

A KÖTŐDÉS ÉS A BORDERLINE SZEMÉLYISÉGZAVAR*

Peter Fonagy–Mary Target–Gergely György

A kötődési rendszer mint a homeosztatisz szabályozás

A John Bowlby által kifejlesztett kötődéstudomány (10–12) egyetemes emberi szükségletként írja le az embernek azt az igényét, hogy szoros érzelmi kötődéseket alakítson ki. Ennek magya a korai interakciók kölcsönösségében rejlik, amely a normál fejlődés feltétele minden emlősnél, beleértve az embert is (52). Az emberi csecsemő kötődési viselkedése (pl. a közelség keresése, mosolygás, csimpaszkodás) reciprok módon egészül ki a felnőtt kötődési viselkedésével (például az érintéssel, a tartással, a megnyugtatóssal), ezek a válaszok pedig erősítik a csecsemő kötődési viselkedését a bizonyos felnőttel szemben. A kötődési viselkedés aktiválódása attól függ, hogy a csecsemő hogyan értékeli egy sor olyan környezeti ingert, amely a biztonság vagy a bizonytalanság szubjektív élményét váltja ki belőle. Az érzelmi élmények szabályozásáért felelős kötődési rendszer célja a biztonság élményének elérése (85). Ilyen értelemben a kötődési rendszer sok lelki betegségénél és így az egész pszichoterápiás gyakorlatban is központi szerepet játszik.

Az érzelmi reakciók önszabályozásának képessége nem veleszületett adottsága az embernek. Fokozatosan fejlődik ki egy diadikus szabályozó rendszer, amelyben a csecsemő pillanatnyi állapotváltozásainak jelzéseit

* A cikk eredeti címe: P. Fonagy, M. Target & G. Gergely (2000): Attachment and borderline personality disorder – A theory and some evidence. In: J. Paris (Ed.). *Borderline Personality Disorder. Special Issue of The Psychiatric Clinics of North America, Vol 23, No 1.* 103–122.

a gondozó értelmezi, és reagál rájuk, így valósítva meg a szabályozást. A csecsemő megtanulja, hogy aktivációs szintjének fokozódása a gondozó jelenlétében nem vezet olyan dezorganizációhoz, amellyel már nem képes megbirkózni. A gondozó ugyanis ott van, hogy helyreállítsa az egyensúlyt. A kontrollálhatatlan aktivációemelkedés állapotaiban a csecsemő a gondozóval való testi közelséget keresi, hogy megnyugtatót kapjon, és homeosztázisa helyreálljon. Az első életév végére a csecsemő viselkedése már szándékvezérelt, és specifikus elvárásokon alapul. A csecsemőnek a gondozóval való tapasztalatai alapján alakul ki az a reprezentációs rendszer, amelyet Bowlby *belső munkamodellnek* nevezett. A kötődési rendszer tehát egy nyitott, bioszociális homeosztatikussal szabályozó rendszer.

Kötődési minták csecsemőkorban

A kötődélmélet második nagy úttörője, Mary Ainsworth (1–2) fejlesztette ki a jól ismert laboratóriumi eljárást (az Idegen Helyzetet) a csecsemő kötődési viselkedésében megnyilvánuló belső munkamodelljének megfigyelésére. A csecsemők, számukra ismeretlen helyzetben, a gondozójuktól való rövid szeparációt követően négyfajta viselkedésminta valamelyikét mutatják. A *biztonságosan kötődő* csoportba tartozó csecsemők 1. az elsődleges gondozó személy jelenlétében szabadon explorálják az új környezetet; 2. szoronganak egy idegen jelenlétében és elkerülik az ideget; 3. elkeserednek a gondozó rövid távollététől, és annak visszatértekor gyorsan újra kontaktust keresnek vele; és 4. megnyugszanak a vele való kontaktustól, és visszatérnek az explorációhoz. Vannak azonban olyan csecsemők is, akiknél – viselkedéses szinten – nem tapasztalható szorongás a szeparáció következtében, nem keresik a gondozóval való közelséget a szeparációt követően, és nem részesítik előnyben a gondozót az idegennel szemben: ezek a csecsemők a *szorongó/elkerülő* kategóriába tartoznak. Egy harmadik kategóriába tartoznak a *szorongó/rezisztens* csecsemők, akik keveset explorálnak vagy játszanak, a szeparáció érzelmileg erősen felzaklatja őket, a szeparációt követően nagyon nehezen nyugtathatók meg, ellenállnak, testüket megfeszítik, kontrollálhatatlanul sírnak vagy passzívan nyűgösködnek. A gondozó jelenlétére vagy megnyugtató kísérleteire nem képesek megnyugodni, szorongásuk és haragjuk, úgy tűnik, megakadályozza őket abban, hogy a gondozó közelségéből nyugalmat merítsenek.

A biztonságos csecsemők viselkedése a gondozóval való jól koordinált, érzékeny interakciók élményén alapul, ahol is a gondozó nem ingerli túl a gyereket, és képes annak dezorganizált érzelmi válaszaire úgy reagálni, hogy a csecsemő érzelmi stabilitása ismét helyreálljon. Épp ezért ezek a babák viszonylag kiegyensúlyozottak maradnak stresszes helyzetekben is. A negatív érzelmeket kevésbé élik át fenyegetőnek, számukra ezek az élmények jelentéssel bírnak és kommunikatív funkciót látnak el (47, 85). A szorongó/elkerülő módon kötődő gyermekekről feltételezhető, hogy olyan – gyakran ismétlődő – korai tapasztalatokkal rendelkeznek, amelyekben felzaklatott érzelmi állapotukat a gondozó személy nem tudta szabályozni, vagy ahol éppen az intruzív szülői magatartás eredményeképpen váltak túlingereltté. Ennek következtében ezek a csecsemők *túlszabályozzák* affektusaikat, és elkerülik az olyan helyzeteket, amelyek nagy valószínűséggel felzaklatnák őket. A szorongó/rezisztens kategóriába tartozó gyerekek *alulszabályoznak*, elkeseredésük viselkedéses megnyilvánulásait felerősítik, feltehetően azzal a szándékkal, hogy sikerüljön megfelelő reakciót kiváltaniuk a gondozó személyből. A fenyegetettségérzés kiválthatóságának küszöbértéke igen alacsony náluk, a csecsemőt teljesen lefoglalja a gondozóval való kapcsolat létrehozására és fenntartására irányuló törekvés, ugyanakkor frusztrálnak látszik még akkor is, amikor a kapcsolat elérhetővé válik (85).

A negyedik csoportba tartozó csecsemők gyakran mutatnak ellentmondásos, céltalannak tűnő, alkalmanként repetitív viselkedéseket, pl. rövid időre megmerevednek, kezüket tördelik, saját fejüket ütik, hajukat húzzák, vagy megközelítik, de aztán közelébe érve hirtelen elkerülik a gondozót. Ezek a csecsemők alkotják az ún. *dezorganizált/dezorientált* kötődési csoportot (66). Az ilyen csecsemők számára a gondozó egyszerre jelenti a félelem és a biztonság forrását, ezért a kötődési viselkedérendszer aktiválódása náluk erősen konfliktuózus motivációkat mozgósít. Nem meglepő, hogy az elhúzódó vagy ismételt szeparációs élmények (20), az intenzív házastársi konfliktusok (71), vagy a súlyos mellőzés, illetve a testi vagy szexuális bántalmazás gyakran kapcsolódnak össze ezzel a viselkedésmintázattal (18). Ez az a csoport, amellyel részletesebben fogunk foglalkozni tanulmányunk további részében.

A kötődési rendszer mint az interperszonális kapcsolatok meghatározója

Bowlby (10) vetette fel, hogy a szelfről és a másikról kialakított belső munkamodell minden további kapcsolat prototípusául szolgálnak. Ezek a modellek nem tudatos szinten funkcionálnak, és viszonylag stabilak maradnak az egész élet során (23, 24). A kötődés stabilitását demonstrálják az Idegen Helyzetben vizsgált csecsemőkkel végzett longitudinális vizsgálatok, amelyek a Felnőtt Kötődési Interjú (AAI) módszerét alkalmazzák serdülőkorban, illetve fiatal felnőtteknél (41). Ez utóbbi módszer egy olyan strukturált klinikai interjú, amely a gyermekkori kötődési kapcsolatokról őrzött emlékek személyes narratívumát elemzi. Az AAI értékelő rendszere a felnőtt egyént a következő kategóriák egyikébe sorolja be: 1. *biztonságos/autonóm*, 2. *bizonytalan/elutasító (dismissing)*, 3. *bizonytalan/önmarcangoló (preoccupied)* vagy *feldolgozatlan (unresolved)*. Ezek a kategóriák a veszteség vagy trauma korai élményeit elbeszélő narratívumok sajátos strukturális jellemzői alapján lettek kialakítva. A „biztonságos/autonóm” személyek értékesként írják le kötődési kapcsolataikat, azok szerepét életükben meghatározónak tartják, és ezzel kapcsolatos emlékeiket koherensen integrálják egy összefüggő narratívumba. Ezzel szemben a „bizonytalan” csoportokba tartozó egyének a kötődési élményekről szóló emlékeiket nehezen tudják azok érzelmi jelentésével integrálni. A „bizonytalan/elutasító” csoportba tartozók elkerülő jegyeket mutatnak azáltal, hogy tagadják emlékeiket, és idealizálják vagy leértékelik korai kapcsolataikat. A „bizonytalan/önmarcangoló” csoportba tartozók általában zavarodottak, sok haragot vagy passzivitást mutatnak a kötődési személyekkel kapcsolatban, gyakran panaszkodnak gyermekkori sérelmekre úgy, mintha az most történt volna, mintha a rezisztens csecsemő tiltakozását ismételnék. A „feldolgozatlan” kategóriába sorolt személyek a korai kötődési kapcsolatok reprezentációjának jelentős dezorganizációját mutatják, amely a gyermekkori traumát vagy a jelenbéli veszteséget leíró narratívumban megjelenő szemantikai vagy szintaktikai konfúzió formájában jelenik meg.

