

## **Mentalizacja i teoria umysłu w organizacji osobowości borderline – różnice pomiędzy afektywnymi i poznawczymi aspektami poznania społecznego w patologii emocjonalnej**

### **Mentalization and theory of mind in borderline personality organization: exploring the differences between affective and cognitive aspects of social cognition in emotional pathology**

Dominika Górską, Monika Marszał

Instytut Psychologii UAM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. J. Brzeziński

#### **Summary**

**Aim:** This article addresses the problem of explaining emotional pathology (levels of personality organization) using the concepts of theory of mind (ToM) and mentalization. Although these terms are used interchangeably to describe the “ability to interpret the behavior of others in terms of mental states,” they do not have identical status in emotional disorders. ToM refers to a “cold” knowledge, whereas mentalization requires the activation of relational and emotional representations, as well as processing of emotional experience (whether reflection or defense). The aim of the study was to compare the cognitive (ToM) and affective (mentalization) aspects of “understanding the behavior of others in terms of mental states” in the clinical group – consisting of patients with borderline personality organization (N = 30); and the control group (N = 30).

**Method:** The *Borderline Personality Inventory* was used as a diagnostic questionnaire for the organization of personality, the *Strange Stories Test* was employed to measure ToM, and the *Mental States Task* instrument measured mentalization.

**Results:** With respect to mentalization, different patterns of results were obtained: the activation of overwhelming mental states and primitive defenses in the clinical group; as well as the inhibition of the recognition of mental content by defenses, such as denial and suppression of emotions, in the control group. No differences were observed in ToM between groups.

**Conclusions:** In explaining the personality organization levels, only the affective, and not the cognitive, aspects of “understanding the behavior of others in terms of mental states” are significant. People with borderline personality organization, as well as healthy individuals, use “cold” knowledge about internal states. However, the activation of relational and emotional representations triggers different mental states in both groups.

**Słowa kluczowe:** teoria umysłu, mentalizacja, organizacja osobowości borderline

**Key words:** theory of mind, mentalization, borderline personality organization

## Wstęp

Do opisu zdolności interpretowania zachowań innych w kategoriach zawartości ich umysłu (przekonań, pragnień, uczuć, potrzeb, myśli, intencji) stosowane są zamiennie pojęcia teorii umysłu (TU; theory of mind, w polskiej literaturze także stosowany jest skrót ToM) i mentalizacji [1]. Choć w niektórych aspektach pojęcia te są podobne, nie są jednak tożsame i nie mogą mieć identycznego statusu i znaczenia w wyjaśnianiu zaburzeń emocjonalnych. Wskazują na to nie tylko konceptualizacje teoretyczne zakładające odmienne czynniki i mechanizmy rozwoju (prawidłowego, jak i zaburzonego), ale także wyniki badań empirycznych, szczególnie w odniesieniu do zaburzeń emocjonalnych i osobowości. Przedstawiany artykuł jest próbą odpowiedzi na pytania o różnice pomiędzy TU a mentalizacją i wskazania ich znaczenia dla wyjaśniania patologii emocjonalnej, tutaj – poziomów organizacji osobowości (POO) [2].

Teorię umysłu określa się jako zdolność do przypisywania innym osobom stanów mentalnych w celu rozumienia i przewidywania ich zachowań społecznych [3], najczęściej w oparciu o paradygmat fałszywych przekonań. TU obejmuje dwa procesy: detekcję i dekodowanie stanów mentalnych oraz wnioskowanie o nich obejmujące bardziej zaawansowane kompetencje, takie jak przewidywanie czyichś zachowań na podstawie fałszywych przekonań [4]. Teoria umysłu krytykowana była jako termin zbyt wąski, pomijający relacyjny i emocjonalny aspekt rozumienia zachowań innych osób [5]. W związku z tym pojawiły się próby wyodrębnienia odmiennych aspektów TU, szczególnie odróżnienia jej komponentów poznawczych od emocjonalnych [6]. Mentalizacja natomiast jest specyficzną formą poznania społecznego, która polega na wykonywaniu wyobrażeniowej, psychicznej aktywności pozwalającej traktować zachowanie własne i innych osób w kategoriach intencjonalnych potrzeb, pragnień, przekonań, celów czy uczuć [7]. Jest to konstrukt wieloaspektowy, obejmuje trzy dymensje: tryby (implicite i explicite), dwie osoby (self i inni) oraz dwa aspekty (poznawczy i afektywny) [8]. Oprócz rozumienia stanów mentalnych innych osób zakłada on także regulację i transformację własnych emocji ze względu na rozumienie czyichś intencji, uczuć i przekonań, przez co odgrywa znaczącą rolę w mechanizmach przetwarzania doświadczenia emocjonalnego i regulacji emocji, co ma bardzo duże znaczenie szczególnie dla funkcjonowania osób z patologią emocjonalną.

