

ARTYKUŁY

[*Articles*]

ORGANIZACJA OSOBOWOŚCI BORDERLINE A MENTALIZACJA AKTYWOWANA PRZEZ BODŹCE SPOŁECZNE

Lidia Cierpiałkowska¹, Jarosław Kaczmarek²

BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION
AND MENTALIZATION ACTIVATED BY SOCIAL STIMULI

Summary. The capacity of mentalization on different levels of personality organization according to O. Kernberg (1994) is a significant quality explaining persons' difficulties in social relationships as well as problems in emotion regulation. The research aimed at answering the two questions: 1) whether there are links between the level of personality organization and the ability to mentalize activated by social stimuli and 2) which aspects of personality explain the activation of mentalization and pre-mentalization modes.

The level of personality organization was measured by F. Leichsenring's Borderline Personality Inventory; BPI (1999; Polish adaptation by Soroko, Cierpiałkowska, Kleka, 2022), while the ability to mentalize was measured by the Mental States Task; MST by G. Beaulieu-Pelletier et al. (2013; Polish adaptation by Kwiecień, 2011) with the application of the Thematic Apperception Test – 3CHM. 212 subjects – 148 women and 64 men were tested.

Individuals with borderline personality organization under the influence of a social stimulus more often activate pre-mentalization than mentalization modes. The most significant predictors of a general mentalization style, pre-mentalization

¹ Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; Instytut Psychologii, Uniwersytet Zielonogórski (Faculty of Psychology and Cognitive Science, University of Adam Mickiewicz in Poznan; Institute of Psychology, University of Zielona Gora), ORCID: 0000-0002-3365-9851.

² Ośrodek Psychoterapii Krauthofera 35 w Poznaniu (Krauthofer 35 Psychotherapy Centre in Poznan, ORCID: 0000-0001-9848-5971).

Adres do korespondencji: Lidia Cierpiałkowska,
e-mail: lcierp@amu.edu.pl

mode and reflexive mode turned out to be two aspects of borderline pathology organization – primitive defense mechanisms and fear of fusion in social relationships.

Key words: borderline personality organization, ability to mentalize

Wprowadzenie

Zaburzenie osobowości borderline zarówno w modelach medycznych (por. DSM-5, APA, 2018), jak i koncepcjach psychodynamicznych (Kernberg, 1994; Kernberg, Caligor, 2005) i integracyjnych – poznawczo-behawioralnych (Linehan, 2007) opisuje się na podstawie pewnych charakterystycznych właściwości intrapsychicznych oraz sposobów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. W obszarze intrapsychicznym szczególne znaczenie diagnostyczne przypisuje się niestabilności emocjonalnej, będącej przejawem poważnych trudności w regulacji emocji, co znajduje też wyraz w zachowaniach autodestrukcyjnych i próbach samobójczych; rozproszeniu i niespójności tożsamość, która występuje na przemian z poczuciem pustki oraz trudnościami w kierowaniu i monitorowaniu własnego postępowania, zwłaszcza w zakresie osiągania celów. Natomiast w obszarze interpersonalnym za istotne uznaje się niestabilność i nietrwałość relacji z bliskimi, co wiąże się z tendencją do idealizacji i dewaluacji tychże osób; obarczanie odpowiedzialnością za swoje niepowodzenia innych ludzi oraz koncentrowanie się w relacjach na własnych pragnieniach i potrzebach z pominięciem potrzeb bliskich osób, co jest przejawem braku zdolności do mentalizacji umysłu drugiego (McWilliams, 2005; Paris, 2018; Meisner i in., 2021). Fonagy i Bateman (2007) osobowość borderline traktują jako zaburzenie zorganizowane wokół niestabilnej zdolności jednostki do mentalizacji, którą definiują jako zdolność do spostrzegania oraz rozumienia zachowań własnych i innych ludzi w kategoriach uczuć, przekonań, motywów oraz pragnień.

Termin „zaburzenie osobowości borderline” w psychopatologii używany jest w dwóch znaczeniach. Na poziomie opisowym, w klasyfikacjach medycznych i psychopatologicznych, oznacza konkretny typ zaburzenia osobowości z wiązki B w DSM-5 (2018), natomiast na poziomie wyjaśniającym określenie to wskazuje na konkretną strukturę/organizację osobowości i stosowane jest do opisanego jednego z poziomów (stopni) patologii organizacji osobowości. Twórcą koncepcji organizacji osobowości opartej na założeniach teorii relacji z obiektem jest Otto F. Kernberg (1970, 1994), który obok organizacji osobowości normalnej, wyodrębnił trzy poziomy patologii organizacji osobowości, tj. organizację neurotyczną, borderline i psychotyczną, dowodząc, że u podstaw każdej z nich leży specyficzny patomechanizm i epigeneza, będąca skutkiem interakcji czynników biologicznych i społecznych. Zdaniem Kernberga i Caligor (2005), zaburzenia osobowości z wiązki A, B charakteryzują się organizacją osobowości borderline, natomiast te z wiązki C – organizacją osobowości neurotycznej.

W teorii relacji z obiektem, zgodnie z założeniami Kernberga (2004) i McWilliams (2005), u podłoża tych samych typów zaburzeń osobowości występować może inny poziom patologii organizacji osobowości. Na przykład narcystyczne zaburzenie osobowości może mieć u podłoża patologię organizacji osobowości borderline na poziomie wyższym (klasyczny typ zaburzeń narcystycznych) i niższym (tzw. złośliwy narcyzm) (podobnie zaburzenie osobowości borderline i inne). Organizacja osobowości borderline (poziom wyższy i niższy) są wynikiem niepowodzeń najpierw w różnicowaniu reprezentacji self od obiektu, następnie integracji pozytywnych i negatywnych aspektów self i obiektu oraz utrwalenia się dominacji prymitywnych mechanizmów obronnych, takich jak: rozszczepienie, projekcja i identyfikacja projekcyjna nad bardziej dojrzałymi mechanizmami, jak wyparcie, racjonalizacja i sublimacja (Kernberg, Caligor, 2005). U podłoża zaburzenia integracji osobowości leżą dyspozycje biologiczne, w postaci niezrównoważonego temperamentu, oraz traumatyczne przeżycia w okresie wczesnego dzieciństwa, które w istocie wiążą się z doświadczeniem przez dziecko relacji z niewystarczająco responsywną na potrzeby więzi i separacji matką (Mahler, Pine, Bergman, 1975; McWilliams, 2005). Szczególne znaczenie przypisuje się doświadczeniu przez dziecko zaniedbania emocjonalnego, opuszczenia bądź niestabilności emocjonalnej matki, czyli doznaniu traumy relacyjnej z jej konsekwencjami dla rozwoju struktury osobowości (Kernberg, 2004; Kernberg, Caligor, 2005; Fonagy i in., 2013).

