

W jaki sposób mentalizacja zmienia umysł

Peter Fonagy, Gwen Adshead

Advances in psychiatric treatment (2012), vol. 18, 353-362

W tym artykule wyjaśniono, w jaki sposób różne terapie psychologiczne wpływają na dysfunkcyjną mentalizację oraz wskazano na pułapki terapeutyczne mogące być przyczyną braku postępów lub nawet negatywnych następstw leczenia psychologicznego. Z przedstawionego modelu wynikają pewne praktyczne zalecenia, szczególnie dotyczące uważnego monitorowania intensywności przywiązania pacjenta i wykorzystywania interwencji ukierunkowanych na wzmacnianie mentalizacji.

W artykule tych samych autorów, który ukazał się we wcześniejszym numerze *Advances*¹ przedstawiono wyniki badań neuropsychiatrycznych i badań na zwierzętach, aby zaproponować model wyjaśniający, w jaki sposób terapie psychologiczne działają w praktyce. Sugero- wano, że podstawową cechą zaburzeń psychologicznych jest dysfunkcyjna mentalizacja, a psychologiczne metody leczenia wpływają na poprawę mentalizacji, ponieważ zmieniają neuronalne podłoże regulujące doświadczanie siebie w różnych częściach mózgu. W niniejszym artykule dokonano przeglądu technik mających na celu wzmocnienie mentaliza- cji i omawiamy ich znaczenie dla ośrodków terapeutycznych i szkolenia.

Co się zmienia w procesie psychoterapii

Howard² uważał, że zmiana w przebiegu terapii psychologicz- nej obejmuje fazowy proces remoralizacji, naprawiania i reha- bilitacji. Na podstawie tego modelu autorzy artykułu sugerują, że tym, co się zmienia w psychoterapii (być może jako element procesu rehabilitacji) jest zdolność myślenia o doświadczaniu siebie i innych oraz traktowania tego poważnie. Można to roz- rozumieć jako ciągły proces utrzymywania umysłu w umyśle, zwany też mentalizacją (ten pogląd pełniej przedstawili Allen i wsp.³). Proces ten można również postrzegać jako wzmacnianie złożonego systemu możliwości poznawczych lub metapo- znawczych.⁴

Głównym elementem obydwu tych koncepcji jest dokony- wanie właściwej oceny (odczuwanie, kodowanie, przypomina- nie) stanów własnego umysłu. Jest to rodzaj procesu kalibracji, którego wyniki najskuteczniej można ocenić metodą lingwi- stycznej analizy narracji.^{5,6} Chociaż trzeba zauważyć, że te dominujące konstrukty i parametry są traktowane sceptycznie,^{7,9} niemniej uzasadniona może być sugestia, że swoistość

psychoterapii nie jest niezależna nie tylko od treści mentali- zacji (swoistych myśli i uczuć), ale również od nasilenia lub złożoności funkcji mentalizacji wymaganych w poszczególnych podejściach terapeutycznych. Począwszy od podstawowego monitorowania i uświadamiania sobie własnych stanów psy- chicznych, do bardziej złożonych zadań, takich jak zniekształ- canie intencji innych oraz myślenia drugo- i trzeciorzędowego.

PROCES ZMIANY: PSYCHOTERAPIE JAKO BODŹCE ŚRODOWISKOWE

Rozwój neuronalny w niemowlęctwie zależy od stymulacji środowiskowej. We wczesnych badaniach na zwierzętach wy- kazano znaczenie działających na początku życia bodźców ze- wnętrnych dla czynnościowego rozwoju systemów percepcyj- nych. Później stwierdzono, że czynniki społeczne (np. wpływ opiekunów lub rówieśników) mają istotne znaczenie dla roz- woju cytoarchitektury neuronalnej oraz że wczesna deprywa- cja społeczna uszkadza rozwój sieci neuronalnych w częściach mózgu regulujących funkcje społeczne.¹⁰

W początkowych pracach Kandel wykazał wpływ uczenia się nowych informacji na ekspresję genów kodujących białka ak- tywne w synapsach neuronalnych sieci hipokampa.¹¹ W podob- nych badaniach oceniano, w jaki sposób doświadczenia stresu i stosowane w dzieciństwie leki wpływają na ekspresję genów w hipokampie.^{12,13} W badaniach na zwierzętach i z udziałem ludzi zebrano dowody na to, że środowisko opiekuńcze, w jakim dorasta jednostka bezpośrednio wpływa na ekspresję genów odpowiedzialnych za regulację wzbudzenia.^{14,15}

Na podstawie wyników innych badań sugerowano bezpo- średni wpływ bodźców zewnętrznych na plastyczność mózgu. Doświadczanie bólu na wczesnym etapie życia wpływa na wrażliwość dziecka na ból, co sugeruje, że wczesny stres w pod- stawowy sposób zmienia szybkość „żarzenia się” neuronów bó- lowych, która utrzymuje się w późniejszym czasie.¹⁶ Doświad-

Peter Fonagy, Freud Memorial Professor of Psychoanalysis oraz dyrektor Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London. Gwen Adshead jest konsultantem psychiatrii sądowej w Broadmoor Hospital.

Adres do korespondencji: dr Gwen Adshead, Broadmoor Hospital, Crowthorne, Berkshire RG45 7EG, Wielka Brytania; e-mail: gwen.adshead@wlmht.nhs.uk

Konflikt interesów: brak.

Ramka 1

Kliniczny przykład z ambulatoryjnej grupy terapeutycznej

Czynna zawodowa kobieta około 30 r.ż. zgłosiła się na terapię grupową. Relacjonowała fizyczne i emocjonalne znęcanie się ze strony matki. W stosunku do innych członków grupy była pomocna i troskliwa. Wielokrotnie ze łzami w oczach skarżyła się na to, że starsze koleżanki w pracy są dla niej niedobre. Okazywała napięcie i złość, kiedy sugerowano, że rywalizuje z innymi kobietami w grupie oraz kiedy inna kobieta z grupy (bardzo podobna do niej) okazała jej wrogość.

W swojej opowieści podkreślała, że jest ofiarą podłości innych. Pojawił się jednak również problem bycia złą przez nią samą (np. przeżywanie zwykłej złości, nastawienia paranoiczne i rywalizacja). Proces terapii grupowej umożliwił kobiecie opowiedzenie innej historii; historii bycia pełną złości i lękliwą dziewczynką, którą dorasta, aby stać się pełną złości i lękliwą kobietą. Mogła zobaczyć, w jaki sposób nieświadomie wchodzi w rywalizację z innymi i jak zła się czuje, kiedy jest powstrzymywana i lekceważona.

Dzięki opowiedzeniu o tych aspektach pacjentka uzyskała poczucie większego panowania nad nimi. Zmniejszyło się poczucie bycia ofiarą innych. Pacjentka miała poczucie większej kontroli nad „złymi” uczuciami. Jej nowa narracja o sobie brzmiała następująco: mimo że doświadczyła w przeszłości lęku i była zaniedbywana, przeżyła. Nie musi już dłużej być ofiarą sekretnych sił zła, ale może być aktorem, który ma możliwość zmiany. Po zakończeniu terapii spytana ją, czy się zmieniła, a pacjentka odpowiedziała: „Jestem tą samą osobą, ale całkiem inaczej myślę o sobie”.

