

## TRAUMA WIĘZI A PSYCHOTERAPIA PACJENTÓW Z DIAGNOZĄ PTSD W OPARCIU O MENTALIZACJĘ

### TRAUMATIC BONDING AND THE PSYCHOTHERAPY OF PTSD SUFFERING PATIENTS, BASED ON MENTALIZATION

Wielkopolski Instytut Psychoterapii, Ośrodek dla Dzieci i Młodzieży  
Kierownik: Rafał Antkowiak

#### PTSD mentalization traumatic bonding

*Artykuł prezentuje rolę urazu we wczesnym dzieciństwie — traumy więzi — jako istotnego czynnika wpływającego na zdolność człowieka do nawiązywania i podtrzymywania dobrych relacji, radzenia sobie ze stresem oraz umiejętności regulacji emocji. Traumatyczne doświadczenia życiowe ujawniające się pod postacią PTSD (zespół stresu pourazowego) stanowią wskazanie do psychoterapii. Autorka ukazuje powiązanie między doświadczeniem traumy więzi z pierwszym opiekunem a zjawiskami w procesie psychoterapii osoby dorosłej po doświadczeniu późniejszych traum. Proces mentalizacji przedstawiony jest w opracowaniu jako istotne narzędzie psychoterapii osób, w których historii życia miała miejsce trauma więzi, a którzy cierpią z powodu objawów PTSD. Artykuł zawiera odwołanie do teorii przywiązania Bowlby'ego, prac Fonagya, Allena, Batemana, Rupperta, Schora, nawiązuje również do neuropsychologii.*

**Summary:** The article presents the toll of early childhood trauma, named traumatic bonding, as a vital factor which influences the human capacity to establish and maintain satisfying relationships and cope with stress. It can also have an impact on the ability to regulate emotions and the ability to cope with traumatic experiences occurring during a child's life. PTSD is a clinical condition which is brought in the wake of a traumatic experience occurring in human life and degrading its quality. It also constitutes a reason for starting psychotherapy. This article shows the relationship between the experience of traumatic bonding with the first meaningful guardian and the phenomena occurring in the psychotherapy of patients with PTSD. The author of the publication describes mentalization - the process of understanding one's inner mental states and making them meaningful - as a significant psychotherapeutic skill in the psychotherapy of PTSD-suffering patients. The article is based on theory of bonding by Bowlby, papers of Fonagy, Allen, Bateman, Ruppert, and Schore. The author also makes references to the field of neuropsychology.

#### Wstęp

Przywiązanie, czyli niezwykła więź, jaka kształtuje się między opiekunem a dzieckiem w najwcześniejszym okresie życia, ma duże znaczenie dla prawidłowego rozwoju dziecka. Urazy w obszarze tej wczesnej relacji wpływają na powstawanie zaburzeń psychicznych w dzieciństwie oraz późniejszym życiu. Przywiązanie stanowi istotny katalizator kształtowania umiejętności mentalizowania, a co za tym idzie zdolności do regulacji swoich emocji oraz nawiązywania i utrzymywania bliskich i bezpiecznych relacji. Zarówno

bezpieczna i bliska więź, jak i zdolność mentalizowania umożliwiają poradzenie sobie z trudnymi doświadczeniami, często o charakterze traumy. Traumatyczne doświadczenia życiowe ujawniające się pod postacią PTSD (zespół stresu pourazowego) stanowią wskazanie do psychoterapii. Często doświadczane PTSD jest najbardziej widocznym symptomem, pod którym znajdują się inne objawy i zaburzenia psychopatologiczne. Różne trudne doświadczenia życiowe wiążą się z wczesnym urazem więzi i załamaniem się zdolności do mentalizacji, co ma swoje odzwierciedlenie w linii życia człowieka, jak i jego neuropsychologii.

### Trauma więzi

Podstawową i pierwotną potrzebą człowieka jest stworzenie więzi z drugim człowiekiem. John Bowlby rozpoznał, że ewolucyjną koniecznością oraz biologicznie uwarunkowaną potrzebą dziecka jest stworzenie relacji przywiązaniowej ze swoim opiekunem. Wiąż dziecka z opiekunem to bliskość fizyczna będąca symbolem poczucia bezpieczeństwa, emocjonalna responsywność opiekuna oraz ocena jego dostępności, jakiej dokonuje dziecko. Przejawy potrzeby przywiązaniowej oraz jakość pierwszej więzi stanowią ważny element kolejnych etapów rozwoju człowieka, cytując Bowlby'ego: „Bliskie relacje przywiązaniowe są rdzeniem, wokół którego toczy się życie danej osoby — nie tylko w okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie, lecz również w okresie dojrzewania, życiu dorosłym i na starość” [1].