Több jelentős longitudinális tanulmány (50, 61, 92) 68–75 százalékos megfelelést mutatott ki a csecsemőkori és a felnőttkori kötődési klasszifikáció között. Ezek a százalékok igen magas szintű konzisztenciát jeleznek a csecsemőkori viselkedésmintázatok és a felnőttkori kötődési reprezentációk típusait illetően. A kötődési mintázatok hosszú távú

fennmaradásában az első életév során kialakult reprezentációk mellett természetesen ugyancsak fontos szerepet játszhat a konzisztens környezeti feltételek folyamatos jelenléte is. A kötődési kapcsolatok ugyancsak kulcsszerepet játszanak a deprivációs élmények generációkon keresztül történő átörökítésében. A „biztonságos” csoportba tartozó felnőtteknek 3–4-szer nagyobb valószínűséggel lesznek biztonságosan kötődő gyermekeik (89). Ez az összefüggés akkor is fennáll, ha a szülői kötődést a gyermek születése előtt mérik fel (86, 90). A megfigyelt varianciát a temperamentum és bizonyos környezeti faktorok (pl. az életeselemények, a társas támogatás mértéke vagy a pszichopatológia) mellett a szülői kötődési mintázatok is prediktálják (86).

A kötődési rendszer mint az interperszonális kapcsolatok meghatározója személyiségzavar esetén

Vannak bizonyítékok arra, hogy a gyermekkori rossz bánásmód, különösen a gyermekkori szexuális bántalmazás és a felnőttkori borderline személyiségzavar (BPD) között specifikus kapcsolat áll fenn (72). Ezeknek a felnőtteknek gyermekként gyakran olyan gondozójuk volt, aki maga is a súlyos BPD úgynevezett *borderline spektrumába* tartozott (81). Bowlby felvetését (10), amely szerint a gondozóval való korai tapasztalatok határozzák meg a későbbi kötődési kapcsolatok szerveződését, implicit vagy explicit módon többen is felhasználták a BPD pszichopatológiájának magyarázatában. Felvetették például, hogy a BPD-ben szenvedő személyeknél a korai kapcsolatban átélt megtámadottság, elutasítottság vagy fenyegetettség élményei érthetővé teszik és magyarázhatják azt, hogy jelenbeli kapcsolataikat is támadónak vagy elhanyagolónak érzékelik (9). Mások amellet érvelnek, hogy a BPD-ben szenvedő egyénekre sajátosan jellemző a félelemteli és önmarcangoló típusú kötődés, amely „az intimitástól való szorongás vagy az ezzel kapcsolatban érzett harag érzelmi mintáját” (27) tükrözi. A BPD-ben szenvedő betegek AAI narratívumait feldolgozó tanulmányok azt mutatják, hogy ezek a betegek leggyakrabban az „önmarcangoló” (preoccupied) jelölést kapják (33), és ezen belül is a zavarodott, a félelemteli és az elárasztott típusú alkategóriába tartozás tűnik a leggyakoribbnak (73). Nem meglepő, hogy ezek a betegek trauma- vagy bántalmazásélményeikkel kapcsolatosan gyakran a „feldolgozatlan” kategória jegeit mutatják.

A kötődés, valamint a borderline patológia elméleteit összekapcsolni igyekvő korai kísérletek az ambivalensen kötődő/önmarcangoló és a borderline csoportokra egyaránt jellemző közös sajátosságot hangsúlyozták, nevezetesen „a közelség folyamatos ellenőrzését, a kontaktus létrehozására irányuló könyörgő-esdeklő vagy más figyelem- vagy segítségkérő jelzéseket és a csimpaszkodó viselkedést” (48). Gunderson (48) hívta fel a figyelmet az egyedüllet elviselési képtelenségének és az elhagyástól való rettegetésnek a tematikájára ezeknél a pácienseknél, amely egyben magyarázatot adhat a borderline betegek számos klinikai sajátosságára. E nézetnek ugyancsak megfelel a másikról kialakított stabil reprezentáció hiánya és a terapeuta átmeneti tárgyként, mintegy a páciens énjének kiterjesztéseként való használata, amely jellemző a borderline betegekre, akiknek önálló identitása hiányzik, és érzéseiket nem képesek sajátjukként megélni (69). Az átmeneti kapcsolatra utal ezeknél a betegeknél az átmeneti tárgyak használatának története, és az, hogy ilyen tárgyakat sokkal gyakrabban visznek be magukkal a kórházba, mint más pszichiátriai betegeknél szenvedő betegek (16).

Önmagában a kötődés normatív megfigyelése csecsemőkorban valószínűleg nem elégséges ahhoz, hogy a felnőttkori borderline viselkedést magyarázza. Nem kétséges, hogy a BDP-ben szenvedő betegek bizonytalan kötődést mutatnak, de a csecsemőkori vagy felnőttkori bizonytalan kötődés leírása több okból sem tűnik elegendőnek arra, hogy a borderline személyiségzavar klinikai jellegzetességeire adekvát magyarázattal szolgáljon:

1. A szorongó kötődés gyakori; a munkásosztályból merített mintákban a legtöbb gyermek szorongóan kötődik (15).
2. A csecsemőkori szorongó kötődési minták viszonylag stabil felnőttkori stratégiákkal járnak együtt (55); ezzel szemben a BPD-ben szenvedő egyének kötődési zavarának talán legmarkánsabb jellemzője éppen a stabilitás hiánya (51).
3. Egyes szerzők szerint az ambivalensen kötődő, rezisztens csecsemő haragos tiltakozása mély analógiát mutat a BPD-ben szenvedő egyének interperszonális kapcsolataira jellemző, mindent átható agresszivitással (27). A borderline betegek klinikai leírásában gyakran találkozhatunk a saját vagy a mások testére irányuló erőszakos támadással. Valószínű azonban, hogy az effajta erőszakra való hajlamosság nem azonosítható egyszerűen a rezisztens kötő-

déssel, hanem az egy további fontos összetevőt is tartalmaz, amely arra hajlamosítja ezeket az egyéneket, hogy cselekedeteikkel inkább a testre, mint a tudatra hassanak. Lehetséges, hogy valójában az agresszív kötődési impulzusok mentális reprezentálásának képessége sérült ezeknél a pácienseknél, és éppen ennek eredményeképpen vannak kitéve annak a veszélynek, hogy intim interperszonális kapcsolataikban az erőszakos cselekedetek váljanak dominánssá (39).

A kötődési tapasztalatok mint a szociális kognícióra vonatkozó készségek meghatározói

Ahhoz, hogy a kötődésre és a BPD-re vonatkozó megértésünket elmélyítsük, szükség van arra, hogy áttekintsük, milyen mechanizmusok mediálhatják a kötődés generációkon keresztül történő átvitelét. Első látásra úgy tűnhet, hogy erre a genetika adhat megfelelő magyarázatot. A szerzők laboratóriumában jelenleg is folyó longitudinális ikervizsgálat első eredményei azonban nem támasztják alá azt a hipotézist, hogy a kötődési típusok intergenerációs megfelelése különböző szintű konkordanciát mutatna egypetéjű és kétpetéjű ikrek esetében (32). A kötődés teoretikusai feltételezik, hogy a biztonságosan kötődő felnőttek érzékenyebbek gyermekeik szükségleteire, s így azt az elvárást erősítik meg a csecsemőben, hogy érzelmi diszreguláció esetén környezetük gyorsan és hatékonyan fog reagálni (8, 25). Némileg kiábrándító módon azonban a gondozó személy szenzitivitását mérő standard eszközök, úgy tűnik, nem tudják magyarázni a kötődési osztályozásban tapasztalható generációk közötti megegyezéseket (89). Egy ettől eltérő megközelítést képvisel Main (62) és Bretherton (13), akik egymástól függetlenül hívták fel a figyelmet a filozófus Dennett által *intencionális hozzáállásnak* nevezett jelenségre. Dennett (26) azt hangsúlyozza, hogy az embereknél az evolúció során kiválasztódott egy olyan viselkedésértelmezési képesség, mellyel mentális állapotok terminusaiban igyekeznek megérteni egymást, azaz egymásnak tulajdonított gondolatok, érzések, vélekedések és vágyak alapján próbálják értelmezni vagy elővételezni egymás cselekedeteit. Ha a gyermek képes arra, hogy nem reagáló anyja látszólag elutasító viselkedését az anya veszteségélménye miatti szomorúságának tudja be, ahelyett hogy egyszerűen csak elesettnek

és tehetetlennek érezné magát vele szemben, akkor ez megvédheti a gyermeket az összezavarodástól és attól, hogy a tapasztalt anyai attitűd következtében negatív énképet alakítson ki saját magáról. Az intencionális hozzáállás kialakulásának legbiztosabb jegye annak felismerése 3–4 éves kor körül, hogy a viselkedés téves vélekedésen is alapulhat (74).