Termin mentalizacja, podobnie jak inne charakterystyki osobowości, używany jest w dwóch znaczeniach (Allen, Fonagy, Bateman, 2014). W pierwszym wskazuje na cechę osobowości, dokładnie na poziom zdolności do myślenia o sobie i innych ludziach w kategoriach stanów umysłu. Ludzie charakteryzują się różnym poziomem zdolności do przedświadomej (*preconscious*) wyobraźniowej aktywności umysłowej, umożliwiającej rozpoznawanie, wyjaśnienie i nadanie znaczenia (symbolizacja) zachowaniu innych osób w kategoriach stanów umysłu/ stanów psychicznych (np. potrzeb, pragnień, emocji), wskazujących na intencję bądź zamiar. W drugim pojęcie mentalizacji stosuje się do określenia procesu przetwarzania emocjonalnego, uruchamiającego się w określonej sytuacji interpersonalnej (pobudzającej różne emocje) w przebiegu, którego aktywowany jest konkretny tryb wnioskowania prementalizacyjnego lub mentalizacyjnego (szerzej: Górska, Cierpiatkowska, 2016). Zakłada się, że osiągnięta przez jednostkę zdolność do mentalizacji pozostaje w ścisłym związku z jej stopniem integracji osobowości (Kernberg, 2004) oraz strukturą i hierarchią bezpiecznych i pozabezpiecznych reprezentacji więzi z matką, ojcem, rówieśnikami i innymi osobami znaczącymi (np. nauczycielami) z różnych okresów życia jednostki (Fraleay, Shaver, 2008; Allen, Fonagy, Bateman, 2014). Sam proces mentalizacji, ale również bodźce zewnętrzne (społeczne) lub wewnętrzne ów proces aktywujące często są niedostępne bezpośrednio obserwacji.

Zdolność do mentalizacji może mieć bardziej lub mniej dojrzały charakter. Fonagy wraz ze współpracownikami (2002, 2013) wskazali na takie cechy dojrzałej

mentalizacji, jak: a) świadomość natury stanów umysłowych własnych i innych ludzi; b) podejmowanie różnych wysiłków rozpoznania stanów umysłowych, leżących u podłoża obserwowanych zachowań innych ludzi; c) świadomość rozwojowej natury stanów umysłu oraz d) świadomość własnych i cudzych stanów umysłowych w interakcjach z drugą osobą. Jeśli potraktujemy mentalizację dymensjonalnie, to na jednym jej krańcu znajdowałaby się zdolność jednostki do refleksji nad stanem intrapsychnym własnym i drugiej osoby, umożliwiającą adekwatne odróżnienie rzeczywistości zewnętrznej od intrapsychniczej (doświadczanej emocjonalnie), na drugim zaś myślenie konkretne, skutkujące różnymi zniekształceniami w rozpoznawaniu stanów mentalnych (umysłu) własnych i drugiej osoby. Zdolność do mentalizacji w istotnym stopniu wpływa na regulację emocji i możliwości ich bardziej adekwatnego i adaptacyjnego wyrażania.

Wychodząc z założenia, że na wczesnych etapach życia jednostki konstytuująca się organizacja osobowości jest pod wpływem hierarchicznej konfiguracji reprezentacji bezpiecznego i pozabezpiecznego przywiązania, postawiono hipotezę, że w pewnych sytuacjach społecznych mogą aktywować się różne tryby mentalizowania. U osób z zaburzeniem osobowości borderline zaobserwowano zjawisko polegające na gwałtownym, niespodziewanym przejściu od stanu względnie refleksyjnego mentalizowania do wnioskowania o zachowaniach innych osób na podstawie zewnętrznych (niementalnych), konkretnych przesłanek. Z jednej strony anomalie polegające na zmianach mentalizowania wśród pacjentów borderline nie muszą być obserwowane, zwłaszcza wtedy, gdy doświadczają poczucia bezpieczeństwa w relacjach społecznych czy miłosnych (Fonagy i in., 2013). Z drugiej nagłe zmiany mentalizowania są bardzo często obserwowane u osób o niższym i wyższym poziomie patologii organizacji osobowości borderline, ponieważ są one pod wpływem stresu związanego z aktywowaniem pozabezpiecznych reprezentacji więzi (Fonagy, Bateman, 2007; Górska, Marszał, 2014; Marszał, 2015). Tę różnorodność wyników można wyjaśnić, gdy przyjmie się założenie o hierarchicznej organizacji osobowości zarówno w obszarze wewnętrznych modeli operacyjnych więzi, jak i reprezentacji relacji z obiektem z okresu separacji-indywiduacji, będących efektem doświadczenia traumy relacyjnej.

Biorąc pod uwagę założenia koncepcji Kernberga (1967, 1994), rezultaty obserwacji klinicznych oraz sprzeczne wyniki badań o związkach między poziomem patologii organizacji osobowości i zdolnością do mentalizacji, podjęto próbę kolejnej weryfikacji owych zależności. Badania miały odpowiedzieć na dwa główne pytania: 1) czy występują związki między różnym poziomem integracji osobowości (organizacja osobowości borderline i organizacja nie-borderline) a zdolnością do mentalizacji w sytuacji aktywowania reprezentacji więzi pod wpływem bodźców społecznych (tablica TAT) oraz 2) jakie elementy osobowości tworzące organizację osobowości borderline wyjaśniają aktywowany tryby mentalizacji. W badaniach uwzględniono cztery spośród pięciu wyodrębnionych przez Kernberga (1994)

aspektów (wymiarów) osobowości: rodzaj mechanizmów obronnych, poczucie tożsamości, zdolność do testowania rzeczywistości oraz naturę relacji z obiektem.

