

Chroniąca funkcja rodzicielskiej mentalizacji

Magdalena Chrzan-Dętkoś

Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju Instytutu Psychologii Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego

Termin rodzicielska funkcja refleksyjna lub rodzicielskie mentalizowanie oznacza kompetencje rodzica do brania pod uwagę myśli, uczuć i potrzeb stojących za obserwowanymi zachowaniami dziecka. Nowe badania skupiają się nie tylko na tym, co rodzice mówią do dziecka, ale również na znaczeniu cielesnego dostrojenia między rodzicami a dzieckiem – kompetencja ta została określona jako mentalizowanie zakorzenione w ciele. Oba typy mentalizowania są związane z późniejszym rozwojem dziecka: funkcjami wykonawczymi, stylem przywiązania oraz rozwojem poznawczym i społecznym dziecka.

Celem artykułu jest prezentacja badań dotyczących znaczenia funkcji refleksyjnej rodzica dla rozwoju dziecka, omówienie najczęstszych zakłóceń obserwowanych podczas pracy klinicznej, znaczenia tzw. zakorzenionej w ciele rodzicielskiej mentalizacji oraz sposobów wspierania rozwoju tych kompetencji. Co istotne, badania pokazują, że nawet krótkoterminowe oddziaływania zarówno grupowe, jak i indywidualne wspierające funkcje refleksyjną są stosunkowo skuteczne. Zaprezentowane w artykule badania ilościowe są ilustrowane materiałem klinicznym i przykładami prowadzonych na świecie programów wspierających funkcję refleksyjną rodziców i poprzez to wzmacniających mechanizmy związane z odpornością psychiczną, takich jak Parents First (ogólnokrajowy program wspierania funkcji refleksyjnej realizowany w Finlandii), Minding the Baby i Mothering from the Inside Out.

SŁOWA KLUCZOWE:

MENTALIZOWANIE, FUNKCJA REFLEKSYJNA, PRZEKAZ MIĘDZYPOKOLENIOWY, PROFILAKTYKA KRZYWDZENIA

WPROWADZENIE

Mentalizowanie to rozumienie zachowań własnych i innych osób przez pryzmat uczuć, intencji oraz motywacji. Jest ono podstawą każdej terapii psychologicznej oraz tzw. pojęciem-parasolem pokrewnym z *mindfulness*, empatią i teorią umysłu, pod który w pewnym sensie wchodzi również pojęcie rodzicielskiego mentalizowania lub funkcji refleksyjnej (w artykule oba te terminy będą używane naprzemiennie). Rodzicielska funkcja refleksyjna jest pojęciem pokrewnym mentalizowaniu, skoncentrowanym jednak na relacji z dzieckiem. Oznacza zdolność rodzica do widzenia dziecka jako odrębnego i motywowanego własnymi stanami wewnętrznymi: uczuciami, myślami i potrzebami. Według Target i Fonagy'ego (1996, s. 462) to „poprzez werbalne, ale również niewerbalne komunikaty, rodzice i opiekunowie tworzą dla dziecka świat, w którym może on/ona doświadczać siebie jako czującą, pragnącą i myślącą osobę”.

Według tych autorów funkcja refleksyjna rodzica jest czynnikiem kształtującym indywidualne bycie rodzicem każdego z nas: „zdolność rodzica do obserwowania zachodzących z momentu na moment zmian w stanach psychicznych dziecka – to są korzenie wrażliwego rodzicielstwa” (Target, Fonagy, 1996, s. 69).

Dzięki opiekunom zdolnym do obserwowania zmian zachodzących w stanach psychicznych dziecka może ono w ciągu rozwoju uwewnętrznić obraz siebie jako osoby zdolnej identyfikować przeżywane napięcie w postaci określonego stanu emocjonalnego. Stanowi to podstawę do możliwości zaopiekowania się swoimi stanami emocjonalnymi oraz traktowania ich jako istotnych przesłanek, o których można myśleć i podejmować na ich podstawie różne osobiste decyzje. Rodzicielska funkcja refleksyjna to jednak nie tylko zdolność do rozumienia zachowania dziecka. Jest to przede wszystkim zdolność rodzica do myślenia o swoich stanach wewnętrznych, ich dynamice w relacji z dzieckiem: o tym, jak uczucia opiekuna, jego myśli, zachowania wpływają na relacje z dzieckiem, ale również jak zachowania dziecka wpływają zwrotnie na zachowanie rodzica (Ensink, Mayes, 2010; Sharp, Fonagy, 2008; Slade, 2005).

Funkcja refleksyjna jest rozumiana również jako motor przekazu transgeneracyjnego, w którym rodzice w relacji z dziećmi powielają swoje doświadczenia z relacji z własnymi rodzicami. Lieberman, Padron, Van Horn i Harris (2005) pisali o „aniołach nad kołyską dziecka” – dobrych wspomnieniach rodzica, które umożliwiają mu wspierającą identyfikację z własnymi rodzicami/opiekunami i są oparciem w relacji z dzieckiem. Nawet w przypadku, gdy doświadczenia rodzica były trudne i bolesne, to jednak, gdy był on w stanie przeżyć uczucia związane z brakiem, smutkiem, utratą,

uwalnia go to od powtarzania ewentualnego schematu międzypokoleniowego. Natomiast „duchy nad kołyską” – pojęcie zaproponowane przez Fraiberg, Andelson i Shapiro (1975) – to stan, gdy dręczące wspomnienia, nieopracowane uczucia – o których rodzicowi nikt nie pomógł w jego dzieciństwie myśleć – mogą zakłócać relację z dzieckiem i utrudniać lub uniemożliwiać refleksję nad jego zachowaniem.

Te obserwacje z pracy klinicznej potwierdzają badania ilościowe z udziałem rodziców, którzy doświadczyli traumy. Wynika z nich, że brak możliwości mentalizowania / myślenia o doznanej traumie jest silniej związany z funkcjonowaniem dziecka niż poziom mentalizowania w ogóle (Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin, Fonagy, 2014). Możliwość doświadczenia uczuć związanych z traumą przez rodzica pełni funkcję ochronną dla dziecka. Dorośli, którzy doświadczyli przemocy i zaniedbania, mają uderzające trudności w myśleniu o traumie i kojarzących się z tymi doświadczeniami sytuacjach, podczas gdy możliwości myślenia o aktualnych relacjach mogą pozostawać nietknięte (Ensink i in., 2014).