Mary Ainsworth rozwinęła koncepcję Bowlby'ego zauważając, że biologicznie uwarunkowany system przywiązania jest plastyczny, co oznacza, że jakość przywiązania, jakie wytworzy dziecko, zależy od jakości zachowań opiekunów [2]. Odkrycie Ainsworth zaowocowało stworzeniem klasyfikacji rodzajów przywiązania — bezpieczne, unikające, ambiwalentne oraz zdeorganizowane. Wytworzenie między dzieckiem a opiekunem przywiązania cechującego się poczuciem bezpieczeństwa stwarza przestrzeń do uczenia się przez nie zdolności do regulacji swojego afektu, rozwoju resilience i zdolności do mentalizowania, umożliwia stworzenie indywidualnej tożsamości. Zdaniem Fonagya istotnym wskaźnikiem predestynującym do stworzenia przez opiekuna bezpiecznej relacji z dzieckiem jest jego zdolność do mentalizacji, czyli procesu nadawania sensu, znaczenia zachowaniu swojemu oraz innych osób w oparciu o wewnętrzne stany umysłu, takie jak potrzeby, uczucia, dążenia, wierzenia. Odzwierciedlanie emocji, przeżyć, stanów dziecka przez rodzica sprzyja wytworzeniu bezpiecznego przywiązania, a także „oddaniu dziecku jego własnego self” [3].

W ciągu trwania swojego życia człowiek napotyka różne doświadczenia, w tym doświadczenia o charakterze traumy. Allen dzieli stresory o charakterze traumatycznym w zależności od interpersonalnego zaangażowania [3]. Umieszcza je na kontinuum od „pozaosobowych”, takich jak: naturalne katastrofy oraz wypadki, poprzez interpersonalne — gwałt, seksualne wykorzystanie, terroryzm, do traumy przywiązania. Różnica między traumą interpersonalną a traumą więzi polega na tym, że ta pierwsza wywołuje lęk przed drugim człowiekiem, natomiast ta druga skutkuje lękiem przed emocjonalną bliskością i zależnością. Franz Ruppert w klasyfikacji rodzajów traum uwzględnił traumę więzi — brak oparcia i bezpieczeństwa w relacji z człowiekiem, z którym wiąże go więź