Grupa badanych i przebieg badania

Badania przeprowadzono w Wielkopolsce i na Pomorzu, na terenie wielu poradni zdrowia psychicznego oraz wśród ochotników zdobywanych metodą kuli śniegowej. W badaniu wzięło udział 212 osób – 148 kobiet (69,8%) i 64 mężczyzn (30,2%). Ponad połowa osób badanych mieściła się w przedziale wiekowym 18–25 lat (67,5%), nieco ponad jedna piąta badanych (21,7%) miała od 26 do 35 lat, a 10,8% badanych przekroczyło 35. rok życia. Badani wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu, zapewniono im anonimowość. Wśród osób badanych większość stanowiły osoby z wykształceniem średnim (55,2%), ponad jedna trzecia badanych miała wykształcenie wyższe (35,8%), zdecydowanie mniej osób miało wykształcenie zawodowe (7,1%), a najmniej liczyła grupa osób z wykształceniem podstawowym (1,9%). Ponad jedna trzecia badanych zaznaczyła w ankiecie socjodemograficznej, że korzystała z leczenia psychiatrycznego lub psychologicznego (36,3%). Szczegółową charakterystykę grupy badanej przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanych

Zmienne	Liczba	%
Płeć		
Kobieta	148	69,8
Mężczyzna	64	30,2
Wiek		
18–25	143	67,5
26–35	46	21,7
>35	23	10,8
Wykształcenie		
Podstawowe	4	1,9
Zawodowe	15	7,1
Średnie	117	55,2
Wyższe	76	35,8
Pomoc psychologiczna i psychoterapia		
Tak	77	36,3
Nie	135	63,7

Badanie miało charakter indywidualny, wszystkim uczestnikom stworzono optymalne warunki, odbywało się w osobnym pomieszczeniu przy minimalizacji wpływu dystraktorów. W pierwszej kolejności badani wypełniali Kwestionariusz Osobowości Borderline Leichsenringa (1999), następnie Skalę Stanów Mentalnych (*Mental States Task* – MST, Beaulieu-Pelletier, Bouchard, Philippe, 2013). Przed wypełnieniem MST badanym prezentowano tablicę 3ChM z TAT, prosząc ich o opowiedzenie historii do obrazka, zgodnie z instrukcją Testu Apercepcji Tematycznej (TAT). Badanych poddano primingowi kartą z TAT w celu aktywacji reprezentacji przywiązania, wraz z towarzyszącym pobudzeniem afektywnym.

Na podstawie wyniku ogólnego w KOB dokonano podziału na grupę kliniczną i grupę porównawczą. Za punkt podziału przyjęto zgodnie z sugestiami Leichsenringa (1999) wynik 20 punktów. Osoby, które uzyskały w KOB 20 lub więcej punktów włączono do grupy nazwanej kliniczną psychometrycznie (poziom organizacji osobowości borderline), osoby, które uzyskały 19 lub mniej punktów – do grupy porównawczej (poziom organizacji osobowości wyższej niż borderline).

Metody badań

Do pomiaru organizacji osobowości borderline posłużono się Kwestionariuszem Osobowości Borderline – KOB (*Borderline Personality Inventory*, BPI) Leichsenringa (1999) (w polskiej adaptacji Cierpiałkowska, 2001; Soroko, Cierpiałkowska, Kleka, 2022). Kwestionariusz skonstruowano na podstawie wyróżnionych przez Kernberga (1994) kryteriów organizacji osobowości borderline i bada zarówno typ zaburzenia osobowości borderline, jak i organizację osobowości borderline. Organizacja osobowości borderline obejmuje zaburzenia osobowości wiązki A i B zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-5 (APA, 2018). Kwestionariusz zawiera 51 itemów, które służą ocenie 4 następujących aspektów osobowości:

- (1) skala rozproszenie (dyfuzji) tożsamości, na którą składa się 10 itemów traktujących o różnych przejawach poczucia pustki, braku spójności i ciągłości w obrębie tożsamości;
- (2) skala prymitywne mechanizmy obronne, obejmuje 8 itemów odnoszących się do pierwotnych mechanizmów obronnych, takich jak: rozszczepienie, projekcja i identyfikacja projekcyjna;
- (3) skala trudności w testowaniu rzeczywistości, składa się z 5 itemów dotyczących problemów w zdolności do testowania rzeczywistości, czyli odróżniania rzeczywistości wewnętrznych ocen, przeżyć i doświadczeń od rzeczywistości zewnętrznej;
- (4) skala lęku przed bliskością, obejmuje 8 itemów, które służą ocenie lęku przed intymnością i bliskością w relacjach społecznych.

Pozostałe pytania dotyczą głównie zachowań autodestrukcyjnych, takich jak: zachowania związane z samouszkodzeniami ciała, używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, a także próby samobójcze. Odpowie-

dzi na te pytania są punktowane, ale nie są one wliczane do ogólnej puli wyników kwestionariusza.

Pozycje kwestionariusza o najwyższej mocy dyskryminacyjnej posłużyły Leichsenringowi do stworzenia skróconej skali Kwestionariusza Osobowości Borderline. Wynik 20 punktów i więcej w pełnej wersji KOB oraz 10 punktów i więcej w skróconej skali wskazuje na wystąpienie u osoby badanej organizacji oraz zaburzenia osobowości borderline (por. Leichsenring, 1999).

Mentalizowanie oraz dominujący styl mentalizacji oszacowano na podstawie Skali Stanów Mentalnych, stworzonej przez Beaulieu-Pelletier i współautorów (2013; *Mental States Task, MST*), która stanowi skróconą, testową wersją narzędzia Mental States Rating System Boucharda i współpracowników (2008; polska adaptacja Kwiecień, 2011). Skala umożliwia oszacowanie różnic indywidualnych dotyczących dwóch procesów: opracowania i modulacji własnego doświadczenia emocjonalnego. Osoby badane zapoznają się z materiałem projekcyjnym, w formie tablicy TAT (3ChM; na tablicy widoczna jest odwrócona tyłem postać siedząca na podłodze i opierająca się o posłanie), a następnie opisują czego doświadczył bohater przedstawiony na niej. Po opowiedzeniu historii bohatera ustosunkowują się do 24 twierdzeń kwestionariusza. Ich odpowiedzi zostają przyporządkowane do sześciu skal, które odpowiadają sześciu stylom mentalizacji: myślenie konkretne (brak zdolności do dostrzegania powiązań między doświadczeniem a emocjami), prymitywne mechanizmy obronne (blokowanie treści mentalnych poprzez działanie prymitywnych mechanizmów obronnych), średni poziom dojrzałości mechanizmów obronnych (skłonność do „wymazywania” z pamięci doświadczeń emocjonalnych lub umniejszania ich znaczenia), styl obiektywno-racjonalny (dążenie do zobiektywizowania swojego doświadczenia), dojrzałe mechanizmy obronne (otwartość na subiektywne doświadczenia i zdolność ich opracowania (w pewnych momentach ograniczana przez działanie dojrzałych mechanizmów obronnych), refleksyjność (zdolność do dostrzegania, rozpoznawania i opracowania pełnego subiektywnego doświadczenia). MST charakteryzuje się odpowiednimi wskaźnikami rzetelności (por. Beaulieu-Pelletier, Bouchard, Philippe, 2013; Górska, Marszał, 2014).