A kognitív fejlődéslélektan kutatói számos tesztet dolgoztak ki a téves vélekedés megértésének mérésére, és a viselkedés mentális értelmezésének képességére mint *naiv tudatelméletre* utalnak. E tanulmány szerzői inkább a *mentalizáció* vagy a *reflektív funkció* megnevezéseket preferálják, amelyek ugyancsak a tudat- vagy gondolatolvasás azon képességére utalnak, melynek segítségével saját magunk és mások viselkedését mentális állapotok (vágyak és vélekedések) terminusaiban értjük meg. Elképzelésünk szerint (45) azonban az első életév végén a csecsemő a másik intencionális viselkedését még egy nem mentalizáló, *teleológiai* értelmezési modell alapján interpretálja, míg a mentális-intencionális hozzáállás csupán a második év során kezd kialakulni. A korábbi, „teleológiai hozzáállás” keretében a csecsemő az emberek viselkedését egyrésztől annak látható fizikai kimenetele és következményei – s nem pedig a cselekvőnek tulajdonított (mentális) vágy – alapján, másrésztől pedig a fizikai világnak a cselekvést korlátozó megkötései – s nem a valóságot reprezentáló (mentális) vélekedések tulajdonítása – alapján értelmezi. A kisgyermek teleológiai cselekvésertelmezési rendszerét a második és harmadik életév során egyre inkább felváltja a mentalista intencionális hozzáállás. 18 hónapos korban megjelenik a vágy mint mentális állapot fogalmának megértése (68, 75), ekkor fogja fel a gyermek először, hogy a másik személy cselekedeteit a sajátjaitól eltérő vágyak is vezérelhetik. Ugyancsak ebben a szakaszban a kisgyermek képessé válik arra is, hogy kikövetkeztesse a másik referenciális szándékát, amikor az a gyermek számára előzőleg ismeretlen tárgyakat nevez meg új szavakkal (5, 88). A második életévben a gyermek már verbálisan is utal saját, illetve mások (esetenként eltérő) vágyaira, és a harmadik életévben megjelennek a vélekedésekre utaló verbális kifejezések is (6). A már érettnak tekinthető mentalizációs képesség, amelyet a téves vélekedés tulajdonításának tudatelméleti feladatokban kimutatott képessége jelez, a negyedik év során jelenik meg (74). A négyéves kori naiv „tudatelmélet” kialakulása azonban még távolról sem jelenti ennek a fejlődési folyamatnak a végpontját. Valójában elmondható, hogy a reflektív funkciót sohasem lehet úgy elsajátítani, hogy az minden kö-

rülmények között tökéletesen működjön. Fokozott izgalmi állapotokban, illetve az intim kapcsolatok kontextusában mindannyian nehéznek találjuk, hogy a másik személy mentális világáról pontos reprezentációkat alakítsuk ki.

A szerzők megkísérelték operacionalizálni a felnőttek mentalizáló képessége terén található egyéni különbségeket a kötődés kontextusában, az AAI narratívumaiban megjelenő, mentális állapotokra (pl. téves vélekedésekre) vonatkozó leírások alapján. Ahhoz, hogy magas pontszámot lehessen elérni ezen a skálán, az elbeszélésnek a következő területeken kellett jó készségeket tükröznie: az illető tudatában van a mentális állapotok reprezentációs természetének; kifejezett erőfeszítéseket tesz a viselkedések mögött meghúzódó motivációk kiderítésére; és tudatában van annak, hogy a gyermek gondolatai és érzései igen gyakran és sokban különböznek a felnőttétől (40). A skála csak elhanyagolható mértékben korrelált az intelligenciakvócienssel (IQ) és az iskolázottsággal. A szerzők azt találták, hogy a gyermek születése előtt mért reflektív funkció értékei jól bejósolták a gyermek második életévében mért kötődési biztonságát. Apáknál és anyáknál egyaránt azt találták, hogy akik magas értéket értek el e képesség terén, azoknak három-négyszer nagyobb valószínűséggel lettek biztonságosan kötődőek a gyermekeik, mint azoknak, akiknek reflektív képessége alacsonynak bizonyult (35). A reflektív funkció képessége különösen fontos lehet akkor, amikor a gyermek kedvezőtlen élményeknek van kitéve. A deprivációt elszenvedett anyáknak sokkal nagyobb valószínűséggel lettek biztonságosan kötődőek a gyermekeik akkor, ha a reflektív funkciót mérő skálán magas értéket értek el (36). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a hátrányos környezeti hatások intergenerációs átörökítésének ciklusa megszakadhat, ha a gondozó személy elsajátította az élményekre irányuló reflektív, mentalizáló hozzáállás képességét.

A kötődés és a szelf normális fejlődése

Azon túl, hogy a magas reflektív képességgel rendelkező szülők, akiknek saját gyermekkori élményei kedvezőtlenek voltak, nagyobb valószínűséggel képesek elősegíteni gyermekük biztonságos kötődésének kialakulását, arra is van evidencia, hogy a gyermek biztonságos kötődése maga is facilitálja a reflektív képesség kifejlődését. A biztonságosan

kötődő gyermekek hamarabb és nagyobb valószínűséggel mennek át egyes téves vélekedés feladatokon, mint bizonytalanul kötődő társaik (29, 34, 67). Azt találták, hogy a gondozó reflektív funkciója bejósolja a csecsemő kötődési biztonságát, amely viszont előre jelzi a gyermek tudatelméleti képességének korai megjelenését. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a gyermek tudatának megfigyelésére irányuló szülői képesség facilitálja a gyermeknél az emberi elme megértésének kialakulását, s következésképp a szelf szerveződését is a biztonságos kötődés mediációja által (37).

A biztonságosan kötődő gyermek a gondozó reflektív hozzáállásának tükrében önmagát mint gondolkodó és vágyakkal bíró személyt percipálja. A gyermek azt látja, hogy a gondozó őt *intencionális lénynek* tekintti, s így ez a szelf-reprezentáció internalizálódik az épülő szelf-struktúrába. Reflektív képességünk ennyiben intergenerációs szerzeménynek tekinthető. Olyan mértékben leszünk képesek magunkról és másokról vágyak és vélekedések terminusaiban gondolkodni, amennyire minket magunkat is intencionális lénynek tekintettek.

A kötődés három szinten vesz részt a reflektív funkció fejlődésében:

1. A klinikusok feltételezik, hogy a belső állapotok (szelf-állapotok) másodrendű reprezentációinak internalizációja a gondozó személy szenzitív reflektivitásától függ. A gyermek saját affektusairól kialakuló fogalmi nem közvetlen introspekció útján jönnek létre, hanem a gondozó személy a gyermek állapotaival kongruens érzelmkifejezései révén, amelyek internalizálódnak és reprezentációt nyernek (46, 87). A szelf-állapotok ezen másodlagos reprezentációi lesznek azok az építőkövek, amelyekből egy reflektív belső munkamodell felépíthető. A szelf-élményeknek a gondozó tükröző reakciói következtében kialakuló másodlagos reprezentációi előfeltételét képezik annak, hogy a gyermek túllépjen korai teleologikus viselkedésmoделljén, és képessé teszik őt arra, hogy mások belső állapotaikra utaló érzelmkifejezéseit és gesztusait mentálisan értelmezze. Az érzékenyen tükröző szülői környezet egyben hozzájárul az érzelmi tudatosság, illetve az affektív impulzusok feletti önkontroll kialakulásához is (46).

2. A teleologikus hozzáállástól az intencionális felé történő fokozatos elmozdulás egyik előfeltétele az, hogy a gyermek biztonságban érezze magát, mialatt a gondozó tudatállapotait explorálja. A biztonságosan kötődő gyermeknek megvan ez a biztonságérzete, amikor mentális állapotokat tulajdonít a gondozó viselkedésének magyarázatára. Ezzel

szemben az elkerülő gyermek – éppen biztonságérzete fenntartása érdekében – elkerüli a másik mentális állapotainak azonosítását, mivel azok a szelf számára veszélyt implikálnak. Az ambivalensen kötődő, rezisztens gyermek pedig elsősorban saját kétségbeesett érzelmi állapotára összpontosít, és ezért nem jut alkalmá a másik tudatának explorálására, ami nagyban megnehezíti a szoros interszubjektív kommunikáció létrejöttét. A dezorganizált gyermekek ebből a szempontból egy speciális kategóriát képeznek. Hiperérzékeny figyelemmel monitorozzák a gondozó viselkedését, s így szenzitizálódnak azokra a viselkedéses jegyekre, amelyek jelzik a másik szándékainak legváratlanabb változásait is. Így gyakran igen érzékenyen képesek felismerni a másik változó intencionális állapotait, ugyanakkor ezt a mentalizációs képességet nem képesek *saját* affektív állapotaik és szándékaik azonosítására is alkalmazni. Ennek következményeképpen a mentalizáció önszabályozó és szelf-szervező szerepe – mely a biztonságosan kötődő gyerekek fejlődésében központi szerepet játszik – a dezorganizált gyerekeknél sokkal kevésbé alakul ki.