Fragment wprowadzający do badań nad funkcją refleksyjną autorka niniejszej pracy zilustrowała wypowiedziami dorosłych, w których można zaobserwować swoiste trudności rodziców oraz na podstawie których stawiać hipotezy dotyczące ewentualnego związku funkcji refleksyjnej z rozwojem emocjonalnym ich dzieci. Pierwszy cytowany przykład dotyczy dorosłej pacjentki korzystającej z terapii długoterminowej związanej z doświadczanymi w ciągu życia stanami depresyjnymi. Nasilenie objawów po narodzinach dziecka było bezpośrednim powodem zgłoszenia na terapię indywidualną.

Pani A. doświadczyła wielu zaniedbań. Jej rodzice byli alkoholikami i stosowali przemoc wobec córki. Obecnie pani A. jest mamą 4-letniego synka. Fragment wypowiedzi pacjentki jest przykładem opracowywania doświadczenia i wyrażania złości.

Gdy rodzice byli źli, bili. Ja też biłam, Dopiero jako nastolatka zrozumiałam, że to prowadzi donikąd. Ale potem nie wiem, co się stało, przestałam czuć różne rzeczy i teraz, nie wiem, to Pani mówi, że może jestem zła, ale ja nie czuję, ja czuję złość, gdy już jestem wściekła i wtedy boję się, że coś zrobię dziecku, bo naprawdę myślę tylko o tym, żeby go z całej siły uderzyć... Nie znam innego odczucia bycia złą niż tylko takie bardzo silne, które mnie przeraża. I wtedy czuję się jeszcze gorzej, że jestem wyrodną matką, i – tak jak pani mówiła – nie mogę mu odmówić niczego, bo już i tak czuję się okropną matką, więc on może robić wszystko, ale to też prowadzi donikąd... że mu trudno potem się odnaleźć z innymi dziećmi w przedszkolu.

Pani A. identyfikowała swoje uczucia wtedy, gdy były bardzo silne, wręcz wszechogarniające – co budziło w niej silny niepokój, poczucie winy związane z byciem złą matką, która złości się na dziecko. W konsekwencji wzmagano to mechanizmy związane z jeszcze silniejszą samokontrolą emocji – pragnieniem tłumienia złości. Pani A. miała również poczucie konieczności „odpokutowania” za negatywne odczucia względem synka. Mechanizmy te pozbawiały ją możliwości samoopieki: wykorzystania odczuwanych emocji do zadbania o siebie, zrozumienia zachowania i potrzeb oraz – wtórnie – pomocy synkowi w regulowaniu uczuć związanych ze złością. Brak adekwatnej reprezentacji dla uczuć związanych ze złością powodował, że pani A. trudno było zaopiekować się swoimi uczuciami, jak również wspierać swojego syna w regulowaniu doświadczanych emocji. Dopiero pojawiająca się w trakcie terapii zdolność do zauważania własnych reakcji cielesnych, które pani A. mogła powiązać ze złością (np. zaciśniętych pięści lub chęci wycofania się), pomogła jej identyfikować to uczucie u siebie, jak również u syna, oraz stopniowo umożliwiać myślenie o złości jako o jednym ze stanów umysłu zarówno jej, jak i dziecka.

Kolejna ilustracja kliniczna pochodzi z fragmentu wywiadu z matką odnośnie do funkcjonowania dziecka, które zostało zgłoszone na konsultację psychologiczną z uwagi na trudności w kontaktach z rówieśnikami. W ocenie matki, pani B., jej córka było ofiarą przemocy rówieśniczej w klasie.

Poniżej przedstawiono fragmenty zapisu wywiadu z matką:

Terapeuta: Czy w historii państwa rodziny były w ostatnim czasie jakieś wydarzenia, które mogły wpłynąć na Kasię?

Pani B.: Tak, w wieku 35 lat – córka miała wtedy osiem – zachorowałam na epizod psychotyczny. Cały czas chodziłam do kościoła, modliłam się... bardzo dużo. Myślę, że to w żaden sposób nie dotknęło moich dzieci, były u dziadków, my mieszkamy razem... Kłótnie z mężem, no nie wiem, też nie przypominam sobie, żeby dzieci jakoś to przeżywały, raz tylko pamiętam syn schował się w takiej szafie. [...] A pani pyta, jak dzieci przeżywały moje stany depresji? Myślę, że dobrze, ja nawet powiem pani więcej, tak myślę, czy jest coś lepszego, niż mieć matkę w depresji? Kupowałam im słodycze, jadły tylko płatki czekoladowe i słodycze, były dni, że mogły bez ograniczeń oglądać MiniMini. Bo ja rzeczywiście nie mogłam się nimi zająć, leżałam... Ale czy jest jakieś dziecko, które by na to narzekało, wszystko co zakazane było możliwe bez ograniczeń?

Terapeuta: A jak pani dzieci przeżyły wyprowadzkę ojca?

Pani B.: Tak, zastanawiałam się, jakie to będzie, bo wiem od koleżanek, że bywa różnie. Ale tak wymyśliłam, że kupiłam każdemu po króliczku miniaturowe, miały swoje zwierzątka, zawsze chciały mieć. Myślę, że przez to nie zauważyły aż tak bardzo, że ojciec się wyprowadził.

Gdy pani B. miała 5 lat zmarła jej matka, a jej ojciec był osobą bardzo sprawną zawodowo, jednak, z perspektywy pani B., niedostępną emocjonalnie dla dzieci. Pani B. i jej siostry po śmierci matki spędzały czas z licznymi, zmieniającymi się opiekunkami. W swoim dzieciństwie pani B. nie miała doświadczenia bycia postrzeganą jako małe, przestraszone dziecko, tęskniące za zmarłą matką oraz zapracowanym i odnoszącym liczne sukcesy ojcem. Jako mama również nie mogła dostrzec, że jej dzieci cierpią, martwią się, kierują do rodzica różne pragnienia lub też całkowicie przestają je artykułować. W narracji matki znika próba rozumienia dziecka – np. tego, że gdy dziecko nic nie chce od rodzica, to przeważnie to coś znaczy – dziecko może być przerażone zmienionym zachowaniem czy stanem psychicznym rodzica, może nie chcieć niczego, żeby go nie obciążać lub nie narażać siebie. Córka pani B. nie doświadczała przemocy rówieśniczej w klasie. Utrzymujące się skargi na to, że w szkole czuła się samotna i biedna wydawały się raczej próbą przekazania mamie, że dziecko chciałoby być widziane przez nią właśnie wtedy, gdy czuje się „biednie”: małe, nieznaczące, samotne i pozbawione opieki. Dostrzeżenie tych potrzeb, uczuć i myśli własnych dzieci naraziłoby panią B. na konfrontację z jej wspomnieniami, którym starała się zaprzeczyć.