Do analiz statystycznych wykorzystano SPSS Statistics 27. W celu odpowiedzi na pytania badawcze wykonano analizy miar tendencji centralnej wyników badań poszczególnych kwestionariuszy, test Kołmogorowa-Smirnowa, test *t*-Studenta oraz analizę regresji metodą krokową.

Wyniki

Miary tendencji centralnej uzyskanych wyników badań

W Skali Stanów Mentalnych średni ogólny poziom mentalizacji po ekspozycji karty TAT wyniósł $M = 1,93$ ($SD = ,17$). Jeśli chodzi o wyniki w podskalach kwestionariusza, badani uzyskali najwyższą średnią w podskali styl refleksyjny ($M = 4,27$,

$SD = 1,08$), a najniższą w zakresie mentalizacji opartej na średniodojrzałych mechanizmach obronnych ($M = 2,27$, $SD = 1,09$). Pozostałe wyniki to: $M = 3,33$ ($SD = 1,34$) dla podskali myślenie konkretne, $M = 3,16$ ($SD = 1,54$) dla podskali prymitywne mechanizmy obronne, $M = 3,7$ ($SD = 1,12$) dla podskali styl obiektywno-racjonalny oraz $M = 3,28$ ($SD = 1,5$) dla podskali dojrzałe mechanizmy obronne.

Odnośnie do wyników Kwestionariusza Osobowości Borderline najwyższą średnią zaobserwowano w podskali lęk przed fuzją, a najniższą w podskali zaburzone testowanie rzeczywistości. Wyniosły one odpowiednio $M = 3,29$ ($SD = 2,27$) i $M = ,58$ ($SD = 1,11$). W pozostałych podskalach badani uzyskali średni wynik $M = 3,15$ ($SD = 2,6$) dla podskali dyfuzja tożsamości i $M = 3,14$ ($SD = 2,39$) dla tendencji do stosowania prymitywnych mechanizmów obronnych. Analizując wynik ogólny w KOB, średnia wyniosła $M = 14,78$ ($SD = 9,48$), najniższy uzyskany wynik to 0 punktów (7 osób), a najwyższy uzyskany wynik to 43 punkty (1 osoba). Sześćdziesiąt pięć osób uzyskało wynik ogólny równy 20 punktom bądź wyższy od 20 punktów i tym samym zakwalifikowano je do grupy klinicznej, 147 badanych uzyskało wynik ogólny w KOB niższy od 20 punktów i zostało włączonych do grupy porównawczej.

Poziom integracji osobowości a aktywowane mentalizowanie w grupie osób o organizacji osobowości borderline i nie-borderline

Przed przystąpieniem do testowania postawionych pytań badawczych sprawdzono, na jakich wymiarach badanych przez podskale Kwestionariusza Osobowości Borderline – rozproszenie tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne, zaburzenia testowania rzeczywistości i lęk przed fuzją – różnią się wydzielone psychometrycznie grupy kliniczna i porównawcza. Zastosowano test t równości średnich dla prób niezależnych, a jego wyniki przedstawiono w tabeli 2.

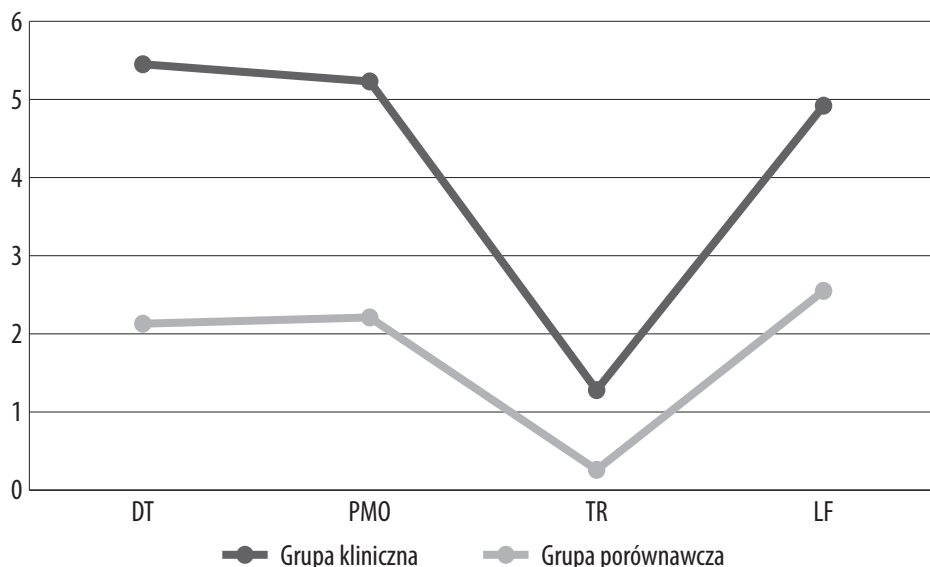
Tabela 2. Średnie wartości podskal Kwestionariusza Osobowości Borderline oraz wyniki analizy różnic między grupą kliniczną ($N = 65$) i porównawczą ($N = 147$)

Podskale KOB	Grupa kliniczna M	Grupa porównawcza M	Różnica średnich	t	df	Istotność dwustronna	d
DT	5,45	2,13	3,32	10,01	108,67	< ,000	1,53
PMO	5,23	2,21	3,02	11,16	144,26	< ,000	1,42
TR	1,28	,26	1,02	5,31	77,19	> ,000	,88
LF	4,92	2,55	2,37	8,04	210	> ,000	1,23

Legenda: Kwestionariusz Osobowości Borderline: DT – Dyfuzja tożsamości; PMO – Prymitywne mechanizmy obronne; TR – Zaburzone testowanie rzeczywistości; LF – Lęk przed fuzją.