emocjonalna, oraz traumę systemu więzi reprezentowaną przez brutalizację i dysocjację w systemie więzi, która może prowadzić do przemocy [4]. Wczesne doświadczenie traumy więzi wpływa na powtórzenia w innych relacjach, przykładowo w dorosłym życiu, podobnego sposobu emocjonalnego przeżywania relacji. Schore wskazuje, że tworzenie przywiązania zależne jest od psychobiologicznych uwarunkowań dziecka, doświadczeń opiekuna oraz mechanizmów przywiązania [5]. Jakość wytworzonego przywiązania, a szczególnie pojawienie się traumy w obszarze więzi, odzwierciedla się w bezpośrednich, jak i oddalonych w czasie skutkach, którymi mogą być zaburzenia psychopatologiczne. Wiele badań wskazuje, że trauma więzi, wczesne doświadczenia traumatyczne oraz nadużycia można odnaleźć w życiorysach osób z diagnozą zaburzeń osobowości borderline oraz, że istnieje wysoka korelacja między PTSD a diagnozą borderline [6, 7]. Inne badania pokazują, że kolejnym wyrazem pojawiającego się w trakcie wczesnego rozwoju PTSD jest socjopatyczna organizacja osobowości [8]. Dezorganizacja przywiązania stanowi również jeden z modeli wyjaśniania i rozumienia zaburzeń dysocjacyjnych [9]. Markowitsch konkluduje natomiast, że traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie oraz długotrwały stres mogą prowadzić do dysocjacyjnej amnezji, co w efekcie silnego czynnika stresowego może wywołać posttraumatyczne zaburzenia w późniejszym życiu [10]. Co więcej, doświadczany przez dziecko długotrwały stres niekorzystnie wpływa na rozwijający się mózg. Powoduje także uwrażliwienie i mniejszą odporność na nieprzyjemne przeżycia oraz podatność na zaburzenia związane ze stresem w późniejszym życiu. Ten sam autor mówi, że „nawet sporadyczny stres środowiskowy może indukować długotrwałe dysfunkcje mózgu z następującym pogorszeniem funkcjonowania poznawczego” [10]. Trauma więzi skutkuje również zwiększeniem prawdopodobieństwa doświadczenia w późniejszym życiu traum, co znajduje swoje wyjaśnienie w neuropsychologii. Więź opiekuna z dzieckiem zaangażowana jest w tak zwany limbic imprinting, czyli oparty na doświadczeniu proces rozwoju układu limbicznego. Trauma więzi zakłóca ten kluczowy czas dla prawidłowego rozwoju układu limbicznego, a co za tym idzie — niekorzystnie wpływa na wykształcenie u dziecka zdolności do adaptacji do szybko zmieniających się warunków czy środowiska oraz osłabia zdolność do organizacji uczenia się nowego materiału. Układ limbiczny, umiejscowiony w prawej półkuli, szczególnie rozwija się w pierwszych dwóch latach życia. Doświadczenie traumy w tym okresie zmienia rozwój prawej półkuli mózgu, czyli wpływa na obszar, który jest odpowiedzialny za społeczno-emocjonalne procesy oraz doświadczane stany. Połączenia w obszarze układu limbicznego u dziecka, które nie jest wspierane w procesie regulacji emocji i obniżania poziomu stresu, jak i pobudzenia przez opiekuna, narażone są na działanie toksycznych w dłuższym czasie neurotransmiterów, takich jak: kortyzol, glutaminian. Kora prawej półkuli dominuje w procesie tworzenia się przywiązania oraz magazynowania wewnętrznych modeli figury przywiązania [5]. Schore stwierdza, że zaburzone zdrowie psychiczne małego dziecka jest skorelowane z zaburzeniami zdrowia psychicznego w jego dorosłym życiu oraz trudnościami w utrzymywaniu relacji interpersonalnych, radzeniu sobie z pobudzeniem i stresem oraz zdolnością do regulacji emocji [5]. Zwraca on również uwagę, że posttraumatyczne zaburzenia stresowe u dziecka, objawiające się poprzez hiperpobudzenie i dysocjację (zjawiska związane z oddziaływaniem traumatycznych stresorów), kładą podwaliny pod późniejsze PTSD w okresie dorastania czy dojrzałości. Co więcej, skupia się on na idei, że obezwładnia-

jący stres związany z nadużywaniem dziecka powoduje niekorzystne oddziaływanie na jego rozwijający się mózg. Zmiany w jego psychobiologii i neurobiologii spowodowane doświadczeniem traumatycznych stresorów odznaczają się w funkcjonowaniu dziecka. W swoich badaniach Main i Solomon wyróżnili kategorię pozabezpiecznej więzi — przywiązanie zdeorganizowane [11]. Dzieci reprezentujące przywiązanie o takim wzorcu mają obniżony próg tolerancji stresu. W chwili jego doświadczania uruchamiają się potrzeby przywiązaniowe, czyli szukanie ukojenia u figury przywiązania, która jednocześnie jest obiektem wywołującym stres. Dziecko pozostaje w sytuacji patowej — nie jest w stanie stworzyć koherentnego, behawioralnego systemu radzenia sobie z tym emocjonalnym wyzwaniem. Trauma więzi w pierwszych trzech kwartałach życia dziecka negatywnie wpływa na dojrzewające — zależne od doświadczenia — struktury układu limbicznego i na ciało migdałowate. Zniszczenia w jego obrębie wiążą się z negatywnym wpływem na zdolność do tworzenia społecznych więzi i emocjonalność człowieka.