(Opublikowano po uzyskaniu świadomej zgody pacjentki)

czanie lęku i bólu wpływa na rozwój architektury neuronalnej prawej kory oczodołowo-czołowej. Neurohumoralna stresowa reakcja bólowa zmienia szybkość i stopień rozgałęziania i dendryzacji rozwijających się neuronów, wpływając na organizację sieci neuronalnych. Taka patologiczna dezorganizacja utrzymuje się w wieku dorosłym, prowadząc do dysregulacji afektywnej i nieprawidłowych połączeń nerwowych między czołową nową korą wykonawczą a układem limbicznym.^{17,18}

U osób w wieku dorosłym reakcje bólowe mogą zmieniać się pod wpływem percepcji bodźców zewnętrznych, np. uspokajających słów lub wizualizacji, które dzięki procesowi uczenia się powodują oczekiwanie, że nasilenie bólu zmniejszy się.^{19,20} Te obserwacje są zgodne z innymi,²¹ dotyczącymi złagodzenia fantomowego bólu kończyny. Przez wielokrotne prezentowanie obrazów zdrowej kończyny u pacjentów może następować zmiana mapy neuronalnej reprezentacji chorej kończyny w mózgu. Sposób wewnętrznego postrzegania kończyny można zmienić przez powtarzające się zadania związane z uczeniem się, które (przypuszczalnie przez ekspresję nowych genów) ułatwiają wzrost nowych neuronów w mózgu.

Doidge zakłada,²² że w terapiach opartych na refleksji a) pacjentowi są wielokrotnie prezentowane nowe werbalne wizerunki siebie samego w relacjach lub b) uczy się on nowych informacji o tych obrazach przez niewerbalne systemy pamięci niejawną, które następnie w procesie terapii ulegają przekształceniu w werbalne systemy jawne. Te nowe informacje działają jak bodźce wpływające na ekspresję genów odpo-

wiedzialnych za syntezę białek, co umożliwia powstawanie nowych połączeń synaptycznych, skutkiem czego jest zmiana w złożonych z nich sieciach neuronalnych.

Zmiana twojego umysłu**PSYCHOTERAPIA**

Techniki psychoterapeutyczne są skuteczne ponieważ zmieniają zarówno umysł, jak i mózg. Autorzy uważają, że działanie terapii opartych na rozmowie polega na korzystnym wpływie na proces mentalizacji.³ Rozważmy przykład opisany w ramce 1. Doświadczająca dyskomfortu osoba wykorzystuje proces refleksji i procesy poznawcze w przebiegu terapii grupowej, aby wykonać szereg zadań opartych na mentalizacji. Po pierwsze, kobieta identyfikuje własne doświadczenia, nazywa uczucia i myśli, po czym zastanawia się nad nimi. Następnie nowe informacje z otoczenia stymulują nowe myśli i doświadczenia, a jednocześnie towarzyszące temu okresowo negatywne emocje są uznawane, wspierane i analizowane. Pacjentka zastanawia się nad swoimi świadomymi intencjami i zamiarami innych, ale również jest zachęcana do odwoływania się do tej części swojego umysłu, którego sama nie może zobaczyć, a która jest zauważalna dla innych. W ten sposób może spojrzeć z różnych perspektyw na swój dyskomfort, co stwarza nowe możliwości funkcjonowania interpersonalnego.

PRZYWIĄZANIE

Proces terapii zaczyna się od wykształcenia przywiązania do „bezpiecznej bazy”, czyli stworzenia warunków, w których może następować mentalizacja. Różne metody psychoterapii są ukierunkowane na wzmacnianie mentalizacji, częściowo przez budowanie przywiązania, które u ludzi (jak zauważyli autorzy) stwarza opartą na relacji podstawę do odkrywania umysłu: własnego i bliskich. Wiele cech interpersonalnych, które do pewnego stopnia uwidaczniają się we wszystkich formach terapii, może stworzyć uniwersalne dynamiczne środowisko do powstawania opisanych przez Bowlby’ego afektywnych więzi.²³ Bowlby siłę potrzeby przywiązania przypisywał²⁴ przedłużonemu okresowi niedojrzałości w rozwoju człowieka, w którym paląca subiektywna potrzeba bliskości interpersonalnej, wywołana przez lęk, pełni ewolucyjną funkcję zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom. Według Bowlby’ego²⁵ przywiązanie do konkretnej osoby nadal kształtuje się w wieku dorosłym, szczególnie w sytuacjach sprawowania opieki. Wzajemne relacje oparte na uzyskiwaniu i dawaniu opieki aktywują układy behawioralne odpowiedzialne za przywiązanie.

Zatem we wszystkich sytuacjach, w których doświadczająca dyskomfortu osoba potrzebuje pomocy w samoregulacji, może dochodzić do silnej aktywacji przywiązania do opiekuna. Przywiązanie ulega dalszemu wzmocnieniu podczas szczegółowego omawiania aktualnych i przeszłych relacji, co intensyfikuje wewnętrzny rozwój relacji przywiązania. Oznacza to, że każda

technika psychologiczna, która zajmuje się analizowaniem emocji, przekonań i wspomnień będzie stymulować układ przywiązania i stwarzać psychologiczne ramy dla mentalizacji.

POPRAWA MENTALIZACJI

Terapeuta oferuje pomoc w mentalizacji na wiele sposobów. Po pierwsze, pomaga pacjentowi w regulacji emocji, najczęściej przez spójnie wyrażane reakcje na emocje pacjenta (ramka 2) oraz stwarzanie bezpiecznego, wrażliwego środowiska interpersonalnego.²⁶ Następnie, niezależnie od orientacji, terapeuta w sposób jawny stwarza alternatywne perspektywy wobec doświadczeń psychicznych w kontekście spotkania terapeutycznego, niezależnie od tego, czy dokonuje tego, interpretując przeniesienie, czy zwalczając nieporozumienia i rysy na przymierzcu terapeutycznym. Mówiąc ogólnie, dominującym celem terapeuty jest stworzenie bezpiecznego i wrażliwego środowiska interpersonalnego, które pomaga pacjentowi w regulowaniu emocji.