Oprócz odmiennych konceptualizacji TU i mentalizacji, również wyniki badań potwierdzają, że ich rozróżnienie ma duże znaczenie teoretyczne i kliniczne. Deficyty TU obserwowano w zaburzeniach ze spektrum autyzmu [9], a także w zaburzeniach charakteryzujących się poważnymi deficytami w obrębie wielu funkcji, jak np. schizofrenia [10]. Jednak badania psychopatologii emocjonalnej (np. zaburzeń lękowych) dowiodły, że pomiędzy grupą kliniczną a kontrolną nie występują różnice w podstawowych testach odnoszących się do TU [11]. Wykazano także brak związku między TU a wzorcami mechanizmów obronnych [12] oraz jakością relacji przywiązania [13]. Ponadto predyktorem wysokiego poziomu TU u dzieci okazały się zdolności werbalne matek, ale nie ich odnoszenie się do stanów mentalnych i bezpieczne przywiązanie [14]. Badania te sugerują, że TU i funkcjonowanie emocjonalne oraz jakość relacji przywiązania są od siebie relatywnie niezależne.

Jednocześnie badania nad mentalizacją ujawniają znaczące deficyty tej funkcji w zaburzeniach o charakterze emocjonalnym, np. deficyty mentalizacji w patologii borderline [15], zależność mentalizacji i dojrzałości mechanizmów obronnych [16] oraz poziomu organizacji osobowości [2, 17]. Wykazano także, że zdolność do mentalizacji pozostaje w ścisłym związku z teorią przywiązania i jest osiągnięciem rozwojowym zależnym od jakości i klimatu emocjonalnego relacji między matką a dzieckiem [18]. Za podstawę mentalizacji uważa się prawidłowe odzwierciedlanie (mirroring) wewnętrznych stanów dziecka przez jego opiekuna [19]. Zagrożające doświadczenia emocjonalne mogą prowadzić do obronnego zablokowania prób wnioskowania o stanach mentalnych opiekuna. Wyniki badań wskazują także, że na podstawie funkcji mentalizacyjnej matki można przewidywać jakość relacji przywiązania u dziecka [20] oraz że na podstawie przywiązania dziecka można określić jego późniejszą zdolność do mentalizacji [21].

Choć kryteria definicyjne „wyjaśniania zachowań innych w terminach ich myśli, uczuć czy intencji” spełnia zarówno pojęcie teorii umysłu, jak i pojęcie mentalizacji, to w świetle aktualnych badań oba pojęcia wydają się różnić w podstawowych kwestiach:

- **pobudzeniu emocjonalnym:** wnioskowanie o stanie umysłu innej osoby w ramach TU nie zakłada osobistego zaangażowania emocjonalnego w historię kogoś, kogo umysł osoba ma rozpoznać (brak aktywacji systemu przywiązania), co jest konieczne w mentalizacji [22];
- **aspektach relacyjnych:** w TU występuje wnioskowanie o stanach umysłu, w którym figurą jest inna osoba niezwiązana emocjonalnie z wnioskującym – w przeciwieństwie do mentalizacji, która odnosi się do umysłu osoby pozostającej w emocjonalnej relacji (realnej bądź wymagowanej) z wnioskującym [8, 7]. Jest to związane z diadyczną (relacyjną) budową aktywowanych w mentalizacji reprezentacji postulowaną zarówno w teoriach psychodynamicznych („self w emocjonalnej relacji do obiektu”) [2], jak i w teorii przywiązania (wewnętrzne modele operacyjne) [21];
- **przetwarzaniu doświadczenia emocjonalnego:** w modelu mentalizacji wraz z aktywacją emocjonalną uruchamiane są mniej lub bardziej dojrzałe typy obron i/ lub refleksja; ich wzajemne oddziaływanie ujawnia się w zdolności do mentalizacji [23]. Te czynniki nie są brane pod uwagę w modelach TU;
- **funkcjach regulacyjnych wobec emocji:** zdolność do mentalizacji oprócz rozumienia czyichś intencji, uczuć i przekonań zakłada także regulację i transformację własnych emocji ze względu na rozumienie czyichś intencji, uczuć i przekonań, co nie jest uwzględniane w TU [24];
- **genezie:** postuluje się, że trudności w mentalizacji mają charakter obronny wobec intensywnych doświadczeń emocjonalnych (np. traumy wczesnodziecięcej), natomiast deficyty w TU są związane z dysocjacją w rozwoju poszczególnych funkcji [9].

Na potrzeby niniejszych badań przyjęto następujące znaczenie badanych zdolności: TU wymaga rozumienia wpływu przekonań na czyjeś zachowania, zdolności przyjmowania perspektywy innej osoby (zarówno poznawczej, jak i emocjonalnej), ale – w momencie wnioskowania – bez zaangażowania w relację i wzbudzenia stanu

emocjonalnego. Z kolei mentalizacja, jaką tu definiujemy, to bardziej zaawansowana zdolność. Wykracza poza zdolność wczucia się w czyjeś emocje (emocjonalna TU) [6], poza rozumienie przyczyn emocji innej osoby. Przewiduje pobudzenie emocjonalne w relacji z osobą, której umysł ma być rozpoznany (aktywowanie wewnętrznych, emocjonalno-relacyjnych reprezentacji) [2, 25, 26] na skutek działania bodźca pochodzącego z relacji. Następnie zakłada przetwarzanie własnego doświadczenia emocjonalnego (w tym obronę i/lub refleksję) równocześnie z badaniem czyjegoś umysłu i budowaniem hipotez o nim.

W kontekście deficytów mentalizacji najczęściej omawiana jest patologia borderline. W zależności od tego, który z aspektów zdolności wnioskowania o stanach mentalnych jest analizowany, wyniki ujawniają odmienne tendencje: brak deficytów lub nawet lepsze funkcjonowanie w poznawczych aspektach [27, 28] lub znaczne obniżenie funkcjonowania w emocjonalno-relacyjnych aspektach [22], któremu towarzyszy poważna dysregulacja emocjonalna [15, 29]. Niniejsze badanie oparte na proponowanej przez Kernberga conceptualizacji patologii borderline z uwzględnieniem aspektów struktury osobowości łączy w sobie analizę obu tych komponentów. Całościowa koncepcja poziomów organizacji osobowości [2] wyróżnia trzy poziomy – borderline (BPO), neurotyczny i zintegrowany – ze względu na następujące kryteria: dojrzałość mechanizmów obronnych, zdolność testowania rzeczywistości, stopień rozproszenia tożsamości oraz dojrzałość relacji z obiektem. Prezentowane badanie miało na celu porównanie TU i zdolności do mentalizacji w grupach osób o różnym POO, przy zastosowaniu w jednym badaniu narzędzi szacujących poznawcze aspekty (rozumienie stanów mentalnych) oraz aspekty emocjonalne (mentalizację w pobudzeniu emocjonalnym). Przewidywano wystąpienie różnic w mentalizacji między grupami o różnym POO (borderline i wyższy), przy braku tych różnic w zakresie TU. Oczekiwano również względnej niezależności TU i mentalizacji.