Számos egymáshoz kapcsolódó oka lehet ennek: a) a dezorganizált csecsemő gondozója sokkal kevésbé megbízhatóan reagál kontingens módon a gyermek szelf-állapotaira, és következetesen egyoldalú a gyermek állapotainak érzékelését, valamint az azokra történő reflektálást illetően; b) a gondozó mentális állapota intenzív szorongást vált ki, vagy azért, mert a gondozó ijesztő viselkedése rosszindulatot sugall a gyermekre nézve, vagy mert a gondozó viselkedése félelmet tükröz; c) a gyermek figyelmi és értelmezési kapacitásának aránytalanul nagy részét kell a gondozó viselkedésének interpretációjára és elővételezésére fordítania, aminek az az ára, hogy saját szelf-állapotaira már nem tud kellően reflektálni. Lehet, hogy ezeknek a faktoroknak a kombinációja hozza létre azt, hogy a dezorganizált gyermek bizonyos körülmények között igen jól tudja értelmezni a gondozó tudatállapotait, viszont (ahogy azt más szerzők is felvetik) szegényesen olvassa saját mentális állapotait.

3. A gondozó személynek van még egy további fontos hozzájárulása is, amely valószínűleg kulcsfontosságúvá válik a fejlődés egy későbbi szakaszában. Tipikus esetben a gondozó – miközben a gyermekkel játszik – egyszerre teremt kapcsolatot a gyermek belső világával, és ugyanakkor fenntart egy kifelé irányuló, valóság szempontú perspektívát is (38, 87). A gyermek így tud elmozdulni a „pszichikus ekvivalencia”

szubjektív világától (amelyben a belső élmények és a külső valóság között még nem létezik különbségtétel) egy mentalizáló belső világ felé, ahol felismeri, hogy a szubjektív élmények a külvilágnak csak egyik lehetséges verzióját képviselik, azaz megérti, hogy gondolatai a valóság reprezentációjának és nem magának a valóságnak felelnek meg. Ez analóg az ödipális háromszöghelyzet kognitív hatását tárgyaló pszichoanalitikus elképzeléssel, amely szerint a két ember egymással megosztott valóságát a gyermek egyszer csak hirtelen a harmadik személy szemzőgéből kezdi el átélni (14). A szülők játékos bevonódása a gyermek belső világába átsegíti a gyermeket azon a korai fázison, amikor saját tudatának tartalmait csupán mint a külvilág hű másolatát képes felfogni.

Ez a három összetevő (az affektusok másodlagos reprezentációja, a gondozó intencionális reprezentációja és a szelf intencionális reprezentációja) felfegyverzi a gyermeket arra, hogy szembesülni tudjon a néha kíméletlen társas valósággal. A jól működő mentalizációs képesség kialakulása protektív szerepet játszik, míg a törékeny vagy alacsony szintű reflektív funkció prediktálja a védtelenséget, a könnyen sebezhetőséget későbbi traumatizáció esetén. A biztonságos kötődés és a reflektív funkció itt annyiban egymást átfedő konstrukcióknak tekinthetők, amennyiben a sérülékenység, amelyet a bizonytalan kötődés esetén megfigyelhetünk, elsősorban a gyermek ama bizonytalanságának tudható be, amely a valóságnak pszichés – és nem fizikai – realitásként való felfogásából ered. Intenzív traumatizáció esetén azonban még a biztonságosan kötődő, magas szinten mentalizáló gyermek is összeroppanhat. Ugyanakkor súlyos pszichoszociális stressz hiányában a jó mentalizációs képesség csupán marginális fejlődési előnyt biztosít. A BPD megértésében fontos, hogy a klinikusok ráhangolódjanak arra, hogy a páciens csak korlátozott szinten képes a mentális állapotok nyelvi megragadására és használatára a szelf-szerveződés és a társas világ megértésének terén.

A személyiségzavar intergenerációs modellje

A BPD szociális átörökítődésének szempontja fontos kulcs lehet e személyiségzavar természetének megértésében. A szerzők (33), valamint mások (73) vizsgálatai rámutattak arra, hogy milyen jelentős mértékben torzul a kötődési reprezentáció a BPD-ben szenvedő egyének-

nél. A szerzők vizsgálatában a BPD-vel diagnosztizáltakra túlnyomóan az önmarcangoló (preoccupied) kötődés volt jellemző, amely feldolgozatlan (unresolved) traumaélményekkel és a mentalizációs képesség feltűnő csökkenésével járt együtt. Egy másik tanulmányukban a szerzők borderline betegcsoportjukat egy egyéb szempontokból megfelelően illesztett, de nem borderline, törvényszéki pszichiátriára utalt betegcsoporttal hasonlították össze. Ez utóbbi csoportban az elutasító (dismissing) kötődési minta dominált, míg a feldolgozatlan (unresolved) traumára utaló jegyek kevésbé jelentek meg (holott a trauma jelenléte szempontjából a két csoport összehasonlítható volt). A reflektív képesség viszont még a borderline csoporténál is alacsonyabb volt (Levinson & Fónagy, még nem közölt vizsgálat).

A szerzők ennek alapján azt vetették fel, hogy egyes személyiségzavarban szenvedő egyének, akik gyermekkori bántalmazás áldozatai, a traumatizációval való megküzdésnek azt a módját választották, hogy mentalizációs képességüknek a kötődési személyre vonatkozó alkalmazását legátolták, s így elkerülték, hogy a másik rájuk irányuló bántalmazási szándékáról kelljen gondolkodniuk (31). S mivel a saját és a másik mentális állapotainak azonosítására irányuló mentalizációs képességüket e védekezés miatt folyamatosan gátolják, ezért csak pontatlan és meglehetősen sematikus, sztereotip benyomásaik alakulnak ki a gondolatokról és érzésekről. Ebből kifolyólag mérhetetlenül sérülékenyekké válnak az intim kapcsolatokban. Összefoglalva tehát, két tézis mellett érvelünk: (1) azok az egyének, akik korai traumát szenvedtek el, védekezésképpen gátolhatják mentalizáló képességüket; és (2) a személyiségzavar néhány jellemzője ebből a gátlásból eredhet.

A rossz bánásmód hatása a reflektív funkció kialakulására

Egyre halmozódnak a bizonyítékok arra, hogy a rossz bánásmód hátráltatja a gyermek mentalizációs képességének és éntudatosságának kifejlődését (7, 77, 78). Ez a helyzet a pszichés fejlődésben egy súlyos és ördögi körhöz vezethet. A mentális állapotok szegényes megértése, amely együtt jár a rossz bánásmóddal, felerősíti az átélt feszültség és stressz mértékét, ami a kötődési rendszer aktivációjához vezet. A közelségre való igény fennmarad, sőt talán még fokozódik is a bántalmazás okozta stresszhatás következtében. A mentális közelség tűrhetetlenül

fájdalmassá válik, így a közelségre való igény testi szinten fejeződik ki. E helyzet eredményeképpen – paradox módon – a gyermek még inkább keresi az őt bántalmazó felnőtthez való fizikai, testi közelséget. A gyermek képességét a bántalmazó viselkedéséhez való adaptív alkalmazkodásra, annak módosítására vagy elkerülésére, csökkenti a mentalizációs hozzáállás korlátozott, legátolt volta, és így megnövekszik a további bántalmazások valószínűsége is. A paradox testi közelségkeresés és az egyidejű pszichés elkerülés a dezorganizált kötődés központi jellemzője, amelyet következetesen megfigyelhetünk bántalmazott gyermekek esetében.

Felmerül a kérdés, hogy miért ássa alá a bántalmazó családi környezet a reflektív funkciót? Először is, mert a másik mentális állapotának felismerése veszélyt jelenthet a fejlődő szelfre nézve. Az a gyerek, aki felismeri a szülő bántalmazó viselkedésében a feléje irányuló gyűlöletet és gyilkos indulatokat, rákényszerül, hogy saját magát értéktelennek és nem szerethetőnek lássa. Másodszor, az intencionális állapotok jelentése tagadhatóvá vagy torzíthatóvá válik: a bántalmazó szülők gyakran jelentenek ki olyan vélekedéseket vagy mutatnak olyan érzéseket, amelyek szöges ellentétben állnak viselkedésükkel. Harmadszor, a kötődés kontextusa és a nyilvános szféra, ahol a mentalizáció alkalmazása általános, mereven elkülönülnek. Végezetül, a diszfunkció nem feltétlenül magának a rossz bánásmódnak a következménye, hanem annak a családi atmoszférának, amely ezt övezi. Ismert tény, hogy az autoriter nevelés, amely oly gyakran kapcsolódik a rossz bánásmódhoz, elmaradást okoz a mentalizáció fejlődése terén (4). Az ilyen körülmények között nevelt kisgyermek és anyja nehezen tudnak játékos hozzáállást (3) felvenni interakcióik során, s így a mentalizáció fejlődését elősegítő, reaktív és tükröző társas környezet hiányozhat. A mentalizáló hozzáállás minden valószínűséggel olyan gyermekeknél sem fejlődik ki megfelelően, akik úgy érzik magukat gondozói környezetükben, mintha elhanyagolt fizikai tárgyak lennének.

Személyiségzavar és mentalizációs deficit

Vajon valóban vannak a személyiségzavarnak olyan jellemzői, amelyek a mentalizáció deficitjében gyökereznek? Csábító lenne amellettsz érvelni, hogy az erőszak, valamint a borderline állapotok bizonyos jel-

legzetességei magyarázhatóak egyrészt az elutasító (dismissing), másrészt pedig az önmarcangoló (preoccupied) típusú, nem mentalizáló szelf-szerveződés típusokkal. Ugyanakkor ez túlegyszerűsítése lenne a problémának. Ugyanis mindkét esetben léteznek a helyzetektől, illetve a kapcsolati típusoktól függő variációk. Például a kihágásokat elkövető serdülő nagyon is tudatában van a saját csoportjához tartozó egyének mentális állapotainak, és a borderline személyiség is hiperszenzitív lehet időnként a mentálhigiénés szakemberek és a családtagok érzelmi állapotaira.