### **Przywiązanie a terapia traumy w kontekście mentalizacji**

Istotną rolę bezpiecznego przywiązania jest naturalna zdolność do powrotu do zdrowia po zdarzeniach traumatycznych [3]. Elementem terapii traumy jest nadanie znaczenia i włączenie traumatycznych części w ogół doświadczeń człowieka. Dziecko, które doświadczy przerażającego zdarzenia, może włączyć to zdarzenie w ogół doświadczeń poprzez bezpieczną relację z opiekunem — przykładowo: responsywna i mentalizująca matka pomaga dziecku nadać owemu przerażającemu zdarzeniu sens i znaczenie, a tym samym przywraca poczucie bezpieczeństwa. Jednakże ten naturalny proces „leczenia” traumy, którego podstawą jest zdolność do mentalizowania, może nie być możliwy w momencie, kiedy przywiązanie między dzieckiem a matką ma charakter traumy. Naturalny proces leczenia traumy jest możliwy dzięki istocie procesu mentalizacji, jaką jest zdolność do regulacji emocji i samosterowność oraz zdolność do zaangażowania się w trwałe i emocjonalne relacje. Zdaniem Allena [12] mentalizacja umożliwia integrację poczucia self i poczucia łączności z innymi, a tym samym tworzy zdolność do poradzenia sobie ze stratami i traumą, przykrymi emocjami, takimi jak: złość, frustracja, smutek, niepokój itp. Ta właściwość mentalizacji sprawia, że człowiek może poradzić sobie z trudnymi doświadczeniami, nie korzystając z destrukcyjnych zachowań (przykładowo: nadużywanie alkoholu, zachowania ryzykowne, samouszkodzenia), ale ze zdolności do elastyczności, a także poczucia znaczenia i nadziei. Mentalizacja bowiem to nie tylko rozumienie stanu mentalnego swojego i innych, ale baza samoświadomości, poczucia swojej tożsamości i podmiotowości, poczucia ciągłości i koherencji, a również podstawa ważnych i utrzymujących się w czasie relacji [12]. Osoby, które doświadczyły traumy więzi, nie mogą skorzystać z dobrodziejstwa bezpiecznego przywiązania (przykładowo: zdolności do regulacji afektu) w momencie przerażających wydarzeń. W związku z tym ważna jest profesjonalna pomoc, psychoterapia, która może to umożliwić. Narzędziem psychoterapeuty jest zdolność do wytworzenia bezpiecznej więzi z pacjentem, bowiem uczymy się mentalizować poprzez uczestnictwo w relacji opartej na bezpiecznym przywiązaniu. Powodem zgłoszenia się pacjenta po doświadczeniach traumatycznych często jest PTSD. Jego elementem jest włączenie zewnętrznego, traumatycznego doświadczenia w obszar pamięci, wyobraźni

pacjenta, czego wyrazem są intruzywne myśli, flashbacki, koszmary, poczucie nieustającego napięcia i niepokoju, unikanie zdarzeń, ludzi, myśli, uczuć przypominających o traumie. Dodatkowo pacjent może borykać się z destrukcyjnymi zachowaniami, takimi jak: nadużywanie substancji psychoaktywnych, próby samobójcze, somatyzacja, dysocjacja, itp. [3]. Celem terapii jest przeprowadzenie pacjenta ze stanu „ponownego przeżywania” traumy do mniej bolesnego stanu pamiętania o wydarzeniu traumatycznym, a także zaprzestanie powtarzania traumatyzujących relacji w teraźniejszości i przyszłości [3]. Terapia traumy często odbywa się w kontekście języka, budowania narracji, co jest jednocześnie paradoksem — mówienie o traumie wywołuje symptomy PTSD. Symptomy PTSD, takie jak wzrost napięcia i dyskomfortu emocjonalnego, ponowne przeżywanie traumy powodują utratę zdolności do mentalizacji, a tym samym skutkują perturbacjami w procesie terapii. Zadaniem terapeuty jest „wyciągnięcie” pacjenta z powrotem na poziom mentalizacji, przykładowo poprzez naukę relaksującego oddechu czy powracania do „tu i teraz”. Pacjenci doświadczający PTSD często w swojej historii mają traumę więzi, która powoduje zwiększoną wrażliwość na stres oraz zmniejszoną zdolność do mentalizacji, czyli m.in. do poradzenia sobie z powstałym pobudzeniem. Ta właściwość może prowadzić do trudności w psychoterapii. W terapii traumy zadaniem terapeuty jest utrzymywanie balansu między procesem przepracowania traumy (czyli procesem mentalizacji zawierającym myślenie, czucie i mówienie o traumie) a tzw. zawieraniem [12]. Zjawisko zawierania określa się jako formę bezpiecznego przywiązania i zdolności do regulacji swoich emocji. Fonagy, Bateman, Allen wyróżniają jego cztery formy:

- wiedza — psychoedukacja na temat traumy,
- sojusz terapeutyczny — wyraźne ramy pracy z pacjentem,
- wspierająca relacja — bezpieczne przywiązanie, sieć wsparcia społecznego, która umożliwia buforowanie konfliktów i napięć z innych relacji,
- regulacja emocji — umiejętność zarządzania stresem.