## Material i metoda

### Osoby badane

Grupę kliniczną (N = 30) stanowili pacjenci Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu i Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „MEDiSON” w Koszalinie, zdiagnozowani jako osoby o BPO na podstawie wyników w teście przesiewowym. Grupę kontrolną stanowiły osoby z populacji ogólnej, nieleczące się psychiatrycznie, nieuczestniczące w psychoterapii, które w teście przesiewowym zakwalifikowały się do grupy o wyższym niż BPO poziomie organizacji osobowości. Aby wyeliminować wpływ wieku, płci i wykształcenia na różnice między grupami, zastosowano procedurę doboru parami pod względem wymienionych zmiennych. W każdej grupie znalazło się 17 kobiet i 13 mężczyzn w wieku  $M = 30,77$ ,  $SD = 9,21$ , min. = 18, maks. = 50, z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym (20%), średnim (23,3%), niepełnym wyższym (26,6%), wyższym (20%). Uczestnicy zostali poinformowani o celu badania i wyrazili na nie zgodę.

### Kwestionariusz Zaburzenia Osobowości Borderline

Kwestionariusz Zaburzenia Osobowości Borderline (BPI) [30] to test przesiewowy, skonstruowany w oparciu o kryteria strukturalne osobowości borderline Kernberga [2]. Najbardziej dyskryminujące pozycje kwestionariusza zostały włączone do skróconej skali Cut-20. Wynik w skali Cut-20  $\geq 10$  jest rekomendowany jako punkt odcięcia dla poprawnej klasyfikacji pacjentów z borderline. W naszym badaniu do grupy klinicznej kwalifikowano osoby na podstawie Cut-20  $\geq 10$ , zaś do grupy kontrolnej Cut-20  $\leq 5$ . BPI cechuje się dobrymi własnościami psychometrycznymi [30].

### Test Dziwne Historyjki

Test Dziwne Historyjki (Strange Stories) [31] to metoda służąca do pomiaru TU. Składa się z zestawu historyjek dotyczących zachowań różnych osób w codziennych sytuacjach. Zadaniem osoby badanej jest wyjaśnienie społecznego zachowania danej osoby. Poprawne wykonanie tych zadań wymaga odwołania się w uzasadnieniu do stanów umysłowych, a czasami do TU wyższego rzędu, czyli przekonań bohatera historyjki na temat wiedzy innej osoby. Zastosowano 8 historyjek społecznych (wykluczono historyjki odwołujące się do fizycznego działania). Trafność odpowiedzi była punktowana przez dwóch kompetentnych sędziów na skali od 0 do 2 [32]. Zgodność sędziów była znakomita (ICC = 0,9).

### Skala Stanów Mentalnych

Skala Stanów Mentalnych (MST) [23] szacuje różnice indywidualne odnoszące się do dwóch procesów: reprezentowania/opracowania i modulacji własnego doświadczenia emocjonalnego. Na początku uczestnicy są poddawani primingowi przy użyciu karty 3BM TAT [33] w celu pobudzenia emocjonalnego i strategii regulacyjnych. Następnie proszeni są o napisanie związanej z obrazkiem historii, która przychodzi im do głowy. Potem uczestnicy odpowiadają na 24 pytania szacujące ich stan mentalny podczas poprzedniego zadania. MST mierzy sześć stanów mentalnych odzwierciedlających interakcje pomiędzy aktywacją reprezentacji mentalnych i modulacją pobudzenia: (1) Myślenie konkretne: poważny defekt opracowania doświadczenia, niska świadomość treści mentalnych; (2) Prymitywne mechanizmy obronne: aktywacja reprezentowanych treści powoduje przeciążenie emocjonalne, czemu towarzyszą obrony uruchomione przeciwko treściom umysłu (np. rozszczepienie, acting out); (3) Średni poziom dojrzałości mechanizmów obronnych: rozpoznanie i opracowanie treści mentalnych jest utrudnione, podejmowane są próby „wymazania” doświadczenia emocjonalnego i jego znaczenia za pomocą takich obron jak zaprzeczenie, minimalizowanie czy tłumienie; (4) Styl obiektywno-racjonalny: subiektywne doświadczenie jest obiektywizowane i traktowane z dystansem; (5) Dojrzałe mechanizmy obronne: obecne jest opracowanie i otwarcie się na subiektywne doświadczenie, choć bywają kierowane przeciwko niemu bardziej dojrzałe obrony oraz adaptacyjne strategie regulacji emocji; (6) Refleksyjność: zdolność do rozpoznawania i opracowywania całego subiektywnego doświadczenia

wraz z dojrzałymi obronami oraz adaptacyjnymi strategiami regulacji. Wynik w każdej z podskal odzwierciedla jeden ze stanów mentalnych, wynik ogólny MST otrzymuje się z równania zawierającego wagi, które odnoszą się do kontinuum refleksyjności. MST posiada dobre wskaźniki rzetelności (w wersji angielskiej od 0,79 do 0,58, w wersji francuskiej od 0,82 do 0,62) [23].