Otrzymane wyniki testu równości średnich pokazują istotne statystycznie różnice między wyodrębnionymi grupami badanych na wszystkich podskalach KOB. Największe różnice pomiędzy osobami o organizacji osobowości borderline i osobami o organizacji nie-borderline (grupa o bardziej zintegrowanej osobowości) wystąpiły między wynikami podskal dyfuzja tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne oraz lęk przed fuzją. Wartości d Cohena mieszczą się między 1,53 a 1,23, czyli są wysokie. Najniższą różnicę, choć istotną statystycznie, zaobserwowano między wynikami podskali zaburzone testowanie rzeczywistości.

Średnie wyniki uzyskane przez osoby przydzielone do grupy klinicznej i porównawczej zgodnie z zaleceniami Leichsenringa (1999) w zakresie podskal KOB graficznie przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Średnie wartości podskal Kwestionariusza Osobowości Borderline w grupie klinicznej ($N = 65$) i porównawczej ($N = 147$)

Legenda: Kwestionariusz Osobowości Borderline: DT – Dyfuzja tożsamości; PMO – Prymitywne mechanizmy obronne; TR – Zaburzone testowanie rzeczywistości; LF – Lęk przed fuzją.

Główny problem podjęty w badaniu dotyczył odpowiedzi na pytanie, czy istnieją różnice w zdolności do mentalizowania pod wpływem bodźców społecznych (mentalizacja jako stan) pomiędzy osobami charakteryzującymi się poziomem patologii organizacji osobowości borderline a osobami o wyższym poziomie organizacji osobowości (organizacja nie-borderline). Zastosowano test t równości średnich, którego wyniki zawiera tabela 3.

Tabela 3. Średnie wartości podskal Skali Stanów Mentalnych po ekspozycji tablicy TAT oraz wyniki analizy różnic między grupą kliniczną ($N = 65$) i porównawczą ($N = 147$).

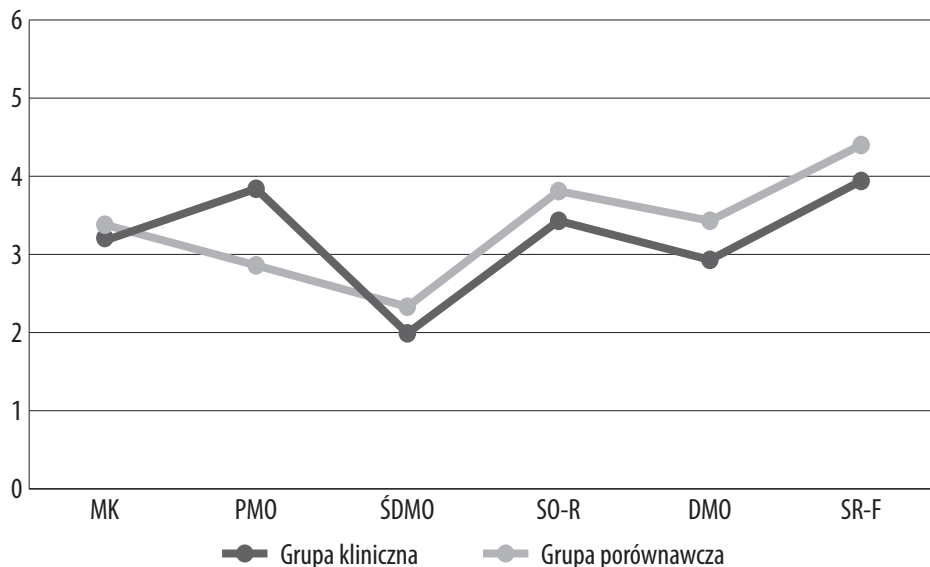
Style mentalizacji	Grupa kliniczna M	Grupa porównawcza M	Różnica średnich	t	df	Istotność dwustronna	d
MO	1,88	1,97	-,09	-4,09	159,15	> ,000	,58
MK	3,21	3,38	-,17	-,84	210	> ,403	,12
PMO	3,84	2,86	,98	4,47	210	> ,000	,66
ŚDMO	1,99	2,33	-,33	-2,30	161,91	< ,02	,32
SO-R	3,43	3,81	-,38	-2,13	210	> ,03	,31
DMO	2,93	3,43	-,50	-2,40	141,49	> ,03	,35
SR-F	3,94	4,40	-,47	-3,20	146,34	> ,000	,46

Legenda: Skala Stanów Mentalnych, style mentalizacji – ogólna zdolność do mentalizacji (MO), myślenie konkretne (MK), prymitywne mechanizmy obronne (PMO), średniodojrzałe mechanizmy obronne (ŚDMO), styl obiektywno-racjonalny (SO-R), dojrzałe mechanizmy obronne (DMO), styl refleksyjny (SR-F).

Analiza statystyczna ujawniła istotne statystycznie różnice pomiędzy średnimi wynikami we wszystkich, z wyjątkiem podskali myślenie konkretne, podskalach Skali Stanów Mentalnych. Wielkości d Cohena pokazują, że siła efektu różnicy między zmiennymi osiąga wartości umiarkowane. Podobne wielkości siły efektu wystąpiły w wypadku aktywowania trybu prementalizacyjnego opartego na prymitywnych mechanizmach obronnych ($d = ,66$), następnie ogólnego wyniku mentalizowania ($d = ,58$) oraz mentalizowania refleksyjnego ($d = ,46$). Wyniki testu t różnic między średnimi pokazują, że osoby z grupy klinicznej psychometrycznie uzyskały wyższe średnie w zakresie trybów prementalizacyjnych, co utrudnia im w określonych sytuacjach społecznych (interpersonalnych) adekwatne rozumienie siebie i innych oraz niższe średnie w zakresie stylów mentalizacji pozwalających na bardziej refleksyjne rozumienie stanów intrapsychoicznych własnych i innych osób. Osoby o organizacji osobowości borderline pod wpływem bodźca społecznego aktywują bardziej tryby prementalizacyjne niż mentalizacyjne.

Średnie wyniki uzyskane przez osoby przydzielone do grupy klinicznej i porównawczej w zakresie podskal Skali Stanów Mentalnych graficznie zaprezentowano na rycinie 2.