A szerzők Kurt Fischer készségelméletének elveit (28) követve feltételezik, hogy a rossz bánásmód a reflektív funkció különböző helyzetítípusok és területek között megjelenő töredezettségét vagy hasítását vonhatja maga után. A fejlődés korai szakaszaiban egy bizonyos típusú interperszonális interakció területén megjelenő mentalizációs képesség nem feltétlenül generalizálódik rögtön a többi területre is, éppúgy, mint ahogy a folyadékállandóság megértése sem generalizálódik rögtön a térállandóság felfogására. A normál fejlődés során a viselkedés mentalizáló modelljének bizonyos fokú integrációja és generalizációja létrejön. A súlyos BPD-ben azonban a fejlődés eltérő irányt vesz, melyben a különálló készségek normális koordinációja nem jön létre.

A viselkedés teleológiai modellje mindenkinél fennmarad és bizonyos fokig finomodik, mivel számos helyzetben szolgáltat hasznos előrejelzést és adekvát magyarázatokat. A mentalizáló modellek viszont különösen és elsősorban az olyan komplex interperszonális helyzetekben értékesek, ahol konfliktussal, megtevesztéssel vagy irracionális viselkedéssel nézünk szembe. Sajnálatos módon a BPD-ben szenvedő egyének érzelmileg intenzív és intim kapcsolatokban mutatott viselkedését a nem reflektív belső munkamodellek uralják, mivel bármely olyan interperszonális helyzetben, ahol a kapcsolati reprezentációk működésbe lépésére van szükség, az elsődleges kötődési kapcsolat mintái fognak életbe lépni.

Dezorganizált kötődés és borderline személyiségzavar

Vajon miért indítanak el regressziót az érzelmileg súlyozott interakciók a nem mentalizáló gondolkodás irányába? Egyre több bizonyíték mutat arra, hogy a dezorganizált csecsemők gondozói gyakran reagál-

nak a csecsemő stresszállapotaira ellenségesen vagy tehetetlenül (59), disszociált vagy dezorganizált, ijesztő vagy rémült viselkedéssel (54, 79, 80). Ezekben az esetekben úgy tűnik, mintha a csecsemő érzelmi megnyilvánulásai a gondozó személyt átmenetileg képtelenné tennék arra, hogy gyermekét intencionális személynek tekintse, és ilyenkor a gondozó vagy erőteljesen visszahúzódóvá válik, vagy kommunikációs tévesztéseket, szerepkonfúziót, negatív, intruzív vagy a csecsemő számára rémisztő viselkedéseket produkál. Következésképp ezek a gyermekek saját stresszreakciójukat az elutasítottság vészjelzéseként fogják érzékelni, amely beindítja a teleologikus, nem mentalizáló működést. A növekvő feszültség és szorongás hatására a gyermek egy olyan szülő képét anticipálja, aki a szorongó, kétségbeesett vagy dühöngő gyermekre visszahúzódással reagál, amelyre a gyermek válaszképpen disszociatív reakciót produkál (57).

A szerzők szerint a reflektív funkció és ennek kötődési kontextusa központi szerepet játszanak a szelf-szerveződés kialakulásában. A gyermek kibontakozó szelf-reprezentációja az ún. primer, vagy *konstitucionális szelf* állapotainak (azaz a gyermek veleszületett affektív állapotainak és temperamentumbeli jellemzőinek) másodlagos reprezentációból épül fel. A dezorganizált kötődés esetén a kialakuló szelf-reprezentáció nem reprezentálja hitelesen a csecsemő primer szelf-állapotait. A belső élmények megnevezhetetlenek és kaotikusak maradnak, és a feldolgozatlan, nem tartalmazott affektusok további diszregulációhoz vezetnek.

Feltételezzük, hogy a csecsemő ösztönösen igyekszik kialakítani belső állapotainak reprezentációját. Ez a bio-pszichoszociális kötődési rendszer keretében úgy jön létre, hogy a gyermek különös érzékenységet mutat a társas környezet azon reakcióira, amelyek kontingens kapcsolatban állnak belső állapotait kifejező viselkedéseivel. Ha a csecsemő egy rémült vagy ijesztő gondozóval találja magát szembe, akkor az anyai harag, gyűlölet vagy félelem érzéseit fogja internalizálni, és a gondozó azon róla tükrözött képét, amelyben ő ijesztő és kezelhetetlen személyként jelenik meg. Mivel ez a kép aláássa az adaptív szelf-szerveződést, a gyermekben kialakul egy védekezési tendencia az internalizált szülői attitűdök externalizálására annak érdekében, hogy koherens szelf-reprezentációt tudjon létrehozni. A csecsemő dezorganizált kötődési viselkedése (66) megérthető úgy is, mint a gyermek kezdetleges kísérlete arra, hogy a szelf-reprezentáció elfogadhatatlan aspektusait kitörölje.

A kutatások azt mutatják, hogy a csecsemő dezorganizált/dezororientált viselkedését az első 5–7 év során fokozatosan felváltják olyan törékeny viselkedési stratégiák, amelyeknek célja a szülő kontrollálása vagy büntető stratégiák, vagy az életkornak nem megfelelő gondoskodási viselkedések segítségével (19, 63). A gondozó viselkedésének manipulálására tett ilyen jellegű kísérletek (42, 83, 91) lehetővé teszik a szelf egyes részeinek externalizációját, és korlátozzák a szelf-reprezentációba történő további erőszakos behatolásokat. Hasonló viselkedésminták figyelhetőek meg a kortársakkal való interakciókban is (53). További bizonyítékok vannak arra, hogy az ilyen gyermekek szülei azt élik át, hogy a gyermek átveszi a kapcsolatban a kontrollt, következésképp ezek a szülők saját magukat egyre tehetetlenebbnek élik át, és olyannak, mint aki képtelen gondoskodást nyújtani (43, 82).

Lyons-Ruth hajlamossági (diatézis) modelljét (68, 60) követve a szerzők a dezorganizált kötődés részeként kialakuló törékeny szelf-szerveződést sérülékenységi faktornak tekintik. Ezeknek a gyermekeknek a törékenyen felépített szelf-struktúrája különösen a későbbi traumára teszi őket érzékenyebbé. Mivel önmagukat nem tudják belülről átélni, ezért kénytelenek szelfjüket a külső jelzések segítségével mintegy kívülről érzékelni. A szelf-állapotok adekvát, másodlagos (szimbolikus) reprezentációinak hiánya folyamatos és intenzív vágyat kelt arra, hogy a belső káoszként átélt élmények megérthetőek legyenek. A gyermek szelf-fejlődése megreked, és a gyermek folyamatosan olyan internalizálható tárgyat keres, amely képes lenne szelf-állapotait integrálni. Katasztrofális módon azoknál a gyermekeknél, akik fejlődésük későbbi szakaszaiban is rossz bánásmódban részesültek, az internalizált másik nem egy neutrális, hanem sokkal inkább egy őt kínzó tárgy lesz. Mihelyt a másiknak ezek az aspektusai internalizálódtak a szelf-reprezentációba, rögtön elindul egy védekezési folyamat, melynek célja, hogy az elenséges, idegen reprezentációt kívülre helyezze, nemcsak azért, mert az nem illeszkedik a konstitucionális szelfhez, hanem mert természetét illetően üldöző jellegű. Mindez katasztrofális következményekkel jár az interperszonális kapcsolatokra és az affektív szabályozásra nézve (17).

Az itt leírt mechanizmus prototipikus példája lehet a projektív identifikáció pszichoanalitikus fogalmának. Még pontosabban, Elizabeth Spillius *evokatív projektív identifikációnak* (84) nevezte ezt a mechanizmust. A dezorganizált kötődés dezorganizált szelfet hoz létre. A személy, amikor egyedül van, sérülékeny és veszélyben érzi magát, mivel

az őt gyötrő, destruktív internalizált tárgy közelségétől nem tud menekülni, mivel azt saját szelfjén belülről érzékeli. Amint a kapcsolatok nem teszik lehetővé az externalizációt, ezek az egyének az eltűnés, a pszichés összeolvadás vagy a kapcsolati határok feloldódásának veszélyét élik át (49).

A borderline személyiségzavar tünettana

A következőkben saját modellünk szemszögéből foglaljuk össze tömören a borderline állapotok tünettanának legismertebb jegyeit.

1. A *szelf-érzet instabilitása* nagyon sok páciensnél a reflektív képesség, illetve a belső állapotokat (azaz érzéseket, vélekedéseket, vágyakat, és gondolatokat) helyesen leképező másodlagos reprezentációk hiányából fakad. A stabil szelf-érzet illúzióját csak olyankor élik át ezek a páciensek, amikor az idegen, kízó szelfet sikerül másokra projektálva externalizálni, és így időlegesen kontrolljuk alatt tartani. Ilyenkor az egyén aktív, önálló, kontrollt gyakorló cselekvőként éli meg magát, törékeny szelfje ellenére. Ezért azonban kemény árat fizet, mivel a másikat olyan viselkedésre kényszeríti, mintha az az ő belső reprezentációinak része lenne, miközben a valóságos kapcsolat lehetősége elvész, és a beteg nagy valószínűséggel kiprovokálja, hogy elhagyják.