## Wyniki

Korelacje pomiędzy zmiennymi przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Korelacje między zmiennymi**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	BPI	1								
2	Cut 20	0,96**	1							
3	TU	-0,11	-0,09	1						
4	MK	-0,15	-0,22*	-0,05	1					
5	PMO	0,54**	0,55**	-0,001	-0,38**	1				
6	ŚrMO	-0,18	-0,26*	-0,01	0,29*	-0,38**	1			
7	O-R	0,04	0,04	-0,13	0,15	-0,26*	-0,22*	1		
8	DMO	-0,10	-0,12	-0,03	0,14	0,05	0,05	0,04	1	
9	Refl.	-0,08	-0,06	-0,16	-0,19	-0,01	0,03	0,29*	0,24*	1
10	MST	-0,22*	-0,17	-0,08	-0,39**	-0,19	-0,28*	0,28*	0,57**	0,66**

MK – Myślenie konkretne, PMO – Prymitywne mechanizmy obronne, ŚrMO – Średni poziom dojrzałości mechanizmów obronnych, O-R – Styl obiektywno-racjonalny, DMO – Dojrzałe mechanizmy obronne, Refl. – Refleksyjność

Wyniki porównań poziomu mentalizacji (tab. 2) wskazują na występowanie różnic pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną w odniesieniu do dwóch kategorii stanów mentalnych: prymitywnych mechanizmów obronnych i średnich poziomów dojrzałości mechanizmów obronnych. W przypadku pierwotnych mechanizmów obronnych osoby z BPO uzyskały istotnie wyższe wyniki niż grupa kontrolna, natomiast odwrotny wzorzec wyników zaobserwowano w drugiej ze skal – osoby z wyższym niż borderline poziomem organizacji osobowości uzyskały wyniki wyższe niż grupa kliniczna. W pozostałych kategoriach stanów mentalnych nie zaobserwowano różnic międzygrupowych. Porównanie wyników odnoszących się do teorii umysłu nie ujawniło żadnych różnic międzygrupowych ani w odniesieniu do konkretnych historyjek, ani do wyniku ogólnego.

Tabela 2. **Testy różnic międzygrupowych**

	MK	PMO	ŚrMO	O-R	DMO	Refl.	MST	TU
Grupa kontrolna M (SD)	14,2 (5,50)	10,57 (4,28)	10,03 (3,75)	16,97 (4,25)	15,9 (5,70)	16,47 (5,48)	1,96 (0,15)	12,33 (1,84)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Grupa kliniczna M (SD)	11,4 (5,45)	16,9 (5,64)	7,83 (3,01)	17,8 (5,24)	14,47 (6,34)	15,93 (2,85)	1,93 (0,11)	11,8 (3,24)
t (58)	1,981	-4,899	2,505	-0,677	0,921	0,473	1,019	0,783
p	ns	0,000	0,015	ns	ns	ns	ns	ns

MK – Myślenie konkretne, PMO – Prymitywne mechanizmy obronne, ŚrMO – Średni poziom dojrzałości mechanizmów obronnych, O-R – Styl obiektywno-racjonalny, DMO – Dojrzałe mechanizmy obronne, Refl. – Refleksyjność, ns – nieistotne statystycznie

### Omówienie wyników

Prezentowany projekt jako pierwszy łączy w jednym badaniu eksplorację kognitywno-percepcyjnych i emocjonalno-regulacyjnych aspektów „rozumienia zachowań innych w kategoriach stanów wewnętrznych”, jednocześnie wskazując na ich znaczenie dla poziomu organizacji osobowości. Po pierwsze potwierdzono istnienie związków pomiędzy poziomem organizacji osobowości i mentalizacją przy jednoczesnym braku zależności między teorią umysłu i poziomem organizacji osobowości. Po drugie uzyskano potwierdzenie hipotezy o niezależności TU i mentalizacji.