U osób z historią traumy więzi wyzwaniem terapeutycznym jest osiągnięcie mentalizacji w kontekście bezpiecznego przywiązania. Rozwijanie przez pacjenta zdolności do mentalizacji umożliwia jednocześnie przejście od „ponownego przeżywania” traumy do „pamiętania” traumy jako znaczącego i emocjonalnie znośnego doświadczenia. Mentalizowanie wiąże się ze zdolnością do regulacji swoich emocji, co umożliwia myślenie i mówienie o traumie bez doświadczenia silnych i obezwładniających emocji. Ważnym elementem terapii traumy jest stabilizacja obecnych w życiu pacjenta relacji w celu zwiększania bezpiecznego przywiązania oraz przerwanie relacji opartej na przemocy [3]. U osób z traumą więzi powtarzanie niekorzystnego wzorca relacji wpisuje się w „zakłęty krąg” — pojawiające się objawy PTSD oraz próby poradzenia sobie z nimi przykładowo poprzez nadużywanie substancji, samookaleczenia, wpływają na pojawienie się w aktualnych relacjach eskalacji konfliktów oraz zachowań z pierwotnej traumatycznej więzi, co wzmacnia objawy PTSD. Ważne, by psychoterapeuta był uwrażliwiony nawet na subtelne oznaki powtórzenia wzorca traumatycznego przywiązania w relacji terapeutycznej. Osoby z doświadczeniem traumy często żyją w izolacji, wycofane społecznie. Co więcej, Fonagy, Bateman oraz Allen używają sformułowania „mentalnego więzienia”, co oznacza przerazenie własnym umysłem — lęk przed własnymi myślami jest wywołany lękiem

przed pamiętaniem oraz przed doświadczaniem uczuć. Ważnym kierunkiem terapii staje się osiągnięcie przez pacjenta wolności w obszarze myślenia i doświadczania uczuć, co jest nieodłączne z nawiązaniem bezpiecznej relacji z samym sobą.

Pozostaje zatem pytanie, w jaki sposób realizować powyższy kierunek i czy w związku z tym mentalizacja jest nowym narzędziem psychoterapii? W osobistej refleksji nasuwa się wnioski, że w procesie psychoterapii istotne jest spojrzenie na relację pacjent — terapeuta oraz na proces terapeutyczny z perspektywy uważności na zjawisko mentalizacji oraz przywiązania. Przykładowo Allen pisze, że psychoedukacja pacjenta, jego rodziny na temat traumy, związanych z nią zaburzeń oraz samego procesu leczenia sprzyja pomieszczeniu, regulacji niepokoju i poczucia beznadziei [14]. Proces mentalizacji zawiera w sobie stan *mindfulness*, czyli uważności na stany mentalne zarówno emocjonalne — doświadczane emocje, oraz poznawcze — pojawiające się myśli. Terapeuta „patrzący” przez filtr mentalizacji może korzystać z tej techniki jako narzędzia umożliwiającego kształtowanie zdolności do regulacji afektu. Sprzyja temu budowanie postawy obserwatora swoich doświadczeń, demonstrowanie, że stany mentalne są przemijającym zjawiskiem, odczuwanie współczucia do samego siebie. Relacyjne podejścia do terapii traumy, a także leczenie oparte na dowodach (z ang. *evidence based treatment*) skupione na zachowaniach intruzywnych i unikających symptomach PTSD sprzyja zdrowieniu poprzez mentalizację [14]. Przykładem tego typu form leczenia są: terapia poprzez ekspozycję, kognitywna restrukturyzacja, EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*). Foa proponuje trzy kluczowe komponenty zmiany w terapii traumy: zaangażowanie emocjonalne we wspomnienia o traumie, tworzenie koherentnej narracji o traumie, spojrzenie na siebie i innych z obiektywnej i realistycznej perspektywy [15]. Każdy z tych komponentów może być realizowany poprzez pryzmat mentalizacji. Interwencje, które wspierają utrzymywanie stanu mentalizacji w procesie psychoterapii, to m.in.: utrzymywanie stanu zaciekawienia i „niewiedzy”, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa umożliwiającego pacjentowi eksplorowanie swoich i terapeuty stanów mentalnych, szukanie różnych perspektyw, humor, przystosowywanie interwencji do zdolności pacjenta korzystania z mentalnego stanu, autentyczność terapeuty, skupianie uwagi na wewnętrznych stanach mentalnych pacjenta, przyjęcie postawy „nie specjalisty”.