2. A BPD páciensek jellegzetes érzelmi *impulzivitása* szintén kapcsolatba hozható azzal, hogy nem képesek saját emocionális állapotaik differenciált tudatosítására, ami az érzelmek szimbolikus reprezentációinak hiányából ered. A borderline betegek gyakran élnek át olyan intenzív érzelmi feszültségállapotokat, amelyeket nem képesek kontrollálni, mivel a mentalizáció, amely az affektív önszabályozás lényeges összetevője, náluk hiányzik. Az impulzivitás a prementalisztikus, testi cselekvéscentrikus stratégiák dominanciájának is köszönhető, különösen, ha az illető a kapcsolatot fenyegetőnek éli meg. Csak akkor élheti át valaki, hogy a másik viselkedésének megváltoztatására annak mentális állapotait kell befolyásolnia, ha az illető felfogja, hogy a viselkedést intencionális mentális állapotok okozzák. Máskülönben az egyedüli módja annak, hogy a másik személy viselkedését befolyásolja, az erőszakos fizikai cselekvés, a testi ráhatás útja.

3. Az *érzelmi labilitás és ingerlékenység* megértéséhez a BPD-ben szenvedő betegek valóságrepresentációjának természetét kell átgon-

dolnunk. Az interperszonális sémák figyelemreméltóan rigidek a BPD-ben szenvedő betegeknél, mivel nem tudják elképzelni, hogy a másik személy a valóságról eltérő képet építhet fel, mint amit ők élnek át. A mentalizáció egyfajta pufferként működik: amikor mások cselekvései váratlanok, akkor ez a pufferfunkció lehetővé teszi, hogy az illető segédhipotéziseket alakítson ki a másik valószínű vélekedéseiről, amelyek alapján a tapasztalt viselkedés racionalizálható. Ez a mentalizációs értelmezési folyamat megakadályozhatja azt, hogy a másik váratlan viselkedését automatikusan fenyegetésként élje meg a páciens.

A traumatizált egyén ebből a szempontból is hátrányban van. A korai bántalmazások alapján megkonstruált belső munkamodellek elővételezik, hogy a másik valószínűleg rosszindulatú lesz; s mivel az egyén – különösen stresszhelyzetben – képtelen segédhipotéziseket beindítani, ezért a veszélyérzet különösen felerősödik. A pszichikus ekvivalencia szintjén e veszélyérzetet a páciens valóságként éli át. Normális esetben a mentalizációs pufferhez való hozzáférés lehetővé teszi a valósághoz való játékos hozzáállást (87). Ezen a szinten a valóság megértéséről tudni lehet, hogy téves is lehet. Azonban ha valaki csak egy módon képes látni a dolgokat, akkor egy harmadik személynek, például a terapeutának arra tett kísérletét, hogy beláttassa a pácienssel egyoldalú látásmódjának helytelenségét, a páciens úgy fogja érzékelni, mintha megpróbálnák őt megőrizni.

4. *Szuiciditás.* A klinikusok számára jól ismert a borderline betegeknek a fizikai elhagyatástól való iszonyú félelme (48). Talán ez az a szempont, amely leginkább középpontba emeli a klinikus számára a dezorganizált kötődési modell jelentőségét, amellyel ezek a páciensek kénytelenek együtt élni. Ezeknek a betegeknek szükségük van a másokra ahhoz, hogy szelfjüket koherensnek éljék meg, s így az elhagyatás számukra azzal jár, hogy újra kell internalizálniuk az elviselhetetlen, idegen szelf-képet, amelynek következménye pedig a koherens szelf-érzet destrukciója. Az öngyilkosság ennek a szelfen belüli idegen másíknak a fantáziált megsemmisítését jelenti. Az öngyilkossági kísérletek gyakori célja éppen az, hogy megakadályozza az elhagyatás lehetőségét; utolsó segélykiáltásnak tűnnek a kapcsolat visszaállítására. A gyermek azt élhette át, hogy csakis valami szélsőséges cselekvés idézhet elő változást a felnőtt viselkedésében, és hogy gondozói általában szintén hasonló, kényszerítő módszereket alkalmaztak vele szemben viselkedése befolyásolására.

Míg az öngyilkosság és az önbántalmazás a dezorganizált kötődésű nőkre jellemző inkább, addig a hasonló patológiájú férfiaknál a másik ellen elkövetett erőszak a gyakoribb. Egy ilyen személy csak akkor tudja fenntartani a másikkal való kapcsolatát, ha az lehetővé teszi számára, hogy szelfje idegen részeit a másakra vetítve externalizálja. Az erőszakos cselekmények olyankor történnek meg, amikor a másik személy önálló mentális léte fenyegeti ezt az externalizációs folyamatot (30).

5. A *hasítás*, azaz a másik (vagy a szelf) részleges reprezentációja jól ismert akadálya az ezekkel a betegekkel történő adekvát kommunikációnak. A másik személy viselkedésének helyes értelmezése és predikciója a neki tulajdonított mentális állapotok alapján csak akkor lehetséges, ha a másíknak tulajdonított szándékok és gondolatok elmentmondásmentesek, s így koherens módon integrálhatóak. A bántalmazó személy egymásnak szögesen ellentmondó viselkedéseinek és megnyilvánulásainak tükrében ez a feladat reménytelennek tűnik, és éppen ez a mentalizációs deficit egyik meghatározó oka. A gyermek számára az egyetlen megoldás ahhoz, hogy koherens, ellentmondásmentes reprezentációt hozhasson létre a másik személy tudatáról, a másik reprezentációjának hasítása lesz. A másik ellentmondó vagy ambivalens intencióinak reprezentációit több, egymástól független, önmagában koherens és ellentmondásmentes alkalmazásra hasítva (44) létrejön a másik személy egy idealizált és egy üdöző identitásának reprezentációja. Ennek eredményeképpen a másik viselkedésének mentális értelmezése és predikciója ugyan ismét lehetővé válik, de csak a társas valóság súlyosan torzított konstrukciójának segítségével. Az ilyen disszociatív mentalizáció gyakran vezet a másik mentális állapotainak téves megítéléséhez, viselkedésének helytelen elővételezéséhez, amelynek következménye a kiszolgáltatottság az újabb traumatizációra. A hasítás eredményeképpen ugyan az egyén képessé válik a másíkról mentalizáló képet alkotni, ez a kép azonban gyakran téves, túlegyszerűsített, és a mentalizáló interperszonális eszmecserének csak az illúzióját teszi lehetővé.

6. A BPD páciensek egyik további igen gyakori szubjektív élménye az *üresség* érzése, amely szinte egész életüket áthatja. Az belső üresség érzése egyenesen következik a szelf-állapotok másodlagos reprezentációinak hiányából, és abból a sekélyességből, amellyel – a mentalizációs deficit következtében – az illető a másokkal való kapcsolatát megéli. A mentalizáció megtagadása mélységes elszigeteltség élményét kelti. A másik-

hoz való tartozás, az intim együttlét élményének előfeltétele az, hogy a másoknak lelket és elmét tulajdonítsunk; a múlt és jelen folyamatosságának átéléséhez a mentális állapotok nyújtják az összekötő kapcsot. Talán az üresség, és ennek szélsőséges formája, a disszociáció szubjektív élményében jelenik meg ezeknél az egyéneknél legpregnansabban a jelentés hiánya, amelyet a mentalizáció sikertelensége okoz.

A javasolt modell bizonyos korlátai

Számos megszorítást kell tennünk a fenti modellel kapcsolatban. Először is a gondozásban jelentkező abnormalitások csak egyik lehetséges útját jelentik a mentalizációs problémák kialakulásának. A biológiai sebezhetőség, mint pl. a figyelem zavarai, szintén korlátozhatják a gyermek lehetőségét arra, hogy reflektív képességét kibontakoztathassa. A klinikusoknak tisztában kell lenniük azzal, hogy hasonlóan a fejlődés sok más területéhez, itt is egy finom, kétirányú oksági folyamat zajlik, amely az effajta biológiai sérülékenységgel tipikusan együtt jár. A sérülékenység interszónális konfliktushelyzeteket produkál, és korlátokat szab a gyermek képességeinek. A biológiai faktorok közvetlenül is korlátozhatják a mentalizációra való képességet, de hathatnak úgy is, hogy olyan helyzeteket teremtenek a környezetben, amelyek csökkentik a mentalizáció kibontakozásának lehetőségét.

Másodszor, BPD-ben szenvedő betegekkel dolgozó klinikusok gyakran számolnak be arról, hogy ezek a betegek időnként határozottan érzékenynek tűnnek mások mentális állapotaira, különösen a másik manipulációjának és kontrollálásának területén. De vajon ez azt jelenti-e, hogy a mentalizáció diszfunkciója valójában nem is játszik központi meghatározó szerepet a BPD-ben? Erre az ellentmondásra az a valószínű megoldás, hogy a súlyos személyiségzavarban szenvedő betegek valóban kifejlesztenek egy bizonyos szintű, nem tudatos (22) elmeolvasási készséget. A reflektív funkció képessége nem tűnik el teljesen és örökre. A mentalizáció fejlődési deficitje: 1) a specifikus belső munkamodellekre (kapcsolati mintákra) korlátozódik; 2) valószínűleg csak specifikus kötődési helyzetekben aktiválódik; és 3) lehet, hogy sokkal inkább az önreflektív működés (a szelf-állapotok megértésének) területén dominál, s nem annyira a másik mentális világának megértésénél.