Procedura badawcza odnosząca się do mentalizacji zakładała pobudzenie wewnętrznych reprezentacji relacyjno-emocjonalnych, którym towarzyszy zwykle tendencja do obrony przed przykrym, przeciążającym afektem [23]. Uzyskano interesujący wzorec wyników w porównaniach obu badanych grup. W grupie klinicznej rezultaty wskazywały na przewagę stanu mentalnego – prymitywne mechanizmy obronne (aktywacja nadmiernie przeciążających i zagrażających reprezentacji umysłowych wraz z bardzo prymitywnymi obronami, jak np. rozszczepienie i acting out). Z kolei grupa kontrolna ujawniła wyższy średni poziom dojrzałości mechanizmów obronnych (zahamowanie rozpoznania aktywowanych treści mentalnych, próby wymazania ich znaczenia oraz stosowanie obron typu zaprzeczenie, minimalizowanie i tłumienie emocji [23]. Wzorce te stanowią empiryczne potwierdzenie założeń dotyczących różnicowania organizacji osobowości: 1) prymitywnych i niedojrzałych reprezentacji, nietolerancji negatywnego afektu, większej impulsywności oraz obron opartych na rozszczepieniu i eksternalizacji afektu w BPO oraz 2) prób osłabienia afektu opartych na mechanizmach tłumienia doświadczenia emocjonalnego w wyższej niż BPO organizacji osobowości [2, 33, 34].

Jednocześnie obie badane grupy nie ujawniły różnic w zakresie zadań odnoszących się do teorii umysłu w żadnym z typów historyjek. Osoby z grupy kontrolnej i klinicznej podobnie wyjaśniały przyczyny zachowań bohatera zarówno w przypadku historyjek badających podstawowe, jak i trzeciorzędowe wnioskowanie. Sugeruje to brak związku pomiędzy teorią umysłu a poziomem organizacji osobowości, między rozumieniem intencji innych osób a strukturami intrapsychicznymi o zróżnicowanej patologii emocjonalnej.

Otrzymane rezultaty poszerzają rozumienie psychopatologii POO, a szczególnie problematykę ujawniania się objawów, różnic w zakresie aktywowanych stanów

mentalnych, obron oraz strategii regulacji emocjonalnej. Ujawniono, że osoby z BPO i wyższą niż BPO organizacją osobowości w równym stopniu traktują innych jako osoby posiadające umysł i stany wewnętrzne oraz posługują się tą wiedzą do interpretacji czyjegoś zachowania. Jednak poważnym ograniczeniem dla korzystania z tej wiedzy w taki sam sposób jest aktywacja wewnętrznych reprezentacji relacyjno-emocjonalnych [por. 2, 25, 26]. Ta aktywacja pociąga za sobą ekspresję odmiennych stanów mentalnych. Rozpoznawanie i opracowanie reprezentowanych treści jest zakłócone i utrudnione, a różne wzorce obron kierowane są przeciwko nim [23]. O ile obie populacje w taki sam sposób używają „zimnej” wiedzy o stanach umysłu innych, to kiedy w grę wchodzi emocje w relacji, „gorąca wiedza”, grupy te różnią się w zakresie stanów mentalnych, uruchamianych obron i strategii regulacji emocji.