Przytoczone badania i prezentacje kliniczne pokazują, że funkcja refleksyjna rodzica jest zdolnością trzymania „całego” umysłu innych w swoim umyśle (Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Z uwagi na własne doświadczenia (rodzice obu pań nadużywali alkoholu i najprawdopodobniej mieli również inne trudności psychiczne) zarówno pani A., jak i pani B. nie doświadczyły „trzymania” ich umysłu przez innego dorosłego, gdy były dziećmi.

Tak więc funkcja refleksyjna jest istotną kompetencją rodzica i wydaje się odgrywać istotną rolę w kształtowaniu postawy refleksyjnej u dziecka co – zwrótnie – wzmacnia regulację emocjonalną, wytężoną kontrolę i bezpieczne relacje. Rozwój społeczno-emocjonalny dziecka może być zakłócony, jeśli rodzic nie dostarcza dziecku reprezentacji jego wewnętrznego świata i umysłu – ignorując jego stres, oddając zakłócony lub bez żadnych przekształceń (Fonagy i in., 2002). Badania prowadzone przez Dejko, Janusz i Treger (2015) pokazują, że u rodziców dzieci kierowanych do specjalistycznego leczenia wyodrębnia się swoiste wzorce mentalizacji u rodziców: wyraźnie zjawisko idealizacji relacji z osobami znaczącym, które wydaje się pełnić

funkcję mechanizmu obronnego chroniącego rodzica przez bolesnymi uczuciami. Funkcjonowanie takie może utrudniać dziecku rozwój adekwatnej regulacji emocji. Z innej strony, nawet w przypadku przeżycia przez dziecko straty lub urazu jeśli rodzic może pomóc dziecku w myśleniu o tym wydarzeniu, to może pomóc zminimalizować związane z traumą ryzyko.

Przedstawione wyniki badań mają implikacje praktyczne. Wskazują na znaczenie pracy z rodzicami zgłaszanych na konsultacje dzieci nad rozwojem ich rodzicielskiego mentalizowania: myślenia o własnych stanach wewnętrznych i następnie nad możliwościami refleksji nad stanami psychicznymi dziecka.

By ułatwić czytelnikowi wykorzystanie tych badań w praktyce, w kolejnej części artykułu przedstawiono czynniki ryzyka niższego poziomu rozwoju funkcji refleksyjnej u rodziców, takich jak choroba psychiczna, pozabezpieczny styl przywiązania i doświadczenie traumy relacyjnej, oraz omówiono przebadane programy profilaktyczno-terapeutyczne nastawione na rozwój tych kompetencji.

Tak jak wspomniano, niska funkcja refleksyjna może być obserwowana u rodziców czy opiekunów cierpiących na choroby psychiczne. Trudności takie występują u osób z zaburzeniami z kręgu autyzmu (Brent, Holt, Keshavan, Seidman, Fonagy, 2014; Kovacs, Teglas, Endress, 2010), psychotycznymi, osobowości (Bateman, Fonagy 2004, 2008) oraz odżywiania (Skårderud 2007a, 2007b), a także depresją.

Wcześniej wspomniano znaczenie urazu przeżytego przez rodziców. Według badań deficyty w mentalizowaniu traumy odgrywają istotną rolę już w okresie adaptacji do macierzyństwa: brak możliwości myślenia o przeżytym urazie związany jest m.in. z mniejszym zaangażowaniem przyszłej matki w ciążę, mniej pozytywnymi uczuciami do dziecka, niższym zaangażowaniem w macierzyństwo i relację z partnerem (Ensink i in., 2014).

Rodzice, którzy sami byli ofiarami zaniedbania lub wykorzystania, mogą, lecz nie muszą, doświadczać trudności w rozumieniu stanów psychicznych własnych dzieci – znaczenie może mieć ich styl przywiązania. Doświadczenie wczesnego zaniedbania lub przemocy może zakłócać rozwój funkcji refleksyjnej rodzica, ale też rozwój przywiązania. Nowe, opublikowane w 2015 r., badania wskazują, że u matek, które doświadczyły zaniedbania lub wykorzystania, obserwuje się wysoką, 70%, zgodność stylu przywiązania u dzieci i matek. Większość dzieci jest przywiązana lękowo (83%), a prawie połowa z nich w sposób zdeorganizowany (Berthelot i in., 2015). Wczesne doświadczenia zaniedbania i przemocy u rodzica nie zawsze są jednak związane z rozwojem lękowego przywiązania u dziecka lub psychopatologii u rodzica (Ensink i in. 2014; Stovall-McClough, Cloitre, 2006) – pokazuje to również cytowane badanie Berthelot, gdzie 17% dzieci mam, które same przeżyły zaniedbanie i wykorzystanie, ma jednak przywiązanie ufne.