Harmadszor, nem minden mentalizációs problémával küzdő egyén szülője borderline. Néhányuk, legalábbis a szerzők tapasztalatai szerint, magas reflektív képességekkel bír, ugyanakkor gyermekeikkel, illetve néha gyermekeik közül csak az egyikkel szemben súlyos problémákkal küzd. Az intencionális állapotokra való érzékenység hiánya nem globális változó, amely minden helyzetet egyaránt érint. Meglétét vagy annak hiányát mindig az adott gyermek–gondozó kapcsolat viszonylatában kell megítélni.

Pszichoterápia és mentalizáció

A pszichoterápia, bármely megjelenési formáját nézzük is, valójában a mentalizáció újraélesztéséről szól. Akár Marcia Linehan dialektikus viselkedésterápiás eljárását (56), John Clarkin és Otto Kernberg pszichoanalitikus pszichoterápiára tett javaslatait (21, 55), vagy Anthony Ryle kognitív analitikus terápiáját (76) tekintjük, mindegyik (1) a beteggel való kötődési kapcsolat kialakítását célozza; (2) ezt arra használja, hogy létrehozson egy olyan interperszonális kontextust, amelynek középpontjává a mentális állapotok megértése válik; és (3) megkísérel újra felépíteni (többnyire implicit módon) egy olyan helyzetet, amelyben a terapeuta a beteg szelfjét valóságosnak és intencionálisnak fogadja el és akként kezeli úgy, hogy a beteg is világosan érzékeli ezt.

A súlyos személyiségzavarban szenvedők pszichológiai terápiájának magva a reflektív folyamatok megerősítése. A terapeutának segítenie kell a beteget abban, hogy megértse és címkézni tudja saját emocionális állapotait, azaz hogy erősíteni tudja a másodlagos reprezentációs rendszert. Ezeknél a betegeknél a változást a tömör, specifikus értelmezés indítja be. E pácienseknek a terápiás folyamattal szembeni elkerülhetetlen destruktivitását aligha lehet adekvátan kezelni mögöttes agresszív szándékukra irányuló klasszikus jellegű értelmezésekkel vagy konfrontációval. Ehelyett inkább az olyan megjegyzések bizonyulnak hatékonyak, amelyek a cselekvésben való lereagálás érzelmi tartalmára mutatnak rá – azokra az érzésekre, amelyek konfúziót és dezorganizációt okoznak.

A mentalizáció hiányosságai impulzivitást szülnek, és a terápiás kapcsolat intenzívvé válása gyakran világít rá a páciensnek arra a nehézségére, hogy távolságot tudjon teremteni a belső és a külső valóság kö-

zött. A terapeuta feladata analóg a szülőkével, akik megteremtik a gyermek számára a mintha-játék kereteit – csak ebben az esetben a gondolatok és érzések hozzáférhetőségét teremti meg egy ilyen átmeneti terület létrehozása. A terapeutának hozzá kell szoknia, hogy a mentalizáció előfutáiraival dolgozzon. Feladata a teleológiai modellek intencionálisakká való átdolgozása. A páciens disszociált működés-módjának – amikor is a beteg semmit sem érez valóságosnak (legkevésbé a szavakat és a gondolatokat) – az olyan pillanatokkal való integrálása, amelyek során a szavak vagy képzetek hihetetlen erővel és destruktivitással bírnak, szinte elrettentően nehéz feladatnak tűnhet. Ugyanakkor eredmény csak akkor képzelhető el, ha a terapeuta képes arra, hogy a páciens mintha-világának részévé váljon, és megpróbálja azt valódivá tenni úgy, hogy közben elkerülje azt, hogy a gondolatok és a külső valóság közé egyenlőségjel legyen téve.

A terapeuta mentalizáló, feldolgozó hozzáállása végső soron képesé teszi a páciens arra, hogy önmagát mint gondolkodó, érző lényt találja meg a terapeuta tükrében, és hogy az így megszülető képet önmaga tudatának részeként integrálja szelfjébe. A belső és külső valóságot azonosként kezelő, nem reflektív élményfeldolgozási mód fokozatosan átalakul egy olyan élményfeldolgozássá, amely a belső világot sokkal nagyobb körültekintéssel és respektussal kezeli, úgy, mint ami különálló, és minőségileg különböző a fizikai valóságtól. Még ha itt meg is állna a munka, már akkor is sokat értünk volna el a viselkedés a beteg számára érthetővé, jelentésselivé és bejósolhatóvá tételének érdekében. A terapeuta mentalizáló attitűdjének internalizálása bővíti a beteg képességét arra, hogy ő maga is hasonló attitűddel forduljon saját élményei felé. A tudat és lélek iránti respektus a szelf és a mások iránti, és végső soron az emberi közösség iránti respektust vonja maga után. Ez az a hozzáállás, amely ösztönzi és szervezi a terápiás törekvést, és a lehető legnyilvánvalóbban járul hozzá a klinikusok pszichológiai örökségéhez.

Hámori Eszter fordítása

IRODALOM

1. AINSWORTH, M. D. S. (1985): Attachments across the lifespan. *Bull. N. y. Acad. Med.* 61: 792–812.
2. AINSWORTH, M. D. S.–BLEHAR, M. C.–WATERS, E.–WALL, S (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
3. ALESSANDRI, S. M. (1992): Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Devel. & Psychopathol.* 4: 257–270.
4. ASTINGTON, J. (1996): What is theoretical about the child's theory of mind?: A Vygotskian view of its development. In: Carruthers, P.–Smith, P. K. (szerk.): *Theories of theories of mind*. Cambridge: Cambridge University Press. 184–199.
5. BALDWIN, D. A.–MARKMAN, E. M.–BILL, B.–DESJARDINS, R. N.–IRWIN, J. M.–TIDBALL, G. (1996): Infants' reliance on a social criterion for establishing word-object relations. *Child Dev.* 67: 3135–3153.
6. BARTSCH, K.–WELLMAN, H. M. (1995): *Children talk about the mind*. Oxford: Oxford University Press.
7. BEEGLY, M.–CICCHETTI, D. (1994): Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Devel. & Psychopathol.* 6: 5–30.
8. BELSKY, J.–ROSENBERGER, K.–CRNIC, C. (1995): The origins of attachment security: „Classical” and contextual determinants. In: Goldberg, S.–Muir, R.–Kerr, J. (szerk.): *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 153–184.
9. BENJAMIN, L. S. (1993): *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorder*. New York: Guilford Press.
10. BOWLBY, J. (1969): *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
11. BOWLBY, J. (1973): *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
12. BOWLBY, J. (1980): *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
13. BRETHERTON, I. (1991): Intentional communication and the development of an understanding of mind. In: Frye, D.–Moore, C. (szerk.): *Children's theories of mind: Mental states and social understanding*. Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum. 271–289.
14. BRITTON, R. (1998): *Belief and Imagination*. London: Routledge.
15. BROUSSARD, E. R. (1995): Infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 25: 211–219.
16. CARDASIS, W.–HOCHMAN, J. A.–SILK, K. R. (1997): Transitional objects and borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry.* 154: 250–255.
17. CARLSSON, E.–SROUFE, L. A. (1995): Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti, D.–Cohen, D. J. (szerk.): *Developmental Psychopathology. Vol. 1: Theory and Methods*. New York: Wiley. 581–617.
18. CARLSSON, V.–CICCHETTI, D.–BARNETT, D.–BRAUNWALD, K. (1989): Disorganised/dis-oriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology* 25: 525–531.

19. CASSIDY, J.–MARVIN, R. S. (1992): *Attachment organization in preschool children: Coding guidelines*, in: Seattle, MacArthur Working Group on Attachment – Unpublished Coding Manual.
20. CHISOLM, K. (1998): A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Russian orphanages. *Child Dev.* 69: 1092–1106.
21. CLARKIN, J. F.–KERNBERG, O. F.–YEOMANS, F. (1999): *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients*. New York, NY: Guilford Press.
22. CLEMENTS, W. A.–PERNER, J. (1994): Implicit understanding of belief. *Cognitive Development.* 9: 377–395.
23. COLLINS, N. R.–READ, S. J. (1994): Representations of attachment: The structure and function of working models. In: Bartholomew, K.–Perlman, D. (szerk.): *Advances in Personal Relationships Vol 5: Attachment Process in Adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers. 53–90.
24. CRITTENDEN, P. M. (1990): Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal.* 11: 259–277.
25. DE WOLFF, M. S.–VAN IJZENDOORN, M. H. (1997): Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev.* 68: 571–591.
26. DENNETT, D. (1987): *The intentional stance*. Cambridge, Mass: MIT Press.
27. DUTTON, D. G.–SAUNDERS, K.–STARZOMSKI, A.–BARTHOLOMEW, K. (1994): Intimacy-anger and insecure attachments as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology.* 24: 1367–1386.
28. FISCHER, K. W.–KENNY, S. L.–PIPP, S. L. (1990): How cognitive processes and environmental conditions organize discontinuities in the development of abstractions. In: Alexander, C. N.–Langer, E. J.–Oetzel, R. M. (szerk.): *Higher stages of development*. New York: Oxford University Press. 162–187.
29. FONAGY, P. (1997): Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers.* 14: 31–40.
30. FONAGY, P. (1999): Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies.* 1: 7–27.
31. FONAGY, P. (1991): Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psychoanal.* 72: 1–18.
32. FONAGY, P.–FEARON, P.–TARGET, M. (1999): How can children in the same family have different attachment classifications? In: *Society for Research in Child Development Biennial Meeting, Albuquerque, New Mexico April 1999*.
33. FONAGY, P.–LEIGH, T.–STEELE, M.–STEELE, H.–KENNEDY, R.–MATTOON, G. et al. (1996): The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64: 22–31.
34. FONAGY, P.–REDFERN, S.–CHARMAN, T. (1997): The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *Developmental Psychology.* 15: 51–61.
35. FONAGY, P.–STEELE, H.–MORAN, G.–STEELE, M.–HIGGITT, A. (1991): The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal.* 13: 200–217.
36. FONAGY, P.–STEELE, M.–STEELE, H.–HIGGITT, A.–TARGET, M. (1994): Theory and practice of resilience. *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 35: 231–257.
37. FONAGY, P.–TARGET, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Devel. & Psychopathol.* 9: 679–700.