Wyniki tych badań rzucają także światło na problematykę wzajemnych zależności między poznawczymi i emocjonalnymi aspektami wiedzy o stanach umysłowych innych oraz kwestię genezy ich prawidłowego i zaburzonego rozwoju. W literaturze podawane są argumenty zarówno za wzajemną zależnością, jak i niezależnością obu kompetencji [35]. Z kolei jeśli chodzi o genezę, inne czynniki wydają się odgrywać kluczową rolę w TU, a inne w mentalizacji. Za czynniki odpowiedzialne w TU uważa się przede wszystkim rozwój języka, w tym społeczne używanie języka, cechy rodziny i funkcje wykonawcze [1]. Z kolei w kształtowaniu mentalizacji największą rolę odgrywa kontekst emocjonalno-relacyjny, tj. jakość przywiązania [5, 7]. Uzyskane w naszych badaniach wyniki przemawiają za niezależnością teorii umysłu i mentalizacji oraz sugerują odmienne, przynajmniej częściowo, trajektorie rozwojowe tych zdolności.

Wyniki niniejszych badań należy rozpatrywać w świetle ich ograniczeń i traktować jako wstępne. Pewnym ograniczeniem jest niewielka liczebność grup oraz dość duże wewnętrzne zróżnicowanie pod względem wykształcenia i wieku. Wpływ tych ostatnich zmiennych został zminimalizowany poprzez zastosowanie procedury doboru parami. W związku z tym ostrożna generalizacja wyników powinna iść w parze z replikacją tych badań w większych i bardziej homogenicznych populacjach.

### Wnioski

1. Istnieje nie tylko kliniczne, ale i empiryczne uzasadnienie znaczenia różnic pomiędzy pojęciami mentalizacji i teorii umysłu, które są rozumiane jako odnoszące się do emocjonalno-regulacyjnych versus kognitywno-percepcyjnych aspektów „rozumienia zachowań innych w kategoriach stanów wewnętrznych”.
2. Teoria umysłu nie różnicuje poziomów organizacji osobowości, „zimna” wiedza o stanach wewnętrznych innych osób jest dostępna w takim samym stopniu dla osób z wysokim, jak i niskim poziomem emocjonalnej i strukturalnej patologii.
3. Mentalizacja różnicuje poziomy organizacji osobowości, „gorąca” wiedza o stanach wewnętrznych innych osób, aktywowanie wewnętrznych reprezentacji w relacyjnym kontekście skutkuje odmiennymi stanami mentalnymi i wiąże się z innymi poziomami patologii.



4. Wyniki sugerują istotny udział mentalizacji, ale nie TU, w patogenezie poziomów organizacji osobowości.
5. Uzyskane dane przemawiają za niezależnością obu kompetencji oraz ich odmiennymi (przynajmniej częściowo) trajektoriami rozwojowymi.

### Piśmiennictwo

1. Białecka-Pikul M. *Narodziny i rozwój refleksji nad myśleniem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
2. Caligor E, Clarkin J. *Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem*. W: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard GO. red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013. s. 23–60.
3. Baron-Cohen S, Golan O, Chakrabarti B, Belmonte MK. *Social cognition and autism spectrum conditions*. W: Sharp C, Fonagy P, Goodyer I. red. *Social cognition and developmental psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 2008. s. 29–56.
4. Sabbagh MA. *Recognizing and reasoning about mental states: Understanding orbitofrontal contributions to theory of mind and autism*. *Brain Cogn.* 2004; 55: 209–219.
5. Fonagy P, Gergely G, Target M. *The parent-infant dyad and the construction of the subjective self*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2007; 48(3–4): 288–328.
6. Kalbe E, Grabenhorst F, Brand M, Kessler J, Hilker R, Markowitsch HJ. *Elevated emotional reactivity in affective but not cognitive components of theory of mind: A psychophysiological study*. *J. Neuropsychol.* 2007; 1: 27–38.
7. Fonagy P, Luyten P. *A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder*. *Dev. Psychopathol.* 2009; 21: 1355–1381.
8. Choi-Kain LW, Gunderson JG. *Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of Borderline Personality Disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 1127–1135.
9. Putko A. *Dziecięca „teoria umysłu” w fazie jawnej i utajonej a funkcje wykonawcze*. Poznań: Wydawnictwo Nauk. im. Adama Mickiewicza; 2008.
10. Bora E, Pantelis, C. *Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis*. *Schizophr. Res.* 2013; 144(1–3): 31–36.
11. Sayin A, Oral N, Utku C, Baysak E, Candansayar S. *Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls*. *Eur. Psychiatry* 2010; 25(2): 116–122.
12. Górska D. *Dysregulacja emocjonalna i poznawcze aspekty teorii umysłu a dojrzałość mechanizmów obronnych jako wskaźnik poziomu organizacji osobowości*. *Czas. Psychol.* 2013; 19(1): 57–66.
13. Humfress H, O’Connor TG, Slaughter J, Target M, Fonagy P. *General and relationship – specific models of social cognition: explaining the overlap and discrepancies*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2002; 43(7): 873–884.
14. Ontai LL, Thompson RA. *Patterns of attachment and maternal discourse effects on children’s emotion understanding from 3 to 5 years of age*. *Soc. Dev.* 2002; 11(4): 433–450.
15. Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J. i wsp. *Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2011; 50(6): 563–573.