W celu stwierdzenia, w jakim stopniu zmienna niezależna – poziom patologii organizacji osobowości, a dokładnie cztery jej elementy wyjaśniają wariację zmiennej zależnej – zdolność do mentalizacji, zastosowano liniową analizę regresji



Rycina 2. Średnie wartości podskal Skali Stanów Mentalnych w grupie klinicznej ($N = 65$) i porównawczej ($N = 147$)

Legenda: Skala Stanów Mentalnych, style mentalizacji – myślenie konkretne (MK), prymitywne mechanizmy obronne (PMO), średniodojrzałe mechanizmy obronne (ŚDMO), styl obiektywno-racjonalny (SO-R), dojrzałe mechanizmy obronne (DMO), styl refleksyjny (SR-F).

krokowej metodą postępującą. Do modelu wprowadzano kolejno predyktory, zaczynając od zmiennych wyjaśniających najsilniej skorelowanych ze zmienną objaśnianą (tylko korelacje istotne). Zmienne, których wprowadzenie do modelu powodowało istotny przyrost wariacji wyjaśnionej, pozostawały w nim. Procedura zakończyła się, gdy nie było już zmiennych, które można uwzględnić w modelu przy zachowaniu wymaganej istotności. W zastosowanej analizie sprawdzano istotność zmiennych objaśniających, którymi w tym przypadku były podskale Kwestionariusza Osobowości Borderline: rozproszenie tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne, zaburzone testowanie rzeczywistości oraz lęk przed fuzją w odniesieniu do zmiennej zależnej: zdolność do mentalizacji (rozumiana jako stan). Zbadano zatem siłę predykcji tych czterech aspektów (wymiarów) patologii osobowości dla wariacji wyników w podskalach Skali Stanów Mentalnych, takich jak: myślenie konkretne, mentalizacja oparta na prymitywnych obronach, mentalizacja oparta na średniodojrzałych obronach, styl obiektywno-racjonalny, mentalizacja oparta na dojrzałych mechanizmach obronnych i styl refleksyjny. Wyniki analizy regresji przedstawiono w tabeli 4. Zawarto w niej jedynie modele istotne statystycznie.

Tabela 4. Wyniki liniowej regresji krokowej (metoda postępująca) dla zdolności do mentalizacji (zmienna wyjaśniana) i poziomu patologii osobowości (zmienna wyjaśniająca).

Zmienna wyjaśniana – zdolność do mentalizacji	Zmienne wyjaśniające	Beta	Istotność	Dopasowanie modelu	R ² skorygowane	%
Ogólny poziom mentalizacji	Prymitywne mechanizmy obronne	-,322	,000	$F(2,209) = 37,957$,259	25,9%
	Lęk przed fuzją	-,253	,001	$p = ,000$		
Mentalizacja oparta na prymitywnych mechanizmach obronnych	Prymitywne mechanizmy obronne	,351	,000	$F(2,209) = 31,754$,226	22,6%
	Lęk przed fuzją	,181	,019	$p = ,000$		
Styl refleksyjny	Prymitywne mechanizmy obronne	-,274	,001	$F(1,210) = 19,039$,146	14,6%
	Lęk przed fuzją	-,160	,047	$p = ,000$		
Mentalizacja oparta na dojrzałych mechanizmach obronnych	Lęk przed fuzją	-,258	,000	$F(1,209) = 14,954$,062	6,2%

% – wyjaśniany procent wariancji; Beta – współczynnik standaryzowany Beta.

Wyniki analizy regresji nie wykazały związku pomiędzy myśleniem konkretnym, mentalizowaniem opartym na średniodojrzałych mechanizmach obronnych oraz stylem obiektywno-racjonalnym a wynikami w podskalach KOB. Wyodrębniono natomiast aspekty organizacji osobowości, które wyjaśniają zmienność zmiennej zależnej, typu: ogólna zdolność do mentalizacji, tryb prementalizacyjny polegający na aktywowaniu prymitywnych mechanizmów obronnych, blokujących zdolność do mentalizowania oraz refleksyjny styl mentalizowania, polegający na dostrzeganiu, pełnym rozpoznawaniu i opracowaniu subiektywnego doświadczenia. Okazało się, że elementy patologii osobowości – prymitywne mechanizmy obronne i lęk przed fuzją wyjaśniają około 26% zmienności mentalizowania aktywowanego przez bodźce społeczne (tablica TAT). Te dwa wymiary poziomu patologii osobowości wyjaśniają w znacznym stopniu wariancję mentalizowania

opartego na prymitywnych mechanizmach obronnych oraz stylu refleksyjnym – odpowiednio 22,6% i 14,6%. Można zatem założyć, że wysokie wyniki mierzące tendencje do obronnej dysocjacji, projekcji i identyfikacji projekcyjnej występujące z wysokim wskaźnikiem lęku przed bliskością pozwalają przewidywać wysokie nasilenie tendencji do obronnego zniekształcania obrazu umysłu oraz niskie wyniki na skali mierzącej zdolność do pełnego doświadczania siebie i innych połączone z możliwością refleksji i pełnego opracowania subiektywnego doświadczenia. Jeśli chodzi o czynniki aktywujące mentalizację opartą na dojrzałych mechanizmach obronnych (np. humor, sublimacja, altruizm), to okazało się, że lęk przed fuzją z drugą osobą jest słabym (6,2%), aczkolwiek istotnym predyktorem.

Podsumowanie i dyskusja

Celem badań była próba weryfikacji sformułowanego w teorii relacji z obiektem założenia o związkach między głębokością patologii organizacji borderline a mentalizowaniem. Skoncentrowano się na weryfikacji dwóch pytań badawczych: 1) czy i jakie występują różnice między grupą osób o organizacji osobowości borderline i grupą o organizacji nie-borderline a zdolnością do mentalizacji aktywowaną pod wpływem bodźców społecznych oraz 2) jakie patologiczne aspekty osobowości, konstytuujące organizację borderline wyjaśniają aktywowane tryby prementalizacyjne i mentalizacyjne. Dla aktywowania reprezentacji przywiązania w badaniu zastosowano zaproponowaną przez Beaulieu-Pelletiera i współpracowników (2013) procedurę z użyciem tablicy Testu Apercepcji Tematycznej – 3CHM i odpowiedzi na pytania dotyczące przeżywanych stanów mentalnych.

