na niby” (pretend), który polega na tym, że świat wewnętrzny zostaje oddzielony od świata zewnętrznego. Stwarza to przekonanie o realności wyobrażeń, a osoby o takim trybie myślenia mają wrażenie, że to, co sobie wyobrażają, istnieje naprawdę [17]. Przykładami trybu „na niby” są dysocjacja, zaprzeczanie i narcystyczne urojenia wielkościowe. W trybie „na niby” wnioskowanie dotyczące stanów umysłu własnego i innych ludzi zachodzi bez realnego związku z rzeczywistością i pociąga za sobą proces „decoupling” („rozkojarzania”, „odprzęgania” czegoś, co zostało przedtem połączone, sprzężone), co jest odwrotnością trybu psychicznej równoważności. Rozpoznanie trybu „pretend” w pracy terapeutycznej ma kluczowe znaczenie, terapeuta bowiem może mieć wrażenie, że pacjent adekwatnie używa słów opisując swoje stany emocjonalne i mentalne, tymczasem w trybie myślenia „na niby”, jego słowa są zrozumiałe, lecz nie wywierają odpowiedniego oddziaływania, ponieważ treść została oddzielona od składnika emocjonalnego, a wyobrażenia od rzeczywistości itp. Należy różnicować tryb „na niby” z aleksytymią, bo o ile pacjentowi aleksytymicznemu może brakować słów do opisu stanów wewnętrznych, o tyle pacjent myślący w trybie „na niby” ma spory zasób słów, ale nie są one jego słowami i dlatego nie opisują jego stanów wewnętrznych, oraz nie mogą posłużyć do opisu stanów wewnętrznych innych osób [21].

W przypadku odzwierciedlania „nieuwypuklonego” (unmarked mirroring), gdy ekspresje opiekuna są spostrzegane jako eksternalizacje jego własnego doświadczenia, rozwinięciem trybu myślenia zwany trybem „psychicznej równoważności” (psychic equivalent mode), który jest zbliżony do myślenia magicznego i polega na zrównaniu tego, co wewnętrzne, z tym, co zewnętrzne; na utożsamieniu rzeczywistości ze stanami psychicznymi. Przykładem mogą być sny, stany flashback w zaburzeniach stresowych pourazowych (PTSD) i przemijające stany paranoidalne [17, 21].

Gdy zaburzenie procesu odzwierciedlania doprowadzi do braku reprezentacji umysłu dziecka w umyśle rodzica, wówczas zinternalizuje ono nieadekwatne stany psychiczne. W takiej konstelacji wydarzeń rodzące się self dziecka będzie zawierało w sobie, jak ciało obce, „obce self” (alien self), doświadczane jako niespójne i nieznośne, trudne do wytrzymania i nienawistne, oraz atakujące od wewnątrz. Towarzyszą temu bolesne doświadczenia emocjonalne, a w dążeniu do uzyskania wewnętrznej spójnej reprezentacji self, w celu zredukowania przykrych stanów emocjonalnych oraz posługując się w sposób przymusowy mechanizmami kontroli i manipulacji, wraz z towarzyszącą im hiperaktywacją relacji przywiązania, dziecko dokonuje eksternalizacji „obcego self” w opiekuna. Poważną konsekwencją umieszczenia w innej osobie „alien self” jest lęk przed utratą tej osoby i powstanie ambiwalentnej, z akcentem na silną zależność, relacji. Przejawiane przez dzieci nasilone zachowania kontrolujące są analogiem obronnego mechanizmu identyfikacji projekcyjnej służącej redukcji poczucia wewnętrznej niespójności w drodze eksternalizacji.