W niektórych metodach leczenia terapeuta bezpośrednio zachęca pacjenta do tworzenia więzi z nim i zaangażowania w program terapeutyczny. Chociaż w przypadku niektórych pacjentów może to być prawie niepotrzebne, inni mogą unikać zaangażowania w terapię, leczenia i związanego z nim przywiązania.^{27,28} Przywiązanie w terapii rozwija się przeważnie przez niejawnie wprowadzanie strategii werbalnych i niewerbalnych (pod pewnym względem istnieje „mowa terapeutyczna” analogicznie do „mowy matczynej”, której szybko uczy się większość matek, mówiąc do swoich dzieci). W przypadku terapii grupowej terapeuta może również próbować kształtować więzi między członkami grupy i z grupą jako całością.²⁹

Wszystkie metody psychoterapii wzmacniają mentalizację: szkoły i techniki

Autorzy uważają, że różne szkoły i techniki terapeutyczne mają ze sobą więcej wspólnego niż często sądzono, zarówno pod względem celów, jak i wyników. Większość terapeutów jest zmuszona do różnych metod sformalizowania praktyki w celu pomagania klientom w łączeniu uczuć z myślami. W terapii psychodynamicznej można to zoperacjonalizować jako przezwyciężanie rozdzielenia przeżywania i myślenia (i tworzenie tego, co jest nazywane emocjonalnością umysłową lub uczuciami uczuć). Zajmowanie się nierównowagą wszystkich tych elementów może stanowić nieodłączną cechę różnych szkół psychoterapeutycznych. Terapeuta może na przykład pracować z pacjentem w celu przejścia od ukrytych-automatycznych do jawnych-kontrolowanych mentalizacji przez kwestionowanie czynionych przez niego automatycznych założeń. Technika ta jest częsta w terapii poznawczo-behawioralnej (cognitive-behavioral therapy, CBT) i terapii dynamicznej.

Psychoterapeuci wszystkich orientacji często dążą do omówienia wewnętrznych reprezentacji pacjentów dotyczących stanów psychicznych ich samych i innych osób. Mogą robić to

Ramka 2

Spójnie wyrażane reakcje

Spójnie wyrażane reakcje oznaczają właściwe pod względem emocji, tonu, czasu i treści reagowanie na ekspresję (emocjonalną) drugiej osoby, ale w postaci lustrzanej reakcji na bodziec, tzn. emocje wyrażane raczej w reakcji na oryginalną komunikację, a nie spontanicznie wzbudzone w rozmówcy, np. terapeuta w reakcji na przeżywanie przez pacjenta dyskomfort okazuje troskę, a nie płacze i sam przeżywa napięcie.

pobieżnie, przez podważanie powierzchownych ocen dotyczących ludzi dokonywanych przez pacjenta na podstawie czynników zewnętrznych lub analizować znaczenie tych założeń w kontekście opartego na głębszej refleksji leczenia psychoanalitycznego. Rozróżnianie siebie i innych nie jest trywialnym celem psychoterapii, szczególnie że pacjent w procesie terapii próbuje odnaleźć siebie samego w umyśle terapeuty, żeby dokonać „rekalibracji” wewnętrznego doświadczenia, o czym mówiliśmy wcześniej. W procesie terapeutycznym może to być równoznaczne z jawnym przyjmowaniem perspektywy innych wobec siebie samego (co często można odtworzyć w psychoterapii systemowej przez odgrywanie ról) lub z ciężką pracą mającą na celu stworzenie takich warunków, aby dezorganizujący wpływ innych na siebie samego został zminimalizowany (jak podczas wykorzystywania kozetki w klasycznej psychoanalizie).

TERAPIA POZNAWCZA

W terapii poznawczej mentalizacja nigdy nie znajduje się daleko od centrum zainteresowania. Wszystkie terapie poznawcze wykorzystują techniki zachęcające do uczenia się przez restrukturyzację dysfunkcyjnych wzorców myślenia i wzmacnianie podstawowych umiejętności autorefleksji, takich jak myślenie drugorzędowe i nazywanie myśli. Na przykład przez zwracanie uwagi na negatywne automatyczne myśli i ich wpływ na nastrój terapeuty robi coś więcej niż samo zajmowanie się procesami dezadaptacyjnymi. Wzmacnia również świadomość pacjenta dotyczącą tego, w jaki sposób pracuje jego umysł. Podobnie, refleksje dotyczące nawykowych sposobów myślenia obejmują wyjaśnianie pracy umysłu, przez przesuwanie do pełnej świadomości wcześniej nieświadomych treści. Nawet w największym stopniu behawioralne aspekty terapii poznawczej, takie jak zbieranie empirycznych dowodów dotyczących prawdziwości myśli i podważanie globalnego negatywnego myślenia, niezależnie od zajmowania się tymi dysfunkcyjnymi objawami, promują ciekawość, dociekliwość i elastyczność myślenia.

TRENING UWAGAŃNOŚCI

Od niedawna osiowym elementem CBT stała się mentalizacja i inne aktywności, tak ściśle ze sobą związane, że prawie nieodróżnialne. Trening uważności (mindfulness)^{9,30-34} w depresji

Ramka 3

Gra Harry'ego

Harry zgłosił się na terapię, ponieważ czuł się przygnębiony i niespokojny między ludźmi. Chociaż był dobry w swojej pracy księgowego, miał niewielu przyjaciół i od pewnego czasu nie miał żadnych relacji emocjonalnych/seksualnych. Wśród negatywnych automatycznych myśli utrzymywały się uporczywe myśli dotyczące bycia nielubianym i wrażenie, że inni wykluczają go z wydarzeń społecznych. Relacjonował obawę, że jego szefowa faworyzuje nową, młodszą koleżankę. Niedawno miał napad paniki, kiedy zobaczył je pijące razem kawę podczas przerwy na lunch.

Harry jest bystry i elokwentny. Angażuje się w terapię i odrabia prace domowe. Mógł dostrzec, że nie jest prawdopodobne, że koledzy rzeczywiście go odrzucają i stwierdzić, że poznawcze podważenie jego założeń i schematów jest pomocne. Pod koniec 12 sesji relacjonował, że czuje się szczęśliwszy w pracy i bardziej skłonny do inicjowania kontaktów i przyłączania się do innych. Zgłaszał jednak również, że nadal czuje się niespokojny w towarzystwie swojej szefowej i uświadomił sobie, że kiedy jest przy niej, zbiera mu się na płacz.

Terapeuta zebrał dokładniejszy wywiad dotyczący przywiązania. Harry opisywał poczucie, że jego matka odrzucała go, kiedy jako chłopiec był nieszczęśliwy. Jako dorosły rozumiał, że matka mogła być pochłonięta długą chorobą i śmiercią swojego ojca. Relacjonował wrażenie, że jego siostra (młodsza o 5 lat) dostawała więcej bezwarunkowej miłości.

bezpośrednio ma na celu raczej zmianę stosunku pacjenta do depresyjnych myśli niż zmianę treści tych myśli. Trening uważności wzmacnia świadomość myśli i uczuć i sprzyja mentalizacji przez zwrócenie uwagi na nieprzerwany napływ stanów psychicznych. Jest bardzo skuteczny w zapobieganiu nawrotom depresji. U osób biegłych w stosowaniu tej techniki obserwuje się wzmocnienie funkcji kory oczodołowo-czołowej po prawej stronie (okolicy związanej z lepszą umiejętnością regulowania negatywnych emocji) w porównaniu z osobami, które nie odbyły tego treningu.³⁵

PSYCHOTERAPIA INTERPERSONALNA

Techniki promujące mentalizację w psychoterapii interpersonalnej nie odbiegają daleko od zadeklarowanego celu leczenia.^{36,37} Psychoterapia interpersonalna pośrednio zwraca uwagę na mentalizację w relacji ze stanami psychicznymi innych osób, wzmacniając jednocześnie samoświadomość w kontekście rozwiązywania problemów interpersonalnych „tu i teraz”. W terapii interpersonalnej istnieje wiele swoistych technik, po których można spodziewać promowania mentalizacji, jak np. wzmacnianie emocji w celu pomagania pacjentowi w zrozumieniu, regulowaniu i wyrażaniu uczuć; częste posługiwanie się klaryfikacją doświadczenia interpersonalnego, co w konsekwencji często prowadzi do analizy komunikacji, oraz wykorzystywanie relacji terapeutycznej do identyfikowania tych problemów.