Wyniki badań pokazały istotne różnice między osobami o organizacji osobowości borderline i osobami o osobowości bardziej zintegrowanej pod względem nasilenia dyfuzji tożsamości, prymitywnych mechanizmów obronnych oraz lęku przed fuzją, czyli utratą poczucia własnej tożsamości. Ponadto porównane grupy różniły się pod względem stylów mentalizowania aktywowanych przez bodźce społeczne. Okazało się, że osoby o patologii organizacji osobowości borderline przejawiają silniejsze tendencje do wnioskowania na podstawie trybu prementalizacyjnego, opartego na prymitywnych mechanizmach obronnych niż osoby z grupy porównawczej o wyższym poziomie integracji osobowości. Jednocześnie osoby z grupy porównawczej pod wpływem bodźców społecznych silniej aktywują mentalizowanie oparte na średniodojrzałych, obiektywno-racjonalnych i dojrzałych mechanizmach obronnych. Największe różnice między grupami uzyskano w zakresie aktywowania stylu obiektywno-racjonalnego, natomiast nie wystąpiły różnice w zakresie stylu opartego na myśleniu konkretnym. Rezultaty potwierdzają hipotezę Batemana i Fonagy'ego (2004) o zablokowaniu niektórych zdolności do mentalizowania w sytuacji aktywowania wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania u osób o organizacji osobowości borderline (Bręczewski, Cierpiątkowska, 2015; Marszał, 2015).

Wraz ze wzrostem cech świadczących o niskiej integracji struktury osobowości maleje zdolność do prawidłowego mentalizowania w kontekście pobudzenia reprezentacji przywiązania (Marszał, 2015; Cierpiałkowska, Kwiecień, Miśko, 2016). Owe nieprawidłowości w procesie mentalizowania są wynikiem zwiększonej tendencji do blokowania możliwości analizy stanów intrapsychicznych poprzez aktywowanie rozszczepienia, projekcji, identyfikacji projekcyjnej, zachowań acting-out i innych bardziej dojrzałych mechanizmów obronnych (np. zaprzeczania, racjonalizacji), które wzmacniają siłę działania prymitywnych obron. Mechanizmy te umożliwiają pełniejszy dostęp do subiektywnego doświadczenia siebie i stanów mentalnych innych osób dzięki przejściu na stosunkowo wolny od obron metapoziom (wyższe rozwojowo formy mentalizacji). Opisane zniekształcenia w procesie mentalizacji wydają się powiązane ze zbyt wysokim nasyceniem reprezentacji przywiązania negatywnym afektem (Bouchard i in., 2008; Stawicka, Górska, 2016).

Analizy regresji metodą krokową wyników badań pozwoliły na wskazanie na te patologiczne aspekty struktury i organizacji osobowości borderline, które można traktować jak predyktory zakłóceń i trudności w mentalizowaniu w sytuacji aktywacji reprezentacji przywiązania. Okazało się, że dominacja w organizacji osobowości prymitywnych mechanizmów obronnych i nasilonego lęku przed fuzją wyjaśniają około 26% zmienności w zakresie różnych trybów mentalizowania. Te dwa wymiary poziomu patologii organizacji osobowości, czyli prymitywne mechanizmy obronne i lęk przed fuzją z bliskimi osobami wyjaśniają w znacznym stopniu wariację stylu prementalizacyjnego (opartego na prymitywnych mechanizmach obronnych, które z zasady blokują zdolność do rozpoznawania i nadawania znaczenia własnym stanom mentalnym oraz innych osób) i refleksyjnego – odpowiednio 22,6% i 14,6%. Pozostałe wymiary organizacji osobowości – zaburzenia testowania rzeczywistości oraz dyfuzja tożsamości w badanej grupie nie wyjaśniają zmienności w trybach mentalizowania.

Analizowanie i badanie związków między stopniem patologii organizacji osobowości a mentalizowaniem w sytuacji aktywowania reprezentacji przywiązania to zadanie bardzo złożone. Należy przyjąć, że mentalizowanie znajduje się pod wpływem jeszcze innych czynników niż patologia organizacji osobowości borderline, np. rozwoju poznawczego, którego nie kontrolowano u badanych (Białecka-Pikul, 2012). Niemniej uznając znaczenie aktywowanych w sytuacjach interpersonalnych trybów mentalizowania dla poziomu i dojrzałości regulacji emocjonalnej u jednostki, należy prowadzić dalsze badania, które wskażą na inne czynniki wpływające na ten proces.

Ograniczenia badań własnych

Warto zwrócić uwagę na dwa ograniczenia związane z możliwościami uogólniania uzyskanych wyników na populację. W powyższych badaniach wyodrębniono grupę kliniczną na podstawie wyników badania Kwestionariuszem Osobowości

Borderline. Tylko część osób z tej grupy (około 60%) była leczona w placówkach zdrowia psychicznego z powodu różnych zaburzeń osobowości, pozostałe osoby uczestniczyły w terapii z rozpoznaniem zaburzeń nastroju i/lub zaburzeń lękowych. Z tego powodu nazywaliśmy tę grupę „grupą kliniczną wyodrębnioną psychometrycznie”. Badania i analizy porównawcze powinny być powtórzone na grupie klinicznej osób z zaburzeniami osobowości z wiązki B według DSM-5 lub osób o umiarkowanej głębokości zaburzenia osobowości z wzorcem borderline według ICD-11 (Bach, Simonsen, 2021). Ponadto niskie wyniki kwestionariusza posłużyły za podstawę założenia, że osoby te charakteryzują się osobowością wyżej zintegrowaną niż borderline, co może wskazywać na osoby o organizacji osobowości neurotycznej i normalnej.

Ponadto, podobnie jak w przypadku innych badań z primingiem, można mieć wątpliwości, czy wszyscy badani na podobnym poziomie zareagowali na tablicę 3ChM z TAT i doszło u nich do aktywowania reprezentacji więzi z towarzyszącymi jej emocjami. Dla potwierdzenia skuteczności primingu należałoby włączyć jeszcze inne sposoby pomiaru pobudzenia wewnętrznych modeli operacyjnych więzi, np. metody badania zmiany oporności skóry (reakcja skórno-galwaniczna), zmiany pulsu (sfigmograf) czy szerokości źrenicy (pupilograf).