### Wnioski

Podczas refleksji nad powyższym tekstem powstają pytania, czy mentalizacja jest kolejnym narzędziem, metodą w procesie psychoterapii traumy, czy stanowi perspektywę, przez którą można przyglądać się relacji terapeutycznej i procesowi zdrowienia. Jeśli zdrowie psychiczne, dobra jakość życia pacjenta jest celem terapii, to mentalizacja i zdolność do korzystania z tego zjawiska stanowią zarówno pomost do celu, jak i oznaki osiągnięcia go. Allen podkreśla, że teoria przywiązania i mentalizacja mają istotny wkład w rozumienie traumy pacjenta i towarzyszących zaburzeń, których niejednokrotnie przejawem jest PTSD. Rozumienie przez terapeutę przeżyć pacjenta oraz poczucie pacjenta, że jest rozumiany, muszą zaistnieć w przestrzeni i relacji emocjonalnej. A zatem zadaniem leczenia jest zbudowanie „pomostu” między terapeutą a pacjentem (co jest możliwe w bezpiecznej i opartej na zaufaniu relacji) wobec procesu przepracowywania traumy i konfrontacji



pacjenta z bolesnymi przeżyciami, wspomnieniami [16]. Uważam, że psychoterapia traumy w oparciu o mentalizację zaprasza terapeutę do korzystania z technik i perspektyw terapeutycznych zawierających w sobie dbałość o budowanie bezpiecznej i emocjonalnej relacji, a tym samym rozwijanie zdolności do regulacji afektu oraz uważności na swoje stany mentalne.

### Piśmiennictwo

1. Wallin DJ. Przywiązanie w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
2. Namysłowska I, Żechowski C. Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. W: Józefik B, Iniewicz G. Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
3. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. Washington – London: American Psychiatric Publishing Inc.; 2008.
4. Ruppert F. *Symbioza i autonomia. Trauma symbiotyczna i miłość bez uwikłań*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2012.
5. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant J. Mental Health* 2001; 22: 201–269.
6. Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Develop.* 1993; 64: 572–585.
7. van der Kolk B, Hostetler A, Heron N, Fislser R. Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psych. Clin. N. Am.* 1994; 17: 715–730.
8. Raine A, Stoddard J, Bihrlle S, Buchsbaum M. Prefrontal glucose deficits in murderers lacking psychosocial deprivation. *Neuropsych. Neuropsychol. Behav. Neurol.* 1998; 11: 1–7.
9. Liotti G. Understanding the dissociative process: the contribution of attachment theory. *Psychoanal. Inq.* 1999; 19: 757–783.
10. Markowitsch HJ, Kessler J, Weber-Luxenburger G, Van der Ven C, Albers M, Heiss W-D. Neuroimaging and behavioral correlates of recovery from mnestic block syndrome and other cognitive deteriorations. *Neuropsych. Neuropsychol. Behav. Neurol.* 2000; 13: 60–66.
11. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized / disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. W: Brazelton TB, Yogman MW. *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex; 1986.
12. Allen JG. *Coping with trauma. Hope through understanding*. Washington – London: American Psychiatric Publishing Inc.; 2005.
13. JG. *Mentalizing as a compass for treatment*. <http://www.menningerclinic.com/education/clinical-resources/mentalizing>
14. Allen JG. *Restoring mentalizing in attachment relationships: treating trauma with plain old therapy*. American Psychiatric Association; 2013.
15. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press Inc.; 2007.
16. Allen JG. *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books; 2013.

magdalena.zakrzewska@o2.pl