

AMANDA BŁASZCZAK

ORCID: 0000-0003-4749-1436

Amanda_b1@wp.pl

*Terapia oparta na mentalizacji (MBT) jako metoda wsparcia
młodzieży z zaburzeniami osobowości borderline
oraz ich rodzin*

Mentalization-Based Therapy (MBT) as a Method of Supporting Adolescents with Borderline
Personality Disorders and Their Families

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Błaszczak, A. (2025). Terapia oparta na mentalizacji (MBT) jako metoda wsparcia młodzieży z zaburzeniami osobowości borderline oraz ich rodzin. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 38(1), 117–129. DOI: 10.17951/j.2025.38.117-129.

ABSTRAKT

Celem artykułu jest próba zaprezentowania zaburzenia osobowości borderline, a także ukazanie praktycznego wykorzystania wybranych programów wsparcia, które są związane z terapią opartą na mentalizacji (MBT). W pracy posłużono się metodą przeglądu literatury oraz wykorzystano bazy danych: PubMed, Google Scholar, ResearchGate. Poszukując materiałów badawczych, stosowano słowa kluczowe: borderline, młodzież, rodzina, terapia MBT, zaburzenia osobowości. Obecnie występowanie zaburzenia osobowości borderline staje się coraz bardziej powszechne nie tylko u osób dorosłych, ale również u młodzieży. Jest to ważny temat, ponieważ coraz więcej młodych ludzi cierpi na problemy w sferze psychicznej. W opracowaniu zwrócono uwagę na to, czym są zaburzenia osobowości. Następnie scharakteryzowano zaburzenie osobowości borderline z uwzględnieniem jego genezy i rozpowszechnienia. Kolejnym aspektem było przybliżenie zagadnienia związanego z terapią opartą na mentalizacji (MBT). Mając na uwadze specyfikę problemu, wskazano również potencjalne działania profilaktyczne. W trakcie analizy problemu odniesiono się do różnych metaanaliz badawczych w omawianym zakresie. Szczególną uwagę zwrócono na przykładowe programy wsparcia, które były związane z terapią opartą na mentalizacji (MBT) dla młodzieży i rodzin z borderline. Ich zastosowanie przyczyniło się do poprawy funkcjonowania oraz czerpania większej satysfakcji życiowej.

Słowa kluczowe: borderline; młodzież; rodzina; terapia MBT; zaburzenia osobowości

WPROWADZENIE

Umiejętność prawidłowego odczytywania oraz interpretowania własnych stanów mentalnych bądź innych osób stanowi podstawę funkcjonowania jednostki w świecie. Jest to niezbędne zarówno dla rozumienia różnych zjawisk społecznych oraz budowania, jak i utrzymywania głębokich relacji interpersonalnych. Tworzenie więzi stanowi fundament, który jest kluczowy, ponieważ umożliwia zaspokajanie potrzeb, osiąganie wyznaczonych celów. Nieprawidłowe kształtowanie się struktury osobowości w wieku rozwojowym wpływa w destrukcyjny sposób na funkcjonowanie młodego człowieka, ponieważ może opóźnić lub uniemożliwić mu dojrzałą egzystencję w dorosłości. Współcześnie jednym z coraz częściej występujących zaburzeń osobowości u młodzieży jest zaburzenie borderline. Jego istnienie generuje wiele różnych problemów. Manifestują się one nie tylko w postaci odczuwania ogromnego cierpienia, ale i realnego zagrożenia życia. Prymarną rolę odgrywa stworzenie bezpiecznego środowiska oraz odpowiednio dostosowana interwencja terapeutyczna. Badania dowodzą, że terapia oparta na mentalizacji (MBT) zalicza się do jednej ze skutecznych form leczenia zaburzeń osobowości borderline. Należy wspomnieć, że dysfunkcje w sferze psychicznej często negatywnie rzutują na inne obszary życia jednostki, dlatego ważną rolę odgrywają wszelkie działania, które mogą zapewnić młodym ludziom oraz ich najbliższemu środowisku radzenie sobie z wyzwaniami codziennego życia.

CZYM SĄ ZABURZENIA OSOBOWOŚCI?

W toku rozwoju u każdego człowieka kształtuje się osobowość. Była ona przedmiotem dyskusji od czasów starożytnych aż po współczesność. Hipokrates próbował wyjaśnić ją za pomocą określonych typów osobowości (melancholijnego, cholerycznego, flegmatycznego, sangwinicznego). Sigmund Freud ujmował koncepcję ludzkiej psychiki w trzech wymiarach: Ego, Id i Superego. Pierwszą osobą, która stworzyła pojęcie osobowości, był badacz Hans Eysenck (Perrotta, 2024, s. 147). Według niego osobowość rozwija się u jednostki poprzez współdziałanie inteligencji, charakteru, temperamentu i budowy ciała. Dokonał on także jej podziału na ekstrawersję–introwersję, neurotyczność–równowagę emocjonalną, psychotyzm–społeczniczenie. Z kolei amerykańscy psychologowie Paul Costa i Robert McCrae stworzyli pięcioczynnikowy model osobowości człowieka. Do tzw. wielkiej piątki należą: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność (Perrotta, 2024). Na podstawie powyższych założeń powstał integracyjny model psychodynamiczny, który ukazuje osobowość człowieka jako zorganizowany, stabilny i trwały zespół określonych cech. Składa się ona z części strukturalnej, gdzie znajdują się głębokie i nieuświadomione cechy jednostki, natomiast część funkcjonalna powoduje, że każdy człowiek jest

niepowtarzalną istotą, której uzdolnienia, postawy i predyspozycje są w ciągłej interakcji ze środowiskiem zewnętrznym (Perrotta, 2024). Istotną rolę odgrywają także procesy autorefleksji, samoregulacji, motywacji, ponieważ warunkują, osiąganie wyznaczonych celów i zaspokajanie potrzeb oraz umożliwiają radzenie sobie z różnymi życiowymi trudnościami (Perrotta, 2024, s. 148). Często destrukcyjne wpływy rodzinne, biologiczne, genetyczne bądź psychospołeczne skutkują wykształceniem się u jednostki zaburzeń osobowości (Cierpiałkowska, 2018).

Zaburzenia osobowości obejmują głębokie zmiany struktury charakteru i wzorców zachowań, które znacznie odbiegają od oczekiwań występujących w warunkach kulturowo-społecznych funkcjonowania człowieka. Wzorec nieprawidłowego zachowania występuje w okresie dzieciństwa, utrwała się w