Literatura cytowana

- Allen, J.G., Fonagy, P. (2006). *The Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- APA, American Psychiatric Association (2013/2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych wydanie piąte (DSM-5)*. Wrocław: Urban Partner.
- Bach, B., Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Current Opinion of Psychiatry*, 34(1), 54–63.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beaulieu-Pelletier, G., Bouchard, M.A., Philippe, F.L. (2013). Mental States Task (MST): Development, validation, and correlates of a self-report measure of mentalization. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 671–695.
- Białecka-Pikul, M. (2012). *Narodziny i rozwój refleksji nad myśleniem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bouchard, M.A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.M., Schachter, A., Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47–66.
- Bręczewski, M., Cierpiałkowska, L. (2015). Mentalization within close relationships: The role of specific attachment style. *Polish Psychological Bulletin*, 46(2), 285–299.

- Caligor, E., Clarkin, J. (2013). Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem. W: J. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości* (s. 23–60). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cierpiałkowska, L. (2001). *Adaptacja Kwestionariusza Osobowości Borderline F. Leichsenringa*. (Niepublikowany materiał). Poznań.
- Cierpiałkowska, L., Górka, D. (2016). *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L., Kwiecień, A., Miśko, N. (2016). Zdolność do mentalizacji w kontekście relacji przywiązania u osób z zaburzeniami borderline. W: L. Cierpiałkowska, D. Górka (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 182–207). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Fonagy, P., Bateman, A.W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83–101.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London, UK: Karnac Books.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., Allison, E. (2013). Przywiązanie a patologia osobowości. W: J.F. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości* (s. 61–119). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fraley, R.Ch., Shaver, P.R. (2008). Attachment theory and its place in contemporary personality theory and research, <https://adultattachment.faculty.ucdavis.edu/wp-content/uploads/sites/66/2015/09>
- Górka, D. (2015). Procesy mentalizacji podczas aktywacji systemu przywiązania w populacji osób bez zaburzeń. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(4), 536–558.
- Górka, D., Cierpiałkowska, L. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha. W: L. Cierpiałkowska, D. Górka (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 13–41). Poznań. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Górka, D., Marszał, M. (2014). Mentalizacja i teoria umysłu w organizacji osobowości borderline – różnice pomiędzy afektywnymi i poznawczymi aspektami poznania społecznego w patologii emocjonalnej. *Psychiatria Polska*, 48(3), 503–513.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641–685.
- Kernberg, O.F., (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800–822.
- Kernberg, O.F. (1994). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Kernberg, O.F. (2004). Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Organization: Psychopathology and Psychotherapy. W: J.J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice* (s. 92–119). New York: Wiley.

- Kernberg, O.F., Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: J.F. Clarkin, M.F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorder* (wyd. 2, s. 114–156). New York: Guilford Press.
- Kwiecień, A. (2011). *Aktywowanie wewnętrznych reprezentacji przywiązania a mentalizacja u osób o strukturze osobowości borderline*. (Niepublikowana praca magisterska). Poznań: Instytut Psychologii UAM.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63.
- Linehan, M. (2007). *Zaburzenia osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mahler, S.M., Pine, F., Bergman, A. (1975). *Psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. London: Routledge.
- Marszał, M. (2015). *Mentalizacja w kontekście przywiązania*. Warszawa: Difin.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnoza psychologiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Meisner, M.W., Bach, B., Lenzenweger, M.F., Møller, L., Haahr, U.H., Petersen, L.S., Kongerslev, M.T., Simonsen, E. (2021). Reconceptualization of borderline conditions through the lens of the alternative model of personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(3), 266–276.
- Paris, J. (2018). Clinical features of borderline personality disorder. W: W.J. Livesley, R. Larstone (red.), *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (wyd. 2, s. 419–425). New York: Guilford Press.
- Soroko, E., Cierpiałkowska, L., Kleka, P. (2022). Psychometric properties of the Polish Version of the Borderline Personality Inventory (BPI). 6th International Congress on Borderline and Allied Disorders. Change for a better future: Perspectives beyond symptoms. 10–12 October 2022 Antwerp, Belgium.
- Stawicka, M., Górską, D. (2016). *Mentalizacja w kontekście przywiązania*. W: L. Cierpiałkowska, D. Górską (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 42–64). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Streszczenie. Zdolność do mentalizacji osób o różnym poziomie organizacji osobowości według O. Kernberga (1994) jest istotną właściwością wyjaśniającą ich trudności w relacjach społecznych oraz problemy w regulacji emocji. Celem badań była próba odpowiedzi na dwa pytania: czy występują związki między poziomem organizacji osobowości a zdolnością do mentalizowania aktywowaną pod wpływem bodźców społecznych oraz jakie aspekty osobowości: rozproszenie tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne, trudności w testowaniu rzeczywistości oraz lęk przed fuzją wyjaśniają aktywowanie się trybów mentalizacyjnych i prementalizacyjnych.

Poziom organizacji osobowości zmierzono Kwestionariuszem Osobowości Borderline (*Borderline Personality Inventory*, BPI) F. Leichsenringa (1999; w polskiej

adaptacji Soroko, Cierpiałkowska, Kleka, 2022), natomiast zdolność do mentalizowania Skalą Stanów Mentalnych (*Mental States Task*, MST) G. Beaulieu-Pelletiera i współpracowników (2013; w polskiej adaptacji Kwiecień, 2011) z zastosowaniem tablicy Testu Apercpcji Tematycznej – 3CHM. Zbadano 212 osób – 148 kobiet i 64 mężczyzn. Na podstawie wyników Kwestionariusza Osobowości Borderline (20 i więcej pkt w BPI) wyodrębniono 65 osób o organizacji osobowości borderline, pozostałe osoby, które uzyskały 19 i mniej pkt, zakwalifikowano do grupy organizacji osobowości zintegrowanej wyżej niż borderline.

Wystąpiły istotne związki między różnymi aspektami poziomu organizacji osobowości a stylem mentalizowania. Okazało się, że osoby o organizacji osobowości borderline pod wpływem bodźców społecznych aktywują częściej tryby prementalizacyjne niż mentalizacyjne. Predyktorami ogólnego stylu mentalizowania, stylu refleksyjnego i prementalizacyjnego okazały się dwa aspekty patologii organizacji borderline – prymitywne mechanizmy obronne i lęk przed fuzją w relacjach społecznych.

Słowa kluczowe: organizacja osobowości borderline, zdolność do mentalizacji

Data wpłynięcia: 30.07.2022

Data wpłynięcia po poprawkach: 7.09.2022

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 28.09.2022