38. FONAGY, P.–TARGET, M. (1996): Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int. J. Psychoanal.* 77: 217–233.
39. FONAGY, P.–TARGET, M. (1995): Understanding the violent patient. *Int. J. Psychoanal.* 76: 487–502.
40. FONAGY, P.–TARGET, M.–STEELE, H.–STEELE, M. (1998): *Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
41. GEORGE, C.–KAPLAN, N.–MAIN, M. (1985): *The Adult Attachment Interview*, in. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California at Berkeley.
42. GEORGE, C.–SOLOMON, J. (1998): Attachment disorganization at age six: Differences in doll play between punitive and caregiving children. In: *International Society for the Study of Behavioural Development, Bern, Switzerland 1998*.
43. GEORGE, C.–SOLOMON, J. (1996): Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. In: George, C.–Solomon, J. (szerk.): *Defining the Caregiving System* (Infant Mental Health Journal, Volume 17). New York: John Wiley.
44. GERGELY, G. (2000): Mahler reapprached: New perspectives on normal autism, symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 48(4): 1197–1228.
45. GERGELY, G.–CSIBRA, G. (1997): Teleological reasoning in infancy: The infant's naive theory of rational action. A reply to Premack and Premack. *Cognition.* 63: 227–233.
46. GERGELY, G.–WATSON, J. (1996): The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *Int. J. Psychoanal.* 77: 1181–1212.
(Magyarul: Gergely G.–Watson, J. (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa* 9(1): 56–105.
47. GROSSMAN, K. E.–GROSSMANN, K.–SCHWAN, A. (1986): Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's Strange Situation. In: Izard, C. E.–Read, P. B. (szerk.): *Measuring emotions in infants and children*. New York: Cambridge University Press. 124–171.
48. GUNDERSON, J. G. (1996): The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *Am. J. Psychiatry.* 153: 752–758.
49. GUNDERSON, J. G. (1984): *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
50. HAMILTON, C. (1994): *Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence* [doctoral dissertation]. UC-Los Angeles.
51. HIGGITT, A.–FONAGY, P. (1992): The psychotherapeutic treatment of borderline and narcissistic personality disorder. *Br. J. Psychiatry.* 161: 23–43.
52. HOFER, M. A. (1995): Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In: Goldberg, S.–Muir, R.–Kerr, J. (szerk.): *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press, Inc. 203–230.
53. JACOBOVITZ, D.–HAZEN, N.: Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In: Solomon, J.–George, C. (szerk.): *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press. Kiadás alatt.
54. JACOBOVITZ, D.–HAZEN, N.–RIGGS, S. (1997): Disorganized mental processes in mothers, frightening/frightened caregiving and disoriented/disorganized behavior

- infancy. In: Jacobovitz, D. (szerk.): *Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*. Washington, DC.
55. **KERNBERG, O. F.–CLARKIN, J. F.** (1993): Developing a disorder-specific manual: The treatment of borderline character disorder. In: Miller, N. E.–Barber, J. P.–Docherty, J. P. (szerk.): *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*. New York: Basic Books. 227–246.
56. **LINEHAN, M. M.** (1993): *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
57. **LIOTTI, G.**: Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon, J.–George, C. (szerk.): *Attachment disorganization*. New York: Guilford. Kiadás alatt.
58. **LYONS-RUTH, K.–BRONFMAN, E.–ATWOOD, G.**: A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In: Solomon, J.–George, C. (szerk.): *Attachment disorganization*. New York: Guilford. Kiadás alatt.
59. **LYONS-RUTH, K.–BRONFMAN, E.–PARSONS**: Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behaviour and siorganized infant attachment strategies. In: Vondra, J.–Barnett, D. (szerk.): *Typical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions*. Monographs of the Society for Research in Child Development. Kiadás alatt.
60. **LYONS-RUTH, K.–JACOBOVITZ, D.** (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J.–Shaver, P. R. (szerk.): *Handbook of attachment theory and research*. New York: Guilford.
61. **MAIN, M.** (1997): Attachment narratives and attachment across the lifespan. In: *Fall Meeting of the American Psychoanalytic Association*. New York.
62. **MAIN, M.** (1991): Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In: Parkes, C. M.–Stevenson-Hinde, J.–Marris, P. (szerk.): *Attachment Across the Life Cycle*. London: Tavistock–Routledge. 127–159.
63. **MAIN, M.–CASSIDY, J.** (1988): Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*. 24: 415–426.
64. **MAIN, M.–GOLDWYN, R.** (1994): *Adult Attachment Rating and Classification System, Manual in Draft, Version 6.0*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
65. **MAIN, M.–KAPLAN, N.–CASSIDY, J.** (1985): Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 50: 66–104.
66. **MAIN, M.–SOLOMON, J.** (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M.–Cicchetti, D.–Cummings, E. M. (szerk.): *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press. 121–160.
67. **MEINS, E.–FERNYHOUGH, C.–RUSSEL, J.–CLARK-CARTER, D.** (1998): Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: a longitudinal study. *Social Development*. 7: 1–24.
68. **MELTZOFF, A. N.** (1995): Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*. 31: 838–850.

69. **MODELL, A.** (1963): Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia. *Int. J. Psychoanal.* 44: 282–292.
70. **MORRIS, H.–GUNDERSON, J. G.–ZANARINI, M. C.** (1986): Transitional object use and borderline psychopathology. *Am. J. Psychiatry.* 143: 1534–1538.
71. **OWEN, M. T.–COX, M. J.** (1997): Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology.* 11: 152–164.
72. **PARIS, J.–ZWEIG-FRANK, H.–GUZDER, H.** (1993): The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry.* 34: 410–413.
73. **PATRICK, M.–HOBSON, R. P.–CASTLE, D.–HOWARD, R.–MAUGHAN, B.** (1994): Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology.* 6: 375–388.
74. **PERNER, J.** (1991): *Understanding the Representational Mind.* Cambridge, Mass: MIT Press.
75. **REPACHOLI, B. M.–GOPNIK, A.** (1997): Early reasoning about desires: Evidence from 14- and 18-month-olds. *Developmental Psychology.* 33: 12–21.
76. **RYLE, A.** (1997): *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method.* Chichester, UK: John Wiley & Sons.
77. **SCHNEIDER-ROSEN, K.–CICCHETTI, D.** (1991): Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-image in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology* 27: 481–488.
78. **SCHNEIDER-ROSEN, K.–CICCHETTI, D.** (1984): The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Dev.* 55: 648–658.
79. **SCHUENGL, C.** (1997): Attachment, Loss, and Maternal Behavior: A Study on Intergenerational Transmission. Leiden, The Netherlands: University of Leiden Press.
80. **SCHUENGL, C.–VAN IJZENDOORN, M.–BAKERMANS-KRANENBURG, M.–BLOOM, M.:** Frightening, frightened and/or dissociated behavior, unresolved loss and infant disorganization. *J. Consult. Clin. Psychol.* Kiadás alatt.
81. **SHACHNOW, J.–CLARKIN, J.–DIPALMA, C. S.–THURSTON, F.–HULL, J.–SHEARIN, E.** (1997): Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry.* 60: 171–181.
82. **SOLOMON, J.–GEORGE, C.** (1996): Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. In: George, C.–Solomon, J. (szerk.): *Defining the Caregiving System* (Infant Mental Health Journal, Volume 17). New York: John Wiley.
83. **SOLOMON, J.–GEORGE, C.–DEJONG, A.** (1995): Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Devel & Psychopathol.* 7: 447–463.
84. **SPILLIUS, E. B.** (1994): Developments in Kleinian thought: Overview and personal view. *Psychoanalytic Inquiry.* 14: 324–364.
85. **SROUFE, L. A.** (1996): *Emotional development: The organization of emotional life in the early years.* New York: Cambridge University Press.
86. **STEELE, H.–STEELE, M.–FONAGY, P.** (1996): Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Dev.* 67: 541–555.
87. **TARGET, M.–FONAGY, P.** (1996): Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int. J. Psychoanal.* 77: 459–479.

88. TOMASELLO, M.–STROSBERG, R.–AKHTAR, N. (1996): Eighteen-month-old children learn words in non-ostensive contexts. *J. Child Lang.* 23: 157–76.
89. VAN IJZENDOORN, M. H. (1995): Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol. Bull.* 117: 387–403.
90. WARD, M. J.–CARLSON, E. A. (1995): Associations among Adult Attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Dev.* 66: 69–79.
91. WARTNER, U. G.–GROSSMAN, K.–FREMMEER-BOMBRIK, E.–SUESS, G. (1994): Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications for pre-school behaviour. *Child Dev.* 65: 1014–1027.
92. WATERS, E.–MERRICK, S.–ALBERSHEIM, L.–TREBOUX, D.–CROWELL, J. (1995): From the strange situation to the Adult Attachment Interview: A 20-year longitudinal study of attachment security in infancy and early adulthood. In: *Society for Research in Child Development*. Indianapolis, May 1995.