Badania pokazują, że funkcja refleksyjna, styl przywiązania rodzica i jego emocjonalna dostępność (Fonagy, Gergely, Target, 2007; Fonagy, Luyten, Strathearn, 2011) są terminami powiązanymi, ale łącząca je korelacja nie jest zbyt silna. Styl przywiązania jest związany z wyższymi kompetencjami mentalizowania, ale rodzice z ufnym stylem przywiązania oraz dostępni emocjonalnie nie zawsze i niekoniecznie mają wysoki poziom funkcji refleksyjnej. Ich poziom funkcjonowania pod względem refleksyjności jest zróżnicowany (Sharp, Fonagy 2008). Rodzice z lękowym stylem przywiązania przeważnie doświadczają trudności/deficytów w obszarze funkcji refleksyjnej. Istotnych klinicznie wniosków – być może wyjaśniających tę prawidłowość – dostarczają badania neurobiologiczne nad różnicami w reakcji matek na sygnały wysyłane przez dzieci w zależności od stylu przywiązania. Pokazują to prace zespołu Strathearn, w których badano przywiązanie u matek przed porodem (Strathearn, Li, Fonagy, Montague, 2008). Matki z ufnym stylem przywiązania, widząc zdjęcie uśmiechniętego lub płaczącego dziecka swojego lub cudzego, aktywizują obszary mózgu związane z nagrodą (Strathearn i in. 2008; Strathearn, Fonagy, Amico, Montague, 2009). Podczas zabawy z dzieckiem obserwuje się u nich wzrost obwodowego stężenia oksytocyny, który jest dodatnio związany z aktywnością mózgu podczas oglądania zdjęć dziecka. U matek z lękowo-unikającym stylem przywiązania obserwuje się mniejszą aktywizację w obszarach mózgu związanych z nagrodą podczas oglądania zdjęć. U tych matek podczas oglądania smutnej twarzy dziecka (czego nie obserwuje się u ufnie przywiązanych matek) zwiększą się aktywność wyspy, struktury anatomicznej mózgu należącej do kresomózgowia. Jej aktywność związana jest z przetwarzaniem uczuć powiązanych z niechęcią, poczuciem niesprawiedliwości i bólu. Dla tych matek interakcje z dzieckiem są nie tylko nienagradzające, ale obciążające – trudno jest im regulować negatywne uczucia, które wzbudza w nich negatywny nastrój dziecka. Może to tłumaczyć występujące w tej grupie rodziców zakłócenia myślenia o części stanów psychicznych zarówno własnych, jak i dziecka.

PRZEDMENTALIZACYJNE TRYBY FUNKCJONOWANIA – GŁÓWNE ZAKŁÓCENIA RODZIELSKIEGO MENTALIZOWANIA

Klinicyści i badacze wyróżniają trzy główne tryby przedmentalizacyjnego funkcjonowania (Leckman, Mayes, 2007; Sadler, Slade, Mayes, 2006; Suchman i in., 2011):

1. brak zainteresowania i ciekawości przeżyciami dziecka;
2. nadmierną pewność odnośnie do stanów wewnętrznych dziecka, co w niektórych przypadkach prowadzi do hipermentalizacji (np. „zawsze wiem, czego moje

dziecko chce”). Jest to przekonanie rodzica, że absolutnie i bezdyskusyjnie wie, co się dzieje z dzieckiem, czego ono chce i co czuje. Może to być przeżywane jako intruzywne lub kontrolujące;

3. hipomentalizację, czyli niepostrzegania dziecka jako mającego uczucia i własny świat wewnętrzny, co może przejawiać się sformułowaniami: „Moje dziecko nic nie myśli, jest za małe, żeby myśleć i czuć” lub „Jak zareagował na informacje o adopcji? A wie pani, chyba się ucieszył nawet. Był u nas inny chłopiec, który jest adoptowany, i potem Krzyś mówił, że chce być adoptowany też. I ja mu wtedy powiedziałam – A wiesz, ty jesteś adoptowany. Tak to jakoś się złożyło dobrze”. W stanie hipomentalizowania wypowiedzi dotyczące dziecka są bardzo konkretne, często odnoszące się do stanów fizycznych, pomijające całkowicie aspekt emocjonalny.

Można powiedzieć, że w obu tych trybach – hiper- i hipomentalizacji – nie ma miejsca dla dziecka, a rodzic kieruje się głównie swoimi potrzebami, uczuciami czy intencjami.

Myśląc o funkcjonowaniu rodzica i oferowaniu mu pomocy czy wsparcia, warto nie tylko określić rodzaj kłopotu z rodzicielskim mentalizowaniem, ale też wiedzieć, że rodzicielska funkcja refleksyjna jest dwukierunkowa – jest wynikiem interakcji rodzica i dziecka. Ten sam rodzic może różnić się poziomami mentalizowania w relacji z każdym ze swoich dzieci, w zależności od ich temperamentu, historii, interakcji czy ewentualnej wczesnej traumy rodzica z funkcjonowaniem dziecka.

MENTALIZOWANIE ZAKORZENIONE W CIELE

Mentalizowanie to jednak nie tylko myślenie i kierowana do dziecka narracja lub dialog. Są to także reakcje prewerbalne – wzorce ruchowe całego ciała, które również przekazują informacje o stanach psychicznych (Shai, Belsky, 2011). Slade (2005) zwróciła uwagę na ten aspekt mentalizacji, pisząc, że jest to zdolność będąca skumulowanym rezultatem do grupowania oraz reprezentowania powiązań między afektem, zachowaniem, ciałem i doświadczeniem. Zanim uczucia i wydarzenia zostaną werbalnie oraz symbolicznie reprezentowane niemowlęca wiedza interakcyjna jest zapisywana w rejestrze niewerbalnym. Shai i Belsky (2011) zakładają, że doświadczenie rodzicielskiej, cielesnej responsywności jest wehikułem, poprzez który wiedza relacyjna staje się somatycznie, cieleśnie zakorzeniona. Sposób, w jaki dziecko je i jest karmione, jak są rozpoznawane, regulowane i rozumiane stany stresu, lęku i pragnień, staje się częścią rozpoznawania siebie i innego, jest kodowane w rejestrze

proceduralnym, niewerbalnym. W pewien sposób zwrócił już na to uwagę Freud, pisząc, że ego ma naturę przede wszystkim cielesną (1923/1994). Według niego ego w ostatecznym rozrachunku powstaje w oparciu na doznaniach cielesnych, w znacznej mierze płynących z powierzchni ciała. Obserwacje te rozwijali kolejni autorzy zajmujący się psychoanalitycznymi teoriami rozwojowymi. Zdaniem np. Winnicotta (1970, 1992), kiedy gesty dziecka są w powtarzający się sposób ignorowane lub pozostają nieodzwierciedlone, rozwija ono tylko te części siebie, które są widziane przez matkę, co stanowi podstawę do rozwoju fałszywego self. Według Balinta (1987), ale też współczesnego badacza traumy van der Kolka (2018), w przypadku przewlekłego stresu ciało przyjmuje rolę pojemnika na nieprzetworzone i niezintegrowane treści psychiczne. W Polsce badaniami nad cielesnością zajmuje się Schier (2009, 2010).