TERAPIA SKONCENTROWANA NA PACJENCIE

Nie musimy również daleko szukać, aby zidentyfikować konkretne techniki promujące mentalizację w terapii skoncentro-

wanej na pacjencie. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na pacjencie można nawet uznać za prototypową psychoterapię opartą na mentalizacji, ponieważ jej osiowym punktem jest przyjęcie perspektywy pacjenta (empatia). Docieklive stanowisko^{38,39} pobrzmiewa zaleceniami Carla Rogersa,⁴⁰ aby ostrożnie wygłaszać empatyczne komentarze.

Niezależnie od tego stylu pracy terapeuci skoncentrowani na pacjencie mają na celu wyjaśnienie pozycji pacjenta względem innych, aby umożliwić mu stworzenie bardziej adekwatnego i zintegrowanego obrazu siebie. Czyniąc to, niewątpliwie pomagają w nabyciu lepszych umiejętności mentalizacji.

TERAPIA BEHAWIORALNA

Można założyć, że nawet klasyczna terapia behawioralna obejmuje mentalizację. Kiedy pacjenci są uczeni nowych reakcji na lękorodne bodźce, następują zmiany w brzusznej korze przedczołowej i ciele migdałowatym, strukturach uczestniczących w reakcjach lękowych.⁴¹ Techniki wykorzystujące interwencje niewerbalne lub fizyczne prawdopodobnie również angażują mózg w uczenie się nowych znaczeń, albo bezpośrednio przez sieci neuronalne ciała migdałowatego, albo pośrednio przez poprawę funkcji symbolicznych (np. przekształcanie emocji w wyobrażenia poznawcze). Nazywanie uczuć zmniejsza aktywność ciała migdałowatego, dzięki czemu zmienia funkcje synaptyczne i poziom odczuwanego dyskomfortu.^{42,43}

Przeniesienie, nadmierne wzbudzenia układu przywiązania a mentalizacja

Jak wcześniej wspomniano, praktycznie nieuchronne jest, że relacja terapeutyczna aktywuje układ przywiązania, szczególnie w terapii indywidualnej. Czy jest to jednak nieodłączny element zdrowienia, jak sugerował Bowlby?⁴⁴ Podczas pierwszych doświadczeń z procesem terapeutycznym Freud i Breuer odkryli,⁴⁵ że przynajmniej u niektórych osób nasilenie stymulowanej więzi może być bez mała przytłaczające.

Psychoterapeutyczna „hiperaktywacja” układu przywiązania może szczególnie często występować u osób z lękowym stylem przywiązania. Wyzwania emocjonalne w sytuacji terapeutycznej powodują u pacjenta niewielki lęk lub nawet dyskomfort, co w zaprogramowany biologicznie sposób aktywuje układ przywiązania i stymuluje zachowania ukierunkowane na „poszukiwanie bliskości” mające na celu uzyskanie opieki od dorosłego. Wrażliwy terapeuta reaguje humanitarnie na dyskomfort interpersonalny, co od tysięcy lat związane jest z wysyłaniem sygnałów psychologicznych prowadzących do stworzenia silnej więzi emocjonalnej z pacjentem.

Aktywacja układu przywiązania u osób z bezpiecznym stylem przywiązania może być łagodna i ustępować samoistnie, jednak takie osoby rzadko będą szukać pomocy terapeutycznej.⁴⁶ Większość osób zgłaszających się na terapię cechuje się wywiadem z lękowym stylem przywiązania. W przypadku tych osób reaktywacja schematów relacji przywiązania nie-

uchronnie spowoduje, że relacja z terapeutą będzie obfitować w trudne doświadczenia emocjonalne. Niezależnie od określonego charakteru historii pacjenta można spodziewać się, że aktywacja schematów relacji z dzieciństwa będzie u jednostki z lękowym stylem przywiązania w relacji terapeutycznej wielokrotnie stwarzać wyzwania emocjonalne. Wtórny do tego dyskomfort i lęk spowoduje jeszcze większą aktywację układu przywiązania, powodując nasilenie szukania bliskości, opiekania się i wzmocnienie więzi emocjonalnej. Stwarza to większy potencjał emocjonalnie trudnych spotkań z terapeutą, szczególnie u osób z dużym nasileniem konfliktów wewnętrznych modeli operacyjnych.

Rozważmy fikcyjny, ale adekwatny klinicznie przypadek Harry'ego (ramka 3). Harry prawdopodobnie będzie odczuwać terapię indywidualną jednocześnie jako kojącą i niepokojącą. Będzie nadwrażliwy na sytuacje, w których terapeuta (opiekun) nie okaże mu natychmiastowej troski. Może być szczególnie wrażliwy na przybywanie i odchodzenie innych pacjentów, za których terapeuta ponosi zawodową odpowiedzialność, chociaż jednocześnie może nie być tego świadomy.

W zależności od przyjętego modelu psychoterapii możemy spojrzeć na ten scenariusz z dwóch różnych stron. Możemy analizować trudności społeczne Harry'ego w kategoriach hiperaktywacji układu przywiązania, wywołanej przez podświadome wspomnienia i stworzyć dla niego bezpieczną bazę, co dostarczy nowych informacji, będzie wspierać pacjenta w badaniu, a nie unikaniu swoich lęków; oraz podważać negatywne przekonania. Możemy również stworzyć możliwość pracy nad hiperaktywacją układu przywiązania, do której dochodzi bezpośrednio w relacji terapeutycznej. Wykorzystywanie procesu terapeutycznego stwarza bezpośrednią możliwość doświadczania i refleksowania na temat modelu złożonych i sprzecznych relacji, który już wcześniej został aktywowany w wielu różnych aspektach związanych z relacją. Będzie to oczywiście preferowane podejście w większości szkół psychodynamicznych.⁴⁷ Nawet z perspektywy CBT możemy znaleźć uzasadnienie dla analizowania pojawiających się schematów „tu i teraz”, badania ich wiarygodności i trwałości.⁴⁸

Korzyści i zagrożenia związane z procesem terapeutycznym

Pewna liczba dowodów wskazuje na to, że skuteczne leczenie psychoterapeutyczne przyczynia się do poprawy mentalizacji.⁴⁹⁻⁵¹ W randomizowanych badaniach kontrolowanych wykazano, że metody leczenia oparte na mentalizacji są skuteczne w takich zaburzeniach, jak zaburzenie osobowości borderline⁵² oraz w interwencjach zapobiegających przemocy^{53,54}. Nawet w poważnych chorobach psychicznych, np. w schizofrenii, terapię psychologiczną, które poprawiają podstawowe umiejętności refleksji, prowadzą do poprawy funkcjonowania społecznego.⁵⁵

Z perspektywy modelu mentalizacji w kontekście skuteczności terapeutycznej nadmierna aktywacja układu przywiązania wymaga uwagi. Są przekonujące dowody na to, że intensywna aktywacja układu neurobehawioralnego stanowiącego podłoże przywiązania jest związana z dezaktywacją wzbudzenia i układów regulacji emocji,⁵⁶ a także dezaktywacją układów neuropoznawczych, które mogą generować podejrzliwość w relacjach interpersonalnych, tzn. uczestniczących w poznaniu społecznym lub mentalizacji, w tym bocznej kory przedczołowej, przyśrodkowej kory przedczołowej, bocznej kory ciemieniowej, przyśrodkowej kory ciemieniowej, przyśrodkowej kory skroniowej i czołowej części przedniej kory zakrętu obręczy.⁵⁷⁻⁶²

W większości ludzkich języków funkcjonuje powiedzenie, że „miłość jest ślepa”. Oznacza ono niezdolność do silnej aktywacji układu przywiązania przy wnikliwym kontemplowaniu (w przeciwieństwie do ruminacji) stanów psychicznych. Upraszczając, w miarę jak nasila się przywiązanie i wzrasta wzbudzenie, mentalizacja przechodzi od pierwotnie kontrolowanego, refleksyjnego, skupionego do wewnątrz, złożonego poznawczo procesu sterowanego w okolicach przedczołowych w automatyczny, skupiony na zewnątrz, intensywny pod względem emocjonalnym, proces generowany w tylnej korze i ośrodkach podkorowych.

JAK MOŻE TO WPŁYWAĆ NA PSYCHOTERAPIĘ?

Przy założeniu, że najważniejszym celem psychoterapii jest poprawa umiejętności mentalizacji, jeżeli nadmierna aktywacja związanych z przywiązaniem aspektów relacji terapeutycznej upośledza zdolność mentalizacji, pacjent może przestać odnosić korzyści, jakie oferuje terapia lub relacja. Na tym etapie w umyśle pacjenta zaczyna dominować odgrywanie wzorów niestabilnych relacji, co wpływa na przeżywanie relacji terapeutycznej: wtórne do tego błędne spostrzeżenia są doświadczane jako „jakby prawdziwe” w niezwiązanym z mentalizacją, przeniesieniowym aspekcie zdeorganizowanej relacji terapeutycznej. Pacjenci mogą skarżyć się, że terapia nie jest pomocna lub wydaje się nieprzyjemna, mogą aktywnie postrzegać terapeuta jako agresywnego lub całkowicie zrezygnować z terapii. Inni pacjenci mogą wytworzyć intensywną więź z terapeutami, którzy są przez nich idealizowani lub postrzegani jako „idealni” partnerzy seksualni.

W JAKI SPOSÓB TERAPEUTA MOŻE ROZWIĄZAĆ TEN PROBLEM?

Intensyfikacja związanych z przywiązaniem aspektów relacji terapeuty i pacjenta będzie początkowo odgrywać ważną rolę we wzmacnianiu skupieniu pacjenta na stanach umysłu. Żeby mogło to przynieść korzyści, terapeuta musi zachować umiejętność wyraźnego odzwierciedlenia. Oznacza to, że terapeuta (podobnie jak wytwarzająca bezpieczną więź matka) jest w stanie okazywać emocjonalne dostrojenie i współczucie dla emocji przeżywanych przez pacjenta, ale nie musi sam ich

odczuwać (lub czuć się nimi przytłoczony).⁶³ Terapeuta musi ponadto być w stanie okazać empatię i współczucie, jednocześnie komunikując rozróżnienie ja-inni przez dostosowanie odzwierciedlania z udzielaniem wskazówek, w jaki sposób pacjenci radzą sobie z emocjami (np. wyolbrzymianie, spowolnienie, schematyczne ruchy lub zawężenie zwykłego repertuaru ruchowego.^{26,64-67} Praca z wykorzystaniem nagrań wideo z terapii krótkoterminowych pokazuje, że doświadczeni i skuteczni terapeuci okazują mniej emocji w codziennym wyrazie twarzy przy pracy z pacjentami w porównaniu z mniej doświadczonymi terapeutami.⁶⁸ Być może doświadczeni terapeuci mają większą świadomość tego, że okazywanie zbyt dużej empatii może doprowadzić do nadmiernej stymulacji pacjenta. Aby uzyskać optymalną skuteczność, muszą być w stanie powstrzymać nadmierne wzbudzenie systemu przywiązania i unikać intensyfikacji relacji przywiązania w stopniu, który groziłby dezorganizacją.

Pracując z pacjentami o bardzo zdeorganizowanej strukturze ja (np. z poważnymi zaburzeniami osobowości), terapeuta musi mieć świadomość zmian stanu psychicznego pacjenta „z chwili na chwilę” i być gotów zrobić krok w tył podczas sesji.³⁹ Tragiczne jest, jak zaznaczono w innym miejscu,⁶⁹ że interpretacje wymagające znacznych możliwości refleksji często padają, kiedy pacjent jest najmniej zdolny do wejścia w „intencjonalny” stan umysłu, który umożliwia przeanalizowanie i przyswojenie implikacji wynikających z komentarza terapeuty.

Sekret psychoterapii: unikalne współistnienie miłości i mentalizacji

W tym artykule autorzy twierdzą, że terapia psychologiczna działa przez jednoczesne aktywowanie dwóch wzajemnie hamujących się układów w mózgu. Terapeuta, wykorzystując określone techniki (interpretowanie zachowań i interakcji, nakłanianie do refleksji), próbuje wzmocnić mentalizację, ogólnie zachęca i interesuje się światem psychicznym pacjenta. Jednocześnie w zamierzony i celowy sposób aktywuje układ przywiązania i tworzy stan paradoksalny, utrzymując wymagania skupienia się na stanie psychicznym. Przyjmujemy, że ten złożony stan psychiczny (zwany wcześniej zmentalizowaną emocjonalnością⁶⁷) zapewnia wgląd w doświadczenia emocjonalne, jaki tylko psychoterapia może stworzyć pacjentowi.

Dla obydwu stron spotkań terapeutycznych utrzymanie skupienia na stanie psychicznym przy jednoczesnej ciągłej aktywności układu przywiązania może stanowić wyzwanie. Może to być to miejsce, w którym sztuka psychoterapii styka się ze sztuką aktorską.⁷⁰ Paradoksalny wzorzec aktywacji jest podtrzymywany przez a) stopniową aktywację negatywnych emocji w miarę, jak terapeuta zachęca pacjenta do konfrontowania się z bieżącymi trudnościami i traumatycznymi doświadczeniami i b) zachęcanie do przypominania sobie prze-

syconych emocjami epizodycznych wspomnień, również tych urazowych.

Podczas ekspozycji na bodźce mających aktywować miłość rodzicielską (zdjęcie własnego dziecka) lub romantyczną (obrazek kochanego partnera) opisywano konsekwentnie aktywność dwóch sieci neuronalnych.^{57,58} Pierwsza z nich obejmuje przyśrodkową korę przedczołową, dolną korę ciemieniową i przyśrodkową korę skroniową, szczególnie w prawej półkuli, oraz tylną część zakrętu obręczy. Ta sieć jest zaangażowana w procesy uwagi i pamięci długotrwałej; w różnym stopniu aktywuje się przy odczuwaniu pozytywnych i (przede wszystkim) negatywnych emocji. Uważa się, że stanowi podłoże procesów na granicy pamięci związanej z nastrojem i funkcji poznawczych.

W skład drugiej sieci wchodzi okolice skroniowe, połączenie ciemieniowo-skroniowe i przyśrodkowa kora przedczołowa. Ulega ona aktywacji podczas wykonywania zadań związanych z zaufaniem społecznym, wartościowaniem moralnym, teorią umysłu, całkowicie negatywnymi emocjami i zwracaniem uwagi na własne emocje. Dlatego może być podłożem umiejętności określania emocji i intencji innych osób oraz wchodzenia w „intencjonalny” stan umysłu.

DLACZEGO PSYCHOTERAPIA JEST WYJĄTKOWYM PROCESEM; CZY SĄ JAKIEŚ WSKAZÓWKI, W JAKI SPOSÓB DZIAŁA?

Jeżeli psychoterapia wymaga paradoksalnej aktywacji dwóch zwykle wzajemnie hamujących się układów w mózgu, co można dzięki niej osiągnąć? Dlaczego podstawowe znaczenie w terapii ma aktywacja układu przywiązania? Dlaczego przymierze terapeutyczne jest koniecznym warunkiem zmiany? Z czego wynika, że silniejsza relacja prognozuje większą zmianę, a nawiązanie przymierza na wczesnym etapie terapii prognozuje zmniejszenie nasilenia objawów pod koniec leczenia?⁷¹

Techniki terapeutyczne aktywują układy związane z negatywnymi emocjami, przy jednoczesnym częściowym zahamowaniu oceny moralnej i mentalizacji przez układ przywiązania. Pacjent jest proszony o przyglądanie się wspomnieniom i myślom na swój temat, przy jednoczesnym wykorzystywaniu aktywnych połączeń układu przywiązania w celu „znieczulenia” pacjenta od w pełni rzeczywistego uczestniczenia w tym doświadczeniu. Jeżeli nie dochodzi do nadmiernego pobudzenia układu przywiązania, pacjent spogląda na siebie przez różowe okulary (umiarkowanie aktywnego) układu przywiązania.

Psychoterapia wiąże się zatem z intensywnym myśleniem o uczuciach, myślach i przekonaniach w kontekście przywiązania. Aktywacja uczuć związanych z przywiązaniem tworzy taki stan umysłu, w którym przestaje dominować odgraniczenie terażniejszości od przeszłości (pamięć długotrwała) i tworzy się możliwość ponownego przemyślenia i przekonfigurowania sieci wzajemnych relacji. W dyskursie psychoanalitycznym do określenia tego szczególnie związanego z terapią stanu umy-

słu autorzy⁷²⁻⁷⁵ wykorzystali koncepcję przejściowej przestrzeni stworzoną przez Winnicotta.⁷⁶

Rozważając początki terapii psychodynamicznej, Freud⁷⁷ natknął się na następujący komentarz Schillera, opublikowany w 1788 roku:

z drugiej strony, kiedy mamy do czynienia z kreatywnym umysłem, związki przyczynowo-skutkowe – jak sądzę – ulegają rozluźnieniu, otwierają się drzwi tajemnicy i myśli biegną bezładnie; tylko wtedy można spoglądać przez nie i analizować je jako całość (str. 103)

Freud uważał, że opisuje to zjawisko dezaktywacji ograniczeń poznawczych, które próbujemy opisać również tutaj. Freud⁷⁷ idzie dalej, rozpoznając jasno to samo zjawisko, pomija jednak kluczową rolę przywiązania (relacji terapeutycznej) w umożliwieniu zajścia tego procesu:

postawa pozbawiona krytycyzmu samoobserwacji nie jest wcale trudna. Większość moich pacjentów osiąga ją po pierwszych instrukcjach. Sam mogą zrobić to bardzo dokładnie z pomocą zapisywania moich myśli, jak tylko się pojawiają (str. 103)

Autorzy nie mogą przytoczyć żadnych dowodów pozwalających ocenić, w jakim stopniu stwierdzenie Freuda dotyczące umiejętności osiągania tego stanu może być uważane za wiarygodne. Odnośnie do opisanego stanu można jednak stwierdzić, że od jego czasów niewiele było w stanie samodzielnie osiągnąć zrozumienie siebie i wgląd, bez udziału innego umysłu sprawnie pracującego w celu stworzenia środowiska, w którym możliwa jest właściwa percepcja siebie dzięki odrzuceniu przytłaczających hamulców moralnych.

Umysł terapeuty

Opisane wcześniej procesy są również istotne w odniesieniu do tego, co zachodzi w umyśle terapeuty. Ponieważ jest on wzywany do roli opiekuna, również u niego następuje aktywacja układu przywiązania. Jeżeli przyjmiemy, że układ przywiązania to zespół postaw związanych z uzyskiwaniem i dawaniem opieki,⁷⁸ wówczas u terapeuty może dochodzić do aktywacji układu przywiązania, niezależnie od stosowanej szkoły lub technik. Niewielka aktywacja układu przywiązania wydaje się sprzyjać mentalizacji i przez to pomaga terapeutom w zachęcaniu pacjenta do przyjęcia możliwego do kontrolowania, ukierunkowanego do wewnątrz stanu umysłu, w którym występuje odróżnianie siebie samego od innych osób.

Z powodów, które mogą mieć uzasadnienie ewolucyjne, intensywna aktywacja sieci odpowiedzialnych za uczucie i doświadczanie przywiązania wydaje się również hamować intensywność poznawczej i emocjonalnej analizy treści psychicznych. Taki stan rzeczy stwarza psychoterapeucie wyjątkowe możliwości. Balansując między aktywacją układu przywiązania przeciwdziałającego pojawianiu się negatywnych treści psychicznych, terapeuta może zaprezentować pacjentowi nowe bodźce (treści psychiczne) bez wywoływania oporu wobec włączenia nowych sposobów doświadczania świata w istniejące schematy poznawczo-emocjonalne.

W sytuacji nadmiernej aktywacji układu przywiązania proces ten może ulec zakłóceniu. Biorąc pod uwagę to, co wiemy na temat układu przywiązania i psychoterapii, jest to prawdopodobne. Jeżeli/kiedy terapia jako taka staje się przyczyną lęku i dyskomfortu (być może w sytuacji, kiedy pojawiają się treści przerażające pacjenta lub terapeuta nie jest w stanie bądź nie chce pomieścić jego lęku), nieuchronnie u pacjenta dojdzie do aktywacji układu przywiązania. Szukanie bliskości z terapeutą, który nie jest w stanie uspokoić lub wzbudza u niego dodatkowy lęk, stwarza stan, w którym pacjent, próbując uzyskać od terapeuty otuchę i ukojenie, jeszcze bardziej aktywuje swój układ przywiązania, co prowadzi do dezorganizacji terapeutycznego systemu przywiązania.

Jest to oczywiście najbardziej prawdopodobne w przypadku osób z niekorzystnymi doświadczeniami dotyczącymi przywiązania. Kiedy w procesie terapii dochodzi do reaktywacji tych doświadczeń, może to prowadzić do przeżywania dyskomfortu związanego z relacją terapeutyczną. W takich przypadkach należy ponownie ustalić równowagę między potrzebą mentalizacji i przywiązania, zanim będzie można rozpocząć istotną pracę terapeutyczną. Jeżeli nie uda się tego osiągnąć, możemy mieć do czynienia z tymi 5-10% sytuacji, kiedy terapia nie tylko nie prowadzi do poprawy, ale również wyrządza pacjentowi niezamierzoną krzywdę.⁷⁹

Nadmierna aktywacja układu przywiązania może również pomóc w wyjaśnieniu, dlaczego niektórzy terapeuci tracą zdolność dostrojenia się i refleksji, a właściwie tracą swoją umiejętność mentalizacji. Utrata dostrojenia może prowadzić nie tylko do deficytów w odzwierciedlaniu i generować więcej lęku u pacjenta. Może również prowadzić do niewłaściwych zachowań terapeuty, np. nawiązywania emocjonalnych i seksualnych relacji z pacjentami. Takie błędy w mentalizacji są częstsze w pracy w pacjentami z bardzo zdeorganizowanym przywiązaniem, np. wskutek wykorzystywania w dzieciństwie⁸⁰ oraz w sytuacjach, w których terapeuci przeżywają kryzys przywiązania w prywatnym życiu.

Poprawa dostępności wszystkich terapii psychologicznych

Jak mogliśmy zobaczyć, istnieją jednoznaczne dowody neuropсихiatryczne na to, że terapia psychologiczna zmienia mózg. Autorzy uważają, że dzieje się tak dlatego, że psychoterapia tworzy środowisko, w którym pacjent jest wielokrotnie ekspozowany na nowe bodźce percepcyjne, co umożliwi procesy uczenia się od nowa. Nowe bodźce obejmują nowe metody monitorowania własnych myśli i uczuć, nowe werbalne „opracowywanie” doświadczeń, nowe behawioralne reakcje na lęk, nowe oceny i doświadczenia kodowane w pamięci.

Wszystkie techniki psychoterapeutyczne w pewnym stopniu wzmacniają procesy mentalizacji, chociaż niektóre mogą być skuteczniejsze niż inne, w zależności od tego, który aspekt mentalizacji ma ulec wzmocnieniu. Wszyscy pacjenci do-

świadczający psychicznego dyskomfortu mogą odnieść korzyści z psychoterapii. Ważne jest jednak dobranie odpowiedniej techniki do zgłaszanych skarg i systematyczne ocenianie potrzeb terapeutycznych pacjenta. Na podstawie obecnych dowodów nie można wykluczyć żadnej z technik psychologicznych z terapii dostępnych dla pacjentów, a potencjalni terapeuci powinni być świadomi swojej własnej historii dotyczącej przywiązania.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 353–362. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Adshad G, Fonagy P (2012) How does psychotherapy work? The self and its disorders. *Advances in Psychiatric Treatment* 18: 242-9.
2. Howard K, Lueger R, Maling M, et al (1993) A phase model of psychotherapy: causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 678-85.
3. Allen JG, Fonagy P, Bateman AL (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing.
4. Lysaker P, Carcione A, Dimaggio G, et al (2005) Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associated with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112: 64-71.
5. Fonagy P, Target M, Steele H, et al (1998) *Reflective-Functioning Manual*, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews. University College London.
6. Ensink K (2003) *Assessing theory of mind, affective understanding and reflective functioning in primary school aged children*. PhD dissertation, University of London, UK.
7. Holmes J (2005) Notes on mentalization - old hat or new wine? *British Journal of Psychotherapy* 19: 690-710.
8. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, et al (2005) Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19: 690-710.
9. Choi-Kain LW, Gunderson JG (2008) Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 165: 1127-35.
10. Kraemer GW (1992) A psychological theory of attachment. *Brain and Behavioural Sciences* 15: 493-541.
11. Kandel ER (1999) Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry* 156: 505-24.
12. Alfonso J, Frick LR, Silberman DM, et al (2006) Regulation of hippocampal gene expression is conserved in two species subjected to different stressors and antidepressant treatments. *Biological Psychiatry* 59: 244-51.
13. Szyf M, McGowan P, Meaney MJ (2008) The social environment and the epigenome. *Environmental and Molecular Mutagenesis* 49: 46-60.
14. Barr CS, Newman TK, Shannon C, et al (2004) Rearing condition and rh5-HTTLPR interact to influence limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to stress in infant macaques. *Biological Psychiatry* 55: 733-8.
15. Caspi A, Moffitt TE (2006) Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews: Neuroscience* 7: 583-90.
16. Hermann C, Hohmeister J, Demirakça S, et al (2006) Long-term alteration of pain sensitivity in school-aged children with early pain experiences. *Pain* 125: 278-85.
17. Schore A (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbitofrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 8: 59-87.
18. Schore A (2001) The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22: 201-69.
19. Benedetti F, Mayberg H, Wager T, et al (2005) Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *Journal of Neuroscience* 25: 10390-402.
20. Colloca L, Sigurd M, Benedetti F (2008) The role of learning in placebo and nocebo effects. *Pain* 136: 211-8.
21. Ramachandran VS, Blakeslee S (1999) *Phantoms in the Brain*. Fourth Estate.
22. Doidge N (2008) *The Brain that Changes Itself*. Penguin.
23. Bowlby J (1977) The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 130: 421-31.
24. Bowlby J (1969) *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
25. Bowlby J (1988a) *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge.
26. Gergely G (2007) The social construction of the subjective self: the role of affect-mirroring, markedness, and ostensive communication in self development. In *Developmental Science and Psychoanalysis* (eds L. Mayes, P. Fonagy, M. Target): 45-82. Karnac Books.
27. Dozier M, Lomax L, Tyrrell CL, et al (2001) The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment and Human Behaviour* 3: 62-76.
28. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, et al (2003) Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *Journal of Personality Disorders* 17: 263-8.
29. Glenn L (1987) Attachment theory and group analysis: the group matrix as a secure base. *Group Analysis* 20: 109-17.
30. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, et al (2000) Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 615-23.
31. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD (2002) *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press.
32. Brown KW, Ryan RM (2003) The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 84: 822-48.
33. Hayes SC, Follette VM, Linehan M (eds) (2004) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. Guilford Press.
34. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, et al (2006) Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology* 62: 459-80.
35. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, et al (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65: 564-70.
36. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, et al (1999) Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 56: 573-9.
37. Markowitz JC, Bleiberg K, Pessin H, et al (2007) Adapting interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Mental Health* 16: 103-16.
38. Bateman AW, Fonagy P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press.
39. Bateman AW, Fonagy P (2006) *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
40. Rogers CR (1951) *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin. Roth A, Fonagy P (2005) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Second Edition. Guilford Press.
41. LeDoux JE, Iwata J, Cicchetti P, et al (1988) Different projections of the central amygdaloid nucleus mediate autonomic and behavioral correlates of conditioned fear. *Journal of Neuroscience* 8: 2517-29.
42. Costafreda SG, Brammer M, David A, et al (2008) Predictors of amygdala activation during the processing of emotional stimuli: a meta analysis of 385 PET and fMRI studies. *Brain Research Review* 58: 57-70.
43. Vrticka P, Andersson F, Grandjean D, et al (2008) Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *Public Library of Science One* 3: e2868.
44. Bowlby J (1988b) Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry* 145: 1-10.
45. Freud S, Breuer J (1895) *Studies on hysteria*. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol. 2)* (ed J Strachey): 1-305. Hogarth Press.
46. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (1996) Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical samples: a meta analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 8-21.
47. Davies JM (2004) Whose bad objects are we anyway? Repetition and our elusive love affair with evil. *Psychoanalytic Dialogues* 14: 711-32.
48. Young JE (1999) *Cognitive Therapy for Personality Disorder: A Schema-Focused Approach* (3rd edn). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
49. Target M, Fonagy P (2003) Attachment theory and long-term psychoanalytic outcome: are insecure attachment narratives less accurate? In *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* (eds M Leuzinger-Bohleber, AU Dreher, J Canestri): 149-67. International Psychoanalytical Association.
50. Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, et al (2006a) The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 62: 481-501.
51. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, et al (2006b) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74: 1027-40.