16. Müller C, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R. *The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure*. Psychol. Psychother. 2006; 79(4): 485–494.
17. Fischer-Kern M, Buchheim A, Hörz S, Schuster P, Doering S, Kapusta ND. i wsp. *The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder*. Psychoanal. Psychol. 2010; 27(4): 395–409.
18. Sharp C, Fonagy P. *The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology*. Soc. Dev. 2008; 17(3): 737–754.
19. Turner JM, Wittkowski A, Hare DJ. *The relationship of maternal mentalization and executive functioning to maternal recognition of infant cues and bonding*. Br. J. Psychol. 2008; 99(4): 499–512.
20. Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. *Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months*. J. Child Psychol. Psychiatry 2001; 42(5): 637–648.
21. Fonagy P, Target M. *Attachment and reflective function: their role in self-organization*. Dev. Psychopathol. 1997; 9(4): 679–700.
22. Fonagy P. *The Mentalization-focused approach to social development*. W: Busch FN. red. *Mentalization. Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. New York: The Analytic Press; 2008. s. 3–56.
23. Beaulieu-Pelletier G, Bouchard MA, Philippe FL. *Mental States Task (MST): Development, validation, and correlates of a self-report measure of mentalization: Mental States Task*. J. Clin. Psychol. 2013; 69(7): 671–695.
24. Carpendale JL, Chandler MJ. *On the distinction between false belief understanding and subscribing to an interpretive theory of mind*. Child Dev. 1996; 67(4): 1686–1706.
25. Bucci W. *The role of bodily experience in emotional organization: New perspectives on the multiple code theory*. W: Anderson FS. red. *Bodies in treatment; The unspoken dimension*. Hillsdale: The Analytic Press, Inc.; 2007. s. 51–77.
26. Górska D, Soroko E. *Pomiędzy werbalizacją a refleksją: badania nad aktywnością referencyjną i narracyjną w zaburzeniu osobowości borderline*. Konferencja Naukowa „Zaburzenia osobowości – uwarunkowania i mechanizmy”; Poznań 2013.
27. Arntz A, Bernstein D, Oorschot M, Schobre P. *Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 2009; 197(11): 801–807.
28. Gooding DC, Pflum MJ. *Theory of mind and psychometric schizotypy*. Psychiatry Res. 2011; 188(2): 217–223.
29. Pastuszek A. *Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 409–420.
30. Leichsenring F. *Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization*. J. Pers. Asses. 1999; 73(1): 45–63.
31. Happé F. *An advanced test of Theory of Mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able Autistic, mentally handicapped, and normal children and adults*. J. Autism Dev. Disord. 1994; 24(2): 129–154.
32. White S, Hill E, Happé F, Frith U. *Revisiting the strange stories: revealing mentalizing impairments in autism*. Child Dev. 2009; 80(4): 1097–1117.
33. Murray HA. *Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1971.

- 
34. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington, London: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007.
  35. Harwood MD, Farrar MJ. *Conflicting emotions: The connection between affective perspective taking and theory of mind*. Br. J. Dev. Psychol. 2006; 24: 401–418.

Adres: Dominika Górska  
Instytut Psychologii,  
Uniwersytet im. A. Mickiewicza  
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89

Otrzymano: 23.11.2013

Zrecenzowano: 24.01.2014

Otrzymano po poprawie: 21.03.2014

Przyjęto do druku: 11.04.2014