Jak pokazuje ten krótki przegląd, badacze i klinicyści już przed 100 latu dostrzegli rolę ciała. Prace Shai i Belsky'ego (2011), którzy wprowadzili pojęcie tzw. rodzicielskiej cielesnej mentalizacji (*parental embodied mentalizing*), umożliwiają wykorzystanie tej wiedzy na potrzeby badań: wprowadzają ilościową ocenę dostrojenia cielesnego w diadzie rodzic–dziecko oraz możliwość badania związków tej kompetencji rodziców z rozwojem dziecka.

Autorzy pojęcia zakładają, że rodzicielska cielesna mentalizacja determinuje zdolność rodzica do rozpoznawania, zaangażowania, regulowania lub ignorowania cielesnej ekspresji niepokoju, dyskomfortu, ale również chęci poznawania: ciekawości, eksploracji i radości u niemowlęcia. Rodzicielskie cielesne mentalizowanie zostało zdefiniowane jako:

- a) wnioskowanie i reagowanie na stany psychiczne małego dziecka, takie jak życzenia, pragnienia oraz preferencje na postawie jego ekspresji cielesnej;
- b) wzajemne dopasowanie wzorców ruchu rodziców i dziecka.

Koncepcję tę ilustruje opis przykładu z badania Shai i Belsky'ego: fragment interakcji matka–dziecko, nagrywanej podczas swobodnej zabawy:

Niemowlę leży na plecach, matka siedzi, patrząc na nie. Pochyla się w stronę dziecka i łaskocze brzuch dziecka, trzymając głowę i ciało bardzo blisko ciała dziecka, wkraczając w jego przestrzeń. Niemowlę uśmiecha się i gaworzy, matka powtarza sekwencje kilka razy, niemowlę wokalizuje.

Wydawałoby się, że to pozytywna interakcja, jednak badanie poszczególnych wzorców ruchu dostarcza innej perspektywy. Kiedy matka bardzo bliska nachyla się w stronę dziecka, podkurcza ono ręce i nogi, zbliżają się one do brzucha w pozycji

zamykającej, odcinając się od stymulacji. Gdy matka się odsuwa, dziecka próbuje się odwrócić od niej.

Rodzik z wysoko rozwiniętą tzw. rodzicielską cielesną mentalizacją zareagowałby na te drobne wzorce ruchu niemowlęcia i dostosował do nich swój ruch ciała, by np. dać dziecku więcej przestrzeni. Rodzik charakteryzujący się niską rodzicielską mentalizacją, jak matka w opisanym przykładzie, może w takiej sytuacji postępować odwrotnie i intensyfikuje stymulacje mimo sygnałów obronnych dziecka. Matka dostrzegła ucieczkowe zachowania dziecka i zareagowała na nie, ale w taki sposób, że przytrzymała rączki dziecka, przyciskając je do podłoża, co uniemożliwiało mu odsunięcie się.

Po minucie, dziecko kładzie ręce na brzuchu, chcąc zahamować stymulację – jest to rodzaj obronnej reakcji. Ciało sztywnieje, dziecko próbuje odwrócić się, mama kontynuuje łaskotanie. Dziecko 6-miesięczne wie, co jest oczekiwane w interakcji z rodzicem – mimo że jest dla niego obciążające czy mało komfortowe – i w odpowiedzi na zachowanie matki wokalizuje. (2011, s. 5)

To, że już tak małe dziecko przystosowuje się do funkcjonowania rodzica, może być zaskakujące. Podobne obserwacje opisują jednak inne zespoły badawcze. Na przykład w badaniu pod kierunkiem Beebe poddano analizie wzorce interakcyjne w diadzie niemowlę – chorująca na depresję matka (Beebe, Lachmann, Jaffe i in., 2012). Już w 4 miesiącu życia wzorce interakcyjne niemowląt depresyjnych matek różnią się od wzorców niemowląt, których matki są zdrowe. W diadach depresyjnych matek i ich niemowląt obserwuje się niższą niż u matek niedepresyjnych i ich dzieci koordynację wzorców patrzenia, a także wspólny wzorec wzrokowego wycofania. W takich diadach każdy partner interakcji patrzy na twarz drugiej osoby znacznie dłużej niż w diadach z grupy kontrolnej. Wzorec patrzenia przez niemowlęta depresyjnych matek określono jako czujny. Matki i niemowlęta są przez to mniej przewidywalnymi partnerami interakcji: patrzą na siebie dłużej, ale mniej się koordynują. Mimo obniżonej koordynacji patrzenia depresyjnej matki, w porównaniu z grupą kontrolną, zwiększały koordynację z afektem dziecka. Stawały się nadmiernie podekscytowane, gdy dzieci przejawiały pozytywny afekt, a nadmiernie rozczarowane, gdy dzieci były rozdrażnione lub miały negatywny nastrój. Niemowlęta matek depresyjnych cechowały się także podwyższoną spójnością koordynacji dotyku. Dzieci te chętniej dotykały matkę, gdy jej dotyk był serdeczny, a mniej chętnie – gdy stawał się mniej czuły, a bardziej intruzywny. Dzieci z grupy kontrolnej nie koordynowały w ten sposób swoich wzorców dotyku, dotykały matkę niezależnie od jej afektu. Podwyższanie afektywnej i dotykowej koordynacji przez

dzieci w odpowiedzi na stany matki wskazuje na ich interpersonalną czujność. Te wzorce interakcyjne pokazują, że dziecko już w 4 m.ż. nie może swobodnie „korzystać” z obecności opiekuna, lecz dostosowuje swój afekt oraz zachowania do afektu i zachowań matki. Przytoczone wyniki pokazują również sposób, w jaki depresja matki zakłóca oczekiwane interakcyjne dziecko oraz tworzy sytuację, w której dziecko staje się nadmiernie czujne na sygnały wysyłane przez drugą osobę. Wyniki te pokazują, że depresja i związane z nią hipomenatalizowanie może przejawiać się na poziomie ciała, w mniejszym dostrojeniu do potrzeb dziecka oraz reakcje dziecka na ten stan rodzica.

Niemowlę poprzez swoje ciało odczuwa, jak uważny oraz responsywny jest rodzic wobec jego emocjonalnych i somatycznych odczuć oraz na ile może je regulować. Te wczesne interakcyjne, niewerbalne doświadczenia relacyjne i wspólne tworzenie znaczeń (Tronick, 1989) są znaczenie wcześniejsze niż przywiązanie badane ok. 12 m.ż. – stanowią raczej bazę dla jego rozwoju. Opisane badania wskazują na znaczenie zachodzących z momentu na moment, niewerbalnych i wzajemnych interakcji między rodzicem a dzieckiem, które wpływają na pojawienie się u dziecka znaczącego poczucia siebie, poczucia siebie w relacji z innymi – włączając w to kształtowane się przywiązania, rozwój poczucia sprawczości, samoskuteczności oraz samoregulacji.

WNIOSKI DLA PRAKTYKI KLINICZNEJ

Badania ewaluacyjne projektów klinicznych zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych potwierdzają, że najlepszym czasem dla wsparcia i profilaktyki jest wczesny okres życia. Okresy okołoporodowy i wczesnego dzieciństwa to czas bardzo intensywnych zmian w życiu rodziców małych dzieci. To również moment, gdy zaangażowanie rodziców jest szczególnie silnie. Dodatkowo z interwencji w tym czasie korzysta nie tylko pierwsze dziecko, ale również kolejne dzieci w rodzinie. Wczesna interwencja skutecznie zapobiega problemom w interakcjach rodzic–dziecko szczególnie wtedy, gdy zbiega się w czasie z narodzinami pierwszego dziecka w rodzinie (Olds, Sadler, Kitzman, 2007).

Dla populacji obciążonych swoistymi czynnikami ryzyka i mających odmienne trudności potrzeby opracowano różne rodzaje interwencji. Ich cel jest jednak wspólny – rozwijanie zdolności do myślenia refleksyjnego, ciekawości wobec przeżyć dziecka oraz obniżanie ryzyka transgeneracyjnego przekazu traumy i psychopatologii.

Przykładowe programy wspierające rozwój rodzicielskiej funkcji refleksyjnej, których skuteczność została zbadana oraz potwierdzona i które powstały na bazie

badania dotyczących funkcji refleksyjnej, to *Parents First*, *Mothering from the Inside Out* oraz *Minding the Baby*. Zostaną one omówione poniżej.

1. *Parents First* (Kalland, Fagerlund, von Koskull, Pajulo, 2016) to program profilaktyczny dla rodziców niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym. Powstał w *Yale Child Study Center* w Stanach Zjednoczonych, a obecnie jest – z różnymi modyfikacjami – realizowany w kilku państwach na świecie. Jego podstawą jest 12 spotkań grupowych mających na celu wspieranie funkcji refleksyjnej. Dzieci w tym czasie przebywają na zorganizowanych zajęciach, co ma umożliwić rodzicom udział w programie. W Finlandii projekt ten jest wdrażany w całym kraju oraz zintegrowany z systemem opieki zdrowotnej i społecznej, a w spotkaniach grupowych uczestniczą również dzieci. Program skierowany jest do rodziców z małym dzieckiem, w których rodzinie nie stwierdza się żadnych widocznych czynników ryzyka, a jego celem jest wspieranie kompetencji rodzicielskich, zapobieganie transmisji negatywnych wzorców międzypokoleniowych i wspieranie emocjonalnej odporności, pełniącej funkcję ochronną w sytuacji wystąpienia przyszłych trudności. Sesje grupowe odbywają się co dwa tygodnie i kończą się, gdy dziecko jest w wieku około 10 miesięcy. Fiński model bazuje na podejściu triadycznym – autorom programu zależy na obecności niemowlęcia i obojga rodziców. Założono, że słuchanie o tym, jak partner/partnerka opowiada o doświadczeniach w relacji z dzieckiem, pogłębi rozumienie perspektywy każdego z rodziców i ich wewnętrznych stanów psychicznych. W niektórych realizowanych pilotażowo grupach prowadzący obserwowali np. rodzaj rywalizacji o dziecko między rodzicami. W miarę trwania programu obserwowano jednak rozwój postaw charakteryzujących się większym respektem oraz ciekawością odmiennych poglądów i perspektywy drugiego rodzica. Rodzice wraz z czasem uczestnictwa w grupie częściej mówili o sobie jako o rodzinie niż jako o diadach „ja i dziecko” i „ty i dziecko”. Z innej strony, autorzy zaobserwowali również większe docenianie indywidualności każdego z członków rodziny. W ocenie zespołu triadyczna praca nad kompetencjami związanymi z mentalizowaniem jest korzystniejsza dla bezpiecznych relacji w rodzinie niż sama praca diadyczna. W trakcie realizacji programu pilotażowego autorzy zmodyfikowali niektóre z jego założeń. Według wstępnego planu spotkanie miały zaczynać się elementem edukacyjnym, jednak rodzice reagowali na to niechętnie. Znacznie bardziej pomocne okazały się zadawane przez lidera grupy pytania zachęcające do mentalizowania: motywujące rodziców do głębszego rozumienia zachowań zarówno dziecka, jak i siebie jako rodziców. Według uczestników udział w programie zwiększył ich ciekawość indywidualności dziecka. Dwutygodniowy czas między spotkaniami,

co było modyfikacją programu amerykańskiego, był postrzegany jako istotny ze względu na możliwość rozwinięcia refleksji, obserwacji i omówienia zmian zachodzących w rozwoju dziecka.

2. Program *Minding the Baby* (MTB) jest przeznaczony dla rodzin z grup ryzyka relacji rodzic–dziecko, głównie nastoletnich matek. Obejmuje cotygodniowe (od okresu ciąży do ukończenia przez dziecko 2 lat) wizyty domowe pielęgniarek i pracowników socjalnych, mających regularne, cotygodniowe superwizje. Celem programu jest promowanie m.in. zdrowego stylu życia, profilaktyka zdrowia psychicznego i wspieranie ufnych relacji przywiązaniowych w rodzinach. Podczas wizyt domowych pielęgniarki i pracownicy socjalni dążą do zwiększenia zaangażowania matki w relację z dzieckiem, rozwoju jej funkcji refleksyjnej oraz pomagają w zarządzaniu sytuacjami kryzysowymi. Ważnym elementem zarówno wstępnej diagnozy sytuacji rodzinnej, jak i ukierunkowywania oddziaływań jest ocena funkcji refleksyjnej matki, czyli jej możliwości do postrzegania zachowań dziecka w kategoriach doświadczenia wewnętrznego. Wypowiedzi matek typu „wściekł się w sklepie, bo był zmęczony i sfrustrowany”, „płacze, bo chce iść na dwór” – wskazują na postrzeganie dziecka w kategoriach psychologicznych. Niska funkcja refleksyjna może przejawiać się całkowitym brakiem zainteresowania przeżyciami dziecka np. na pytanie: „Jak dziecko reaguje na rozstanie z panią?”, matka odpowiada: „Nijak”, lub zaprzecza jego uczuciom (np. „Budzi się w nocy i krzyczy, krzyczy, ale przecież nic jej się nie dzieje”). W sytuacji rozpoznania niskiego funkcjonowania refleksyjnego pielęgniarki i pracownicy socjalni realizujący wizyty domowe starają się „dawać niemowlęciu głos” – mówią do matki w imieniu dziecka, promują mentalizację, dążąc do poszerzenia możliwości rodzica do dostrzegania pragnień, uczuć dziecka leżących u podstaw jego obserwowanego zachowania.

Program jest realizowany od 2002 r. W porównaniu z grupą kontrolną u objętych programem nastolatek zaobserwowano większy odsetek dzieci przywiązanych ufnie, mniej zdezorganizowanego stylu przywiązania, więcej szczepień w terminie, a także mniejszy odsetek matek korzystających z serwisów związanych z ochroną dziecka. Półtora procenta matek w grupie eksperymentalnej zaszło w kolejną ciążę w pierwszych dwóch latach od narodzin dziecka w porównaniu z 15% w grupie kontrolnej. Ponadto mniej matek dzieci w wieku 3–5 lat określało swoje dzieci jako mające kłopoty z zachowaniem (Slade, 2005; Slade, Slade, Close i in., 2013).

3. *Mothering from the Inside Out* to opracowany przez zespół Suchman (Suchman, 2016; Suchman, DeCoste, Ordway, Bers, 2010) program skierowany do matek

z grupy ryzyka: korzystających z terapii uzależnień oraz leczących się w poradniach zdrowia psychicznego. Program kładzie nacisk na rozwój zdolności matek do myślenia o stanach mentalnych własnych i dziecka. Ma to na celu umożliwienie matce rozumienie zachowania dziecka, bardziej wrażliwe reagowanie na jego potrzeby i dostarczanie mu emocjonalnego wsparcia. Wspiera rozwój rodzicielskiej funkcji refleksyjnej w jej dwóch podstawowych wymiarach:

- a) koncentracji na rodzicu – związanej z jego możliwościami rozpoznawania własnych emocji i ich wpływu na dziecko;
- b) koncentracji na dziecku – związanej z możliwościami rodzica do rozpoznawania emocji dziecka i ich wpływu na rodzica.

Program ten – w przypadku uzależnionych matek – jest uzupełnieniem podstawowego programu leczenia uzależnień. W przypadku matek leczących się psychiatrycznie jest uzupełnieniem głównego sposobu leczenia. Podczas dwunastu indywidualnych sesji matka uczy się nadawać sens zachowaniom i emocjonalnym doświadczeniom zarówno własnym, jak i dziecka, co zmniejsza ryzyko odreagowań związanych m.in. z rozregulowanym układem nagrody i brakiem wzmocnień w kontakcie z dzieckiem. Podczas sesji terapeuta zachęca aktywnie matkę do badania jej sposobu myślenia o sobie oraz o innych, w tym o dziecku. Ułatwia to identyfikowanie uczuć czy nadawanie im osobistych znaczeń oraz ewentualnych związanych z nimi zniekształceń. Przykładem takiego „zatrzymania”, w celu opracowania emocjonalnego znaczenia danego wydarzenia, jest np. pytanie terapeuty: „Co dla pani znaczyło, gdy partner odmówił pomocy w opiece nad dziećmi?”, „...gdy teściowa skrytykowała sposób, w jaki karmi pani dziecko?”, „...gdy miała pani wrażenie, że pracownik socjalny ocenia panią krytycznie?”. Kolejnym krokiem jest łączenie emocji z zachowaniem: „Czy myśli pani, że złość odczuwana na partnera mogła wpłynąć na to, że pokłóciła się pani z koleżanką z pracy / nakrzyczała na dziecko?” itd.

Celem terapeuty jest również zidentyfikowanie momentu załamania się zdolności matki do myślenia o własnych stanach psychicznych i pomoc jej w przywróceniu tej kompetencji. Momenty te mogą charakteryzować się nagłym brakiem koherencji wypowiedzi, zmianą tematu, przedłużającą się ciszą lub wyczuwaną przez terapeutę wrogością. Obecnie realizowane są również grupowe spotkania dla rodziców zastępczych – program *Family Minds* (Adkins, Luyten, Fonagy, 2018), prowadzone są także badania zarówno nad rozwojem metod, jak i implikacji klinicznych pojęcia *mentalizacji zakorzenionej w ciele*.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, badania i praktyka kliniczna pokazują, że zarówno zdolność rodzica do myślenia o własnych przeżyciach i świecie wewnętrznym dziecka, jak i zdolność do cielesnego dostrojenia do niewerbalnych komunikatów wysyłanych przez dziecko są jednymi z kluczowych kompetencji rodzicielstwa.

Poczucie posiadania i myślenia o swoim ciele, a następnie o stanach wewnętrznych nie jest kompetencją kształtującą się samodzielnie – potrzebujemy do tego wrażliwego i responsywnego innego. Wydaje się, że oddziaływania mające na celu wspierania kompetencji „drugiego” – głównego opiekuna dziecka – w dostrajaniu się do niego, ale też odstrajaniu się od niego, by rozwinąć „dorosłe myślenie” – wprowadzić reguły czy myśleć o tym, co przeżywa dziecko mogą być kluczowym elementem pracy terapeuty z rodzicami. Dla psychologów i terapeutów pracujących z dziećmi zarówno narracja rodzica, jak i – np. w przypadku terapii rodzic–dziecko – obserwacja swobodnej zabawy oraz cielesnego dostrojenia w relacji rodzic–dziecko dają możliwość stawiania hipotez i wnioskowania o kompetencjach rodzica z możliwością mentalizowania oraz opracowywania pomocy.

W pracy klinicznej styl przywiązania jest stosunkowo trudny do zmiany. Ograniczone w czasie oddziaływania grupowe i terapia krótkoterminowa są natomiast związane ze wzrostem funkcji refleksyjnej rodzica.

Przedstawiony przegląd badań i realizowanych programów pozwala na sformułowanie kilku wniosków:

1. Okresy okołoporodowy i wczesnego dzieciństwa są szczególnie istotne dla wspierania rozwoju relacji rodzic–dziecko. Wspieranie tej relacji oraz kompetencji rodzicielskich w tym wczesnym okresie rozwoju rodziny wydaje się istotnym czynnikiem ochronnym w zapobieganiu krzywdzeniu dzieci i młodzieży.
2. Niezależnie od sposobu pracy (podejścia teoretyczno-klinicznego, pracy z dziećmi, pracy z rodzicami czy systemowego) warto mieć na uwadze sposób narracji rodzica zarówno o świecie wewnętrznym dziecka, jak i doświadczeniu własnym rodzica.
3. W pracy z dzieckiem ważne jest niepomijanie aspektów cielesnego dostrojenia, szczególnie w przypadku niemowląt i młodszych dzieci: jest to obszar stosunkowo mało zbadany, jednak badania pokazują, że to wczesne dostrojenie związane jest z jakością przywiązania badanego w 12 m.ż.
4. Wiele krajów finansuje interwencje wspierające zdolności do rodzicielskiej funkcji refleksyjnej: ich oddziaływanie profilaktyczne jest udowodnione, co może

zachęcać psychologów i terapeutów do wprowadzania tego typu interwencji do swojej praktyki.

E-mail autorki: psymcd@ug.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Adkins, T., Luyten, P., Fonagy, P. (2018). Development and preliminary evaluation of family minds: a mentalization-based psychoeducation program for foster parents. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2519–2532.
- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Balint, E. (1987). Memory and consciousness. *The International Journal of Psychoanalysis*, 68(4), 475–483.
- Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J. i in. (2012). Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother–infant interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 29(4), 383–407. DOI: 10.1037/a0029387.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200–212. DOI: 10.1002/imhj.21499.
- Brent, B. K, Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L., Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Israel Journal of Psychiatry*, 51(1), 17–24.
- Dejko, K., Janusz, B., Treger, B. (2016). Charakterystyka wzorców mentalizacyjnych u rodziców dzieci z trudnościami w realizowaniu zadań rozwojowych okresu latencji – wyniki analizy jakościowej. *Psychiatria Polska*, 50(3), 597–606. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/38904>.
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, N., Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–12.
- Ensink, K., Mayes, L. (2010). The development of mentalisation in children from a theory of mind perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 301–337. DOI: 10.1080/07351690903206504.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Londyn: Karnac.

- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. DOI:10.1017/S0954579497001399.
- Fraiberg, S., Andelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 3, 387–421.
- Kalland, M., Fagerlund, A., von Koskull, M, Pajulo, M. (2016). Families First: the development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. *Primary Health Care*, 7(1), 3–17. DOI: 10.1017/S146342361500016X.
- van der Kolk, B. A. (2018). *Strach ucieleśniony: Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Czarna Owca.
- Kovacs, A. Teglas, E., Endress, A. D. (2010). The social sense: susceptibility to others' beliefs in human infants and adults. *Science*, 24, 330(6012), 1830–1834. DOI: 10.1126/science.1190792.
- Leckman, J., Mayes, L. (2007). Nurturing resilient children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(3/4), 221–223. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01743.x.
- Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P., Harris, W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 6, 504–520.
- Olds, D. L., Sadler, L., Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 355–391.
- Schier, K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Schier, K. (red.). (2009). *Zapisać w ciele. Związek ciało – psychika u dzieci i rodziców*. Warszawa: Wydawnictwo EMU. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Shai, D. Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspective*, 5(3), 173–180. DOI: 10.1111/j.1750-8606.2011.00181.x.
- Sharp, C., Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17, 737–754.
- Skårderud, F. (2007a). Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa – an interview study. *European Eating Disorder Review*, 15(3), 163–174.

- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words, Part II: the embodied mind and reflective function in anorexia nervosa—theory. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 243–282. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.778>.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269–281. DOI: 10.1080/14616730500245906.
- Strathearn, L., Li, J., Fonagy, P., Montague, P. R. (2008). What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. *Pediatrics*, 122(1), 40–51. DOI: 10.1542/peds.2007-1566.
- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., Montague P. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 34(13), 2655–2666. DOI: 10.1038/npp.2009.103.
- Stovall-McClough, K. C., Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 219–228.
- Suchman, N. E. (2016). Mothering from the Inside Out: A mentalization-based therapy for mothers in treatment for drug addiction. *International Journal Of Birth And Parent Education*, 3, 19–24.
- Target, M., Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459–479.
- Winnicott, D. W. (1992). Mind and its relation to the psyche-soma. W: D. W. Winnicott (red.), *Through pediatrics to psycho-analysis*. Londyn – Nowy Jork, NY: Bruner - Routledge.
- Winnicott, D. W. (1970). On the basis of the self in body. W: C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis (red.), *Psychoanalytic explorations* (s. 261–283). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sadler, L. S., Slade, A., Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. W: J. G. Allen, P. Fonagy (red.), *The handbook of mentalization-based treatment* (s. 271–288). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, 12(6), 567–585.
- Tronick, E. Z., Cohn, J. E. (1989). Infant–mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85–92.

PROTECTIVE FUNCTION OF PARENTAL MENTALIZATION

The term parental reflexive function or parental mentalization means the parent's competence to take into account the thoughts, feelings and needs of the child's observed behaviour. New research focuses not only on what parents say to the child, but also on the importance of bodily tuning between parents and the child – this competence was defined as mentalization rooted in the body. Both types of mentalization are related to the subsequent development of the child: executive functions, attachment style, cognitive and social development of the child. The aim of the article is to present research on the importance of a parent's reflexive function for the child's development, to discuss the most frequent disturbances observed during clinical work, the importance of so-called rooted in the body of parent mentalization and ways to support the development of these competences. Importantly, research shows that even short-term interactions, both group and individual, supporting reflexive functions are relatively effective. The quantitative studies presented in the article are illustrated both with clinical material and examples of programs that support the reflexive function of parents and thus strengthen mechanisms related to mental immunity, such as Parents First Program – national reflection support program implemented in Finland, Minding the Baby and Mothering from Inside Out.

KEYWORDS:

MENTALIZATION, REFLECTIVE FUNCTION, INTERGENERATIONAL TRANSMISSION, PREVENTION OF ABUSE

Cytowanie:

Chrzan-Dętkoś, M. (2018). Chroniąca funkcja rodzicielskiej mentalizacji. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(4), 9–27.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.