52. Bateman A, Fonagy P (2008) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 165: 631-8.
53. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg E, et al (2005) Creating a peaceful school learning environment: the impact of an antibullying program on educational attainment in elementary schools. *Medical Science Monitor* 11: 317-25.
54. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM, et al (2009) A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50: 607-16.
55. Lysaker P, Dimaggio G, Carcione A, et al (2010) Metacognition in schizophrenia: the capacity for self-reflecting as a predictor for prospective assessment of work performance over six months. *Schizophrenia Research* 122: 124-30.
56. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, et al (2011) Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 5: 55.
57. Bartels A, Zeki S (2000) The neural basis of romantic love. *Neuroreport* 11: 3829-34.
58. Bartels A, Zeki S (2004) The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21: 1155-66.
59. Mayes LC (2000) A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology* 24: 267-79.
60. Mayes LC (2006) Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience: comments on the paper of Lewis et al. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094: 178-92.
61. Satpute AB, Lieberman MD (2006) Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Research* 1079: 86-97.
62. Lieberman MD (2007) Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology* 58: 259-89.
63. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, et al (2009) Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology* 34: 2655-66.
64. Gergely G, Watson J (1996) The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *International Journal of Psycho-Analysis* 77: 1181-212.
65. Gergely G (2004) The role of contingency detection in early affectregulative interactions and in the development of different types of infant attachment. *Social Development* 13: 468-78.
66. Gergely G, Unoka Z (2008) Attachment, affect-regulation and mentalization: The developmental origins of the representational affective self. In *Social Cognition and Developmental Psychopathology* (eds C Sharp, P Fonagy, I Goodyer): 305-42. Oxford University Press.
67. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, et al (2002) Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. Other Press.
68. Anstadt T, Merten J, Ullrich B, et al (1997) Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research* 7: 397-419.
69. Fonagy P, Bateman A (2006) Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 188: 1-3.
70. Allen JG (2006) Mentalizing in practice. In *Handbook of Mentalization- Based Treatment* (eds JG Allen, P Fonagy): 3-30. John Wiley & Sons.
71. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (ed M Lambert): 307-90. John Wiley & Sons.
72. Gaddini R, Gaddini E (1970) Transitional objects and the process of individuation: a study in three different social groups. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 9: 347-65.
73. Elmhirst S (1980) Transitional objects in transition. *International Journal of Psycho-Analysis* 61: 367-73.
74. Adler G (1989) Transitional phenomena, projective identification and the essential ambiguity of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Quarterly* 58: 81-104.
75. Auerbach JS, Blatt SJ (2001) Self-reflexivity, intersubjectivity, and therapeutic change. *Psychoanalytic Psychology* 18: 427-50.
76. Winnicott DW (1953) Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis* 34: 1-9.
77. Freud S (1900) The interpretation of dreams. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vols 4 & 5) (ed J Strachey): 1-715. Hogarth Press.
78. George C, Solomon J (1996) Representational models of relationships: links between care giving and attachment. *Infant Mental Health Journal* 17: 198-216.
79. Lilienfeld S (2007) Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science* 2: 53-70.
80. Kluff RP (1990) Incest and subsequent revictimization: the case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. In *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology* (ed RP Kluff): 263-9. American Psychiatric Press.
- 5-hydroxytryptamine-7 receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 268: 1403-10.
85. Hyttel J, Larsen J, Christensen AV, et al (1985) Receptor-binding profiles of neuroleptics. In *Dyskinesia: Research and Treatment* (eds DE Casey, TN Chase, AV Christensen, et al): 9-18. Springer-Verlag.
86. Finn A, Collins J, Voyksner R, et al (2005) Bioavailability and metabolism of prochlorperazine administered via the buccal and oral delivery route. *Journal of Clinical Pharmacology* 45: 1383-90.
87. Klerman GL (1974) Pharmacotherapy of schizophrenia. *Annual Review of Medicine* 25: 199-217.
88. Andreasen NC, Pressler M, Nopoulos P, et al (2010) Antipsychotic dose equivalents and dose-years: a standardised method for comparing exposure to different drugs. *Biological Psychiatry* 67: 255-62.
89. Harrison-Read PE (2009) Antimanic potency of typical neuroleptic drugs and affinity for dopamine D2 and serotonin 5-HT2A receptors - a new analysis of data from the archives and implications for improved antimanic treatments. *Journal of Psychopharmacology* 23: 899-907.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 30

78. Denham J (1958) The use of prochlorperazine (Stemetil) in chronic psychotic disorders. *Journal of Mental Science* 104: 1190-4.
79. Wilson IC, McKay J, Sandifer MGR (1961) A double-blind trial to investigate the effects of Thorazine (Largactil, chlorpromazine), Compazine (Stemetil, prochlorperazine) and Stelazine (trifluoperazine) in paranoid schizophrenia. *Journal of Mental Science* 107: 90-9.
80. Milne HB, Berliner F (1958) A clinical trial of Stemetil (prochlorperazine). *Journal of Mental Science* 104: 873-9.
81. Dransfield GA (1958) A clinical trial comparing prochlorperazine ('Stemetil') with chlorpromazine ('Largactil') in the treatment of chronic psychotic patients. *Journal of Mental Science* 104: 1183-9.
82. Isah AO, Rawlins MD, Bateman DN (1991) Clinical pharmacology of prochlorperazine in healthy young males. *British Journal of Clinical Pharmacology* 32: 667-84.
84. Roth BL, Craig SC, Choudhary MS, et al (1994) Binding of typical and atypical antipsychotic agents to 5-hydroxytryptamine-6 and