Odmiernym sposobem uwolnienia się od przytłaczających stanów emocjonalnych i uzyskania ulgi jest niszczenie self poprzez samouszkodzenia, czyli aktywizacja, aktualizacja trybu teleologicznego (teleological stance) [4, 17, 22]. W trybie „postawy teleologicznej” stany psychiczne są uzewnętrzniane w ukierunkowanych na cel działaniach zamiast w dostępnych świadomemu przeżywaniu reprezentacjach psychicznych wyrażanych za pomocą

słów. W tym trybie wewnętrzne stany psychiczne zostają zredukowane do poddających się obserwacji zachowań lub wyodrębnionych aspektów zachowania, a treściowa zawartość psychiki, na przykład uczucia, pragnienia, wspomnienia, wyobrażenia i słowa, nie ma głębszego znaczenia, komunikowanie zaś wewnętrznych stanów psychicznych dokonuje się jedynie poprzez działanie. Przykładowo, samookaleczenie może być sposobem komunikowania skrajnie nasilonego bólu emocjonalnego, a kontakty seksualne czy pociąg fizyczny mogą być wskaźnikami lub miarą miłości i opieki. W trybie teleologicznym jednostka tylko wtedy zaakceptuje istnienie stanów psychicznych, gdy są one dostępne obserwacji w konkretny i fizycznie udowodniony sposób [16, 17, 20–22, s. 517].

Zaburzenie osobowości typu borderline jako przykład upośledzenia zdolności do mentalizacji w kontekście relacji przywiązania

Fonagy, Luyten, Strathearn [3] stoją na stanowisku, że BPD jest efektem łącznego wpływu działających na wczesnych etapach rozwoju czynników środowiskowych, biologicznych, w tym również genetycznych, oraz czynników psychologicznych. Efektem końcowym ich działania jest upośledzony rozwój mentalizowanej afektywności, czyli zdolności tworzenia drugorzędowych reprezentacji stanów emocjonalnych. Pojawiająca się w następstwie osłabiona regulacja afektu wtórnie ogranicza rozwój kontroli wysiłkowej i zdolności postrzegania innych jako motywowanych przez swoje stany mentalne.

Postulowany przez autorów model transakcyjny zakłada wzajemne oddziaływanie na siebie dziecka i opiekunów [4]. Zgodnie z tym modelem osłabiona regulacja afektu u dziecka sprawi, że opieka nad nim stanie się dla rodziców szczególnie trudna i absorbująca. Rodzice nie będą w stanie kompensować pojawiających się deficytów, co wtórnie może doprowadzić do upośledzenia zdolności wytworzenia relacji bezpiecznego przywiązania; trudności leżącej już po ich stronie. Ponadto transakcyjny model rozwoju obejmuje wpływ czynników leżących po stronie dziecka, a ostatnie ustalenia w większym zakresie odnotowują udział czynników, innych niż trauma, zaniedbanie czy wykorzystywanie, których sprawcami są opiekunowie. Tymi czynnikami mogą być uwarunkowania i wyposażenie genetyczne oraz temperament. Czynniki te, działając łącznie z wymienionymi powyżej deficytami wczesnej opieki nad dzieckiem, mogą wpływać na suboptymalne dopasowanie się do siebie dziecka i opiekuna. W efekcie podobnie zaburzają ustanowienie dającej poczucie bezpieczeństwa relacji przywiązania, jak występujące u opiekuna zakłócenie procesu „równoważonego” i „uwypuklonego” odzwierciedlania (marked contingent mirroring) [4, 17, 18]. Dezorganizacja, czy zaburzenie relacji przywiązania, uszkadza strukturę self i prowadzi do poczucia wewnętrznej niespójności oraz nasila procesy rozszczepienia, które jeszcze bardziej obniżają zdolności radzenia sobie ze stresem. Zaburzenie przywiązania prowadzi także do nadmiernej reaktywności, nadwrażliwości systemu przywiązania, czego następstwem są chaotyczne wysiłki uniknięcia porzucenia i samotności, niestabilny, intensywny i chaotyczny wzorec relacji interpersonalnych i charakterystyczne przechodzenie od powierzchownej znajomości do dużej zażyłości w bardzo krótkim czasie. Fonagy, Luyten i Strathearn [3] sugerują, że nadmierna reaktywność systemu przywiązania u pacjentów borderline, w połączeniu z traumatycznymi doświadczeniami, może być jedną z dróg wiodących do upośledzenia ich mentalizacji.

Bateman i Fonagy stoją na stanowisku, że funkcjonowanie osoby z zaburzeniami typu borderline może być rozpatrywane jako następstwo utraty możliwości mentalizowania w kontekście intensywnych emocjonalnie relacji przywiązania, w wyniku czego ponownie pojawiają się trzy poprzedzające pełną mentalizację tryby myślenia na temat subiektywnych doświadczeń (tryb „na niby”, tryb psychicznej równoważności i postawa teleologiczna). Wówczas jednostka podlega silnej i ciągłej wewnętrznej presji eksternalizacji stanów wewnętrznych za pośrednictwem identyfikacji projekcyjnej. Autorzy [17, 23] traktują ją jako reeksternalizację, czyli powtórna eksternalizację zdeorganizowanych i niemożliwych do tolerowania bolesnych stanów wewnętrznych przejawiających się w postaci autodestrukcyjnego „alien self” [17, 23]. BPD jest skojarzone z obniżonym progiem aktywacji systemu przywiązania w warunkach stresu, co w połączeniu z obniżonym progiem dezaktywacji zdolności do kontrolowanej mentalizacji, szczególnie w odniesieniu do różnic w stanach psychicznych ja vs. inni, czyni świat relacji interpersonalnych niezrozumiałym i prowadzi do serii zakłóceń innych wymiarów mentalizacji [5]. Badania Liebermana i Mayes [za: 5] pokazują, że stres lub pobudzenie ułatwiają mentalizację automatyczną, jednocześnie spowalniając systemy neuronalne związane z mentalizacją kontrolowaną. To może wyjaśniać obserwowaną przez klinicystów wzmoczoną wrażliwość emocjonalną u pacjentów z osobowością typu borderline, gdy znajdując się w stanie podwyższonego pobudzenia emocjonalnego w znacznym stopniu lub całkowicie tracą zdolność mentalizowania kontrolowanego. Jednakże, paradoksalnie, w tym samym czasie zdają się szczególnie dostrojeni do stanów umysłu otaczających ich osób, co można wyjaśnić niskim progiem aktywacji mentalizacji automatycznej. Niemniej jednak z powodu osłabienia mechanizmu mentalizacji kontrolowanej prawdopodobnie będą mieli duże trudności ze zrozumieniem stanów umysłu swoich i innych. Zaobserwowano, że mogą wykazywać niezdolność „czytania umysłów” (mind-reading), charakterystyczną „ślepotę umysłu” (mind-blindness), czyli trudności w adekwatnym rozpoznaniu stanów wewnętrznych innych oraz ich motywów, co jest procesem angażującym wnioski dotyczące cech wewnętrznych. Jednocześnie mogą być nadmiernie wrażliwi emocjonalnie w reakcji na obserwowany wyraz twarzy, mimikę czy gesty, będące przejawem mentalizowania na podstawie cech zewnętrznych.

Propozycja psychoterapii

Petera Fonagy’ego teoria mentalizacji, której początek należy wiązać z jego refleksją dotyczącą genezy zaburzenia osobowości typu borderline konceptualizowanego właśnie jako zaburzenie mentalizowania [16], dostarczyła bogatego zaplecza teoretycznego wspierającego rozwój technik terapeutycznych. Część z nich jest adresowana do pacjentów o kształtującym się (w grupach zwiększonego ryzyka) obrazie psychopatologicznym [18], część kierowana jest do pacjentów o już ukształtowanym obrazie [24]. Terapie czy, co bardziej uzasadnione, programy terapeutyczne, stale rozbudowywane i unowocześniane, można stosować w leczeniu pacjentów dorosłych, rodzin oraz dzieci i adolescentów, których ścieżka rozwoju psychicznego wykazuje znamiona przyszłej patologii borderline.

Z myślą o dorosłych pacjentach z ukształtowanym już obrazem psychopatologicznym powstała „terapia oparta na mentalizacji” (mentalization-based-treatment, MBT) [24]. Nurt ten jest zbliżony do podejścia poznawczo-behawioralnego, a być może nawet jest to najbardziej poznawczo zorientowana terapia psychodynamiczna. Jest to opracowany

w formie szczegółowych procedur terapeutycznych (manualized) program, który, obok Otto F. Kernberga i wsp. „terapii skoncentrowanej na przeniesieniu” (transference-focused therapy, TFP), w trakcie badań kontrolnych z randomizacją (randomized-controlled trials, RCT) wykazał wyższą skuteczność w terapii pacjentów borderline niż niespecyficzne, standardowe leczenie psychiatryczne [16].

„Oparta na mentalizacji terapia rodzin” (mentalization-based family therapy, MBFT) jest dedykowana dzieciom i ich rodzicom w sytuacji, gdy wymagane i wystarczające jest leczenie krótkoterminowe (mniej niż 20 sesji) [25]. Z myślą o dzieciach, u których rozpoznaje się znamiona przyszłej patologii borderline, charakteryzującej się niestabilnym poczuciem self i niestabilizowanym obrazem innych (bardziej niestabilnym niżby to wynikało z prawidłowości rozwojowych), poczuciem samotności i zwiększoną podatnością na separację, nadpobudliwością i poczuciem utraty kontroli, opracowano model psychoterapii indywidualnej pod nazwą „terapia oparta na mentalizacji dla dzieci” (mentalization-based treatment for children, MBT-C). Model ten jest adresowany do dzieci w wieku 4–12 lat i zakłada współpracę terapeutyczną z rodzicami leczonych dzieci. Jest przeznaczony dla tych dzieci i ich rodziców, dla których wzmiankowane wcześniej leczenie (MBFT) nie jest wystarczające [25]. Z myślą o adolescentach powstała „oparta na mentalizacji terapia dla adolescentów” (mentalization-based treatment for adolescents, MBT-A) [26]. Na teorii mentalizacji bazuje również „oparta na mentalizacji terapia integracyjna dla adolescentów” (adolescent mentalization-based integrative therapy, AMBIT) [27].

Metody te opierają się na ujednoliconych ogólnych zasadach terapii. Niektóre z założeń budzą jednak pewne kontrowersje. Jest ich więcej, jednakże ze względu na szczupłość miejsca przytoczę jedynie trzy.

Po pierwsze, zwraca się uwagę na to, że koncepcja, która pierwotnie miała służyć leczeniu wąskiej grupy pacjentów z zaburzeniami typu borderline, obecnie obejmuje swoim zasięgiem coraz więcej obszarów problemowych. G. Gabbard [za: 17] przywołał przykład psychologii self H. Kohuta, która początkowo miała służyć leczeniu pacjentów narcystycznych, ale z czasem objęła swoim zasięgiem wszystkie postaci psychopatologii. Z drugiej jednak strony nie jest niczym zaskakującym, że ambicje twórców wsparte dowodami empirycznymi potwierdzającymi słuszność przyjętych założeń zachęcają ich do upowszechnienia metody poprzez objęcie jej oddziaływaniem coraz szerszych grup pacjentów i nie jest to przypadek odosobniony.

Po drugie, kontrowersje budzi propozycja łączenia technik indywidualnych i grupowych stosowanych w terapii pojedynczego pacjenta, połączonych z omawianiem procesów terapeutycznych przez członków zespołu. Oznacza to, że pacjent może być prowadzony równocześnie przez kilku terapeutów. Taka procedura przyjmuje postać tzw. leczenia zespołowego i jest standardową procedurą postępowania w MBT. W opinii O.F. Kernberga leczenie prowadzone przez kilka osób nasila rozszczepienie u pacjenta i jeżeli jeden terapeuta jest w stanie poradzić sobie z jego intensywnymi afektami, to taka formuła nie jest wskazana, a w TFP nie jest zalecana. J.G. Gunderson i wsp. [28] wyrażają opinię zbliżoną, choć mniej radykalną, uznając, że otrzymując pomoc od dwóch osób pacjent będzie czuł się mniej narażony na odrzucenie przez którąś z nich w sytuacji, gdy swobodnie wyrazi wobec niej swoją złość [28].

Po trzecie, źródłem kontrowersji jest specyficzne ujęcie analizy i interpretacji przeniesienia. Otóż twórcy metody posługują się terminem „mentalizowanie przeniesienia”, który według niektórych oponentów jest nieadekwatny; określenie prawidłowe powinno brzmieć „mentalizowanie relacji”. Zdaniem twórców metody praktykowane w podejściach psychoanalitycznych i psychodynamicznych interpretacje genetyczne, wiążące aktualne trudności emocjonalne pacjenta (objawy, deficyty i konflikty) z wydarzeniami i relacjami z odległej przeszłości, są w ujęciu MBT trudne do zaakceptowania jako potencjalnie ja-trogenne, ponieważ pacjenci z osobowością typu borderline nie są w stanie emocjonalnie kontenerować i poznawczo przetwarzać takiej wiedzy z uwagi na ograniczone możliwości mentalizowania. Taka interwencja może wyzwać w pacjencie i terapeutę pseudomentalizację, proces noszący znamiona „prawdziwej” mentalizacji, lecz w rzeczywistości „pusty”, przeteoretyzowany, czasem oderwany od doświadczeń emocjonalnych i obcy, a przez to nie stymulujący w pacjencie „właściwej” mentalizacji. Konkludując, analiza i interpretacja (mentalizowanie) przeniesienia nie mają na celu poszerzenia wglądu pacjenta. Opierając się na doświadczeniach „tu i teraz” służą raczej pobudzeniu refleksji dotyczącej relacji, w której pacjent obecnie się znajduje; służą skupieniu jego uwagi na umyśle drugiego człowieka lub innych osób (terapeuty lub grupy terapeutycznej) w celu rozpoznania różnicy w tym, jak sami siebie przeżywają i jak są przeżywani przez innych, po to, by zilustrować, jak te same procesy i zachowania mogą być różnie doświadczane i rozumiane przez ludzi. Nadrzędnym celem jest rozwijanie potencjału odtwarzania zdolności do mentalizacji w stanach silnego pobudzenia emocjonalnego [28, 29].

Podsumowanie

Teoria mentalizacji jest kolejną, udaną, choć zapewne jeszcze nie ostateczną i nie wyczerpującą próbą opisu etiopatogenezy tak złożonego, niejednorodnego, trudnego do sklasyfikowania zaburzenia psychicznego, jakim jest osobowość typu borderline. Jest to dynamicznie rozwijająca się interdyscyplinarna koncepcja łącząca wywodzący się z psychoanalizy, a osadzony w teorii przywiązania, psychodynamiczny model rozwoju zaburzeń osobowości (teorie deficytu i obron) z najnowszymi osiągnięciami współczesnej neuronauki i kognitywistyki, co sprawia, że mentalizacja i terapia behawioralno-poznawcza zbliżają się do siebie, a zdaniem J.G. Allena [3] MBT i CBT oddziałują na siebie synergicznie [również 15, 16]. Wyrosły na gruncie współczesnej filozofii i kognitywistyki pojęciami zbliżonymi zakresem do mentalizacji są postawa intencjonalna (intentional stance), refleksyjność i poznanie społeczne (social cognition). Na poznanie społeczne, obok mentalizacji, składa się reprezentacja i regulacja emocji, kontrola uwagowa oraz neurofizjologiczny system podwójnego wzbudzenia (dual-arousal system).

O teorii przywiązania pisałem szerzej w głównej części artykułu. Kończąc, wspomnę jeszcze, że także na gruncie psychoanalizy wyrosły koncepcje tworzące podstawy teorii mentalizacji. W. Bion „funkcja alfa” polega na zawieraniu (containing) i transformowaniu pierwotnych i prymitywnych wrażeń oraz fantazji dziecka w bardziej zorganizowane całości, które następnie mogą być „myślane”. Jest to możliwe dzięki matczynej zdolności do swobodnej fantazji („reverie”) na temat przeżyć i doświadczeń dziecka [30, 31]. Bliskie tym ideom są D.W. Winnicotta „trzymanie” (holding), czyli stałość i adekwatność opieki nad

dzieckiem, sprawowanej przez „wystarczająco dobrą matkę”, odpowiednio zaspokajającą symbiotyczne potrzeby dziecka, oraz „przestrzeń potencjalna”, pojęcie odnoszące się do potencjalnej zdolności wytworzenia fantazmatycznej „przestrzeni” pomiędzy „wystarczająco dobrą matką” a jej dzieckiem. W tej przestrzeni dziecko nawiąże relację z opiekunem, która z czasem rozwinię się w pełne i satysfakcjonujące relacje międzyludzkie [31]. Z kolei wg M. Klein i H. Segal „symbolizacja” lub „tworzenie symbolu” opisuje proces powstawania wewnętrznych reprezentacji utraconego obiektu, który nie może zostać odtworzony w rzeczywistości. Na symbol zostaną przemieszczone afekty pierwotnie związane z utraconym obiektem. Zdolność tworzenia symboli jest wskaźnikiem przepracowania pozycji schizoidalno-paranoidalnej i osiągnięcia dojrzałej formy rozwoju w postaci pozycji depresyjnej [31]. Echo tych koncepcji bez trudu można odnaleźć w myśli i poglądach P. Fonagy’ego i jego współpracowników.

Szeroki zakres pojęcia mentalizacji był w przeszłości i po części jest nadal źródłem nieporozumień i przysparza autorom problemów związanych choćby z operacjonalizacją teorii na potrzeby eksperymentalne służące walidacji założeń teoretycznych. Aby zilustrować tę tezę, przytoczę wynik analizy, której dokonali Choi-Kain i Gunderson. Autorzy ci wskazali cztery pojęcia o zbliżonym i częściowo nakładającym się znaczeniu: uważność (mindfulness), refleksyjność psychologiczna (psychological mindedness), empatia (empathy) oraz świadomość afektu (affect consciousness). Te cztery pojęcia nakładają się na trzy wymiary mentalizacji: kontrolowana vs. automatyczna, zorientowana na siebie vs. zorientowana na innych oraz poznawcza vs. afektywna [16].

Terapia oparta na mentalizacji stawia sobie za cel zwiększanie i utrwalanie możliwości mentalizowania w nadziei, że pozwoli to tym bardzo cierpiącym pacjentom sprawniej, skuteczniej, bardziej efektywnie rozwiązywać swoje niełatwe problemy życiowe, radzić sobie z gwałtownie zmieniającymi się stanami emocjonalnymi, szczególnie w relacjach interpersonalnych, i być bardziej świadomymi stanów emocjonalnych — ich własnych i innych ludzi. Wszystko to w celu poprawy jakości życia tych pacjentów. Teoria mentalizacji zyskuje coraz szersze uznanie w kręgach specjalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, o czym świadczy jej relatywnie duża popularność, głównie w Europie Zachodniej i USA. Należy wskazać także na głosy krytyczne dotyczące różnych aspektów koncepcji mentalizacji. Można mieć nadzieję, że i w Polsce zdobędzie licznych zwolenników, do czego zapewne przyczyni się odbyta w dniach 10–11 maja 2013 roku w ramach cyklu „Mistrzowie w Krakowie” konferencja zatytułowana „Teoria mentalizacji w psychoterapii dziecka i rodziny”, której gośćmi byli Peter Fonagy i Eia Asen.

Piśmiennictwo

1. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9 (1): 11–15.
2. Linehan MM. Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2007.
3. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Inf. Ment. Health J.* 2011; 32 (1): 47–69.

4. Fonagy P, Bateman AW, Luyten P. Introduction and overview. W: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 3–42.
5. Fonagy P, Luyten P. Mentalization: understanding borderline personality disorder. W: Fuchs Th, Henningsen P, Sattel HC, red. The embodied self: dimensions, coherence and disorders. Stuttgart: Schattauer; 2010, s. 260–278.
6. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Introduction. W: Allen JG, Fonagy P, Bateman AW, red. Mentalizing in clinical practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008, s. 1–24.
7. Allen JG. Psychoeducation. Appendix. W: Allen JG, Fonagy P, Bateman AW, red. Mentalizing in clinical practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008, s. 311–322.
8. Frith CD, Frith U. Implicit and explicit processes in social cognition. *Neuron* 2008; 60 (3): 503–510.
9. Kiczuła A. Deficyt teorii umysłu w autyzmie: przegląd aktualnych badań. *Szt. Lecz.* 2007; XIV (1–2): 47–58.
10. Wallin DJ. Przywiązanie w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
11. Bouchard M-A, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay L-M, Schachter A, Stein H. Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanal. Psychol.* 2008; 25(1): 47–66.
12. Fonagy P. Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders. W: Derksen J, Maffei C, Groen H, red. *Treatment of Personality Disorders*. New York: KluwerAcademic/Plenum Publishers; 1999, s. 53–68.
13. Luyten P, Fonagy P, Lemma A, Target M. Depression. W: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 385–417.
14. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *Am. J. Psychoanal. Assoc.* 2000; 48: 1129–1146.
15. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalization. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol Sci.* 2003; 358: 459–473.
16. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatr.* 2008; 165: 1127–1135.
17. Weinberg E. Mentalization, affect regulation, and development of the self. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 2006; 54: 251–269.
18. Suchman N, Pajulo M, Kalland M, DeCoste C, Mayes L. At-risk mothers of infant and toddlers. W: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 309–346.
19. Kadzikowska-Wrzosek R. Postawy rodzicielskie a zdolności w zakresie samoregulacji: wychowawcze uwarunkowania gratyfikacji podstawowych potrzeb, internalizacji standardów oraz siły woli. *Psychol. Rozw.* 2011; 16 (4): 89–108.
20. Luyten P, Fonagy P, Lowyck B, Vermote R. Assessment of mentalization. W: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 43–65.
21. Skårderud F, Fonagy P. Eating disorders. W: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 347–383.
22. Allen J. Glossary. W: Bateman AW, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 511–517.

23. Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing and borderline personality disorder. *J. Ment. Health* 2007; 16(1): 83–101.
24. Bateman AW, Fonagy P. Borderline personality disorder. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 273–288.
25. Zevalkink J, Verheugt-Pleiter A, Fonagy P. Mentalization-informed child psychoanalytic psychotherapy. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 129–158.
26. Bleiberg E, Rossouw T, Fonagy P. Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 463–509.
27. Bevington D, Fuggle P, Fonagy P, Target M, Asen E. Innovations in practice: adolescents mentalization-based integrative therapy (AMBIT) — new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child Adolesc. Ment. Health* 2013; 18 (1): 46–51.
28. Gunderson JG, Bateman A, Kernberg O. Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of „Ellen”. *Am. J. Psychiatry*. 2007; 164 (9): 1333–1339. Przedruk W: *Terapia psychodynamiczna pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline — alternatywne spojrzenia. Historia „Ellen”*. *Med. Prakt.* 2009; (3): 69–80
29. Bateman AW, Fonagy P. Individual techniques of the basic model. W: Bateman AW, Fonagy P, red. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011, s. 67–82.
30. Allen JG. Mentalizing as conceptual bridge from psychodynamic to cognitive-behavioral therapies. *Europ. Psychother.* 2008; 8 (1): 103–121.
31. Moore BE, Fine BD. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1996.

Adres: adamczykl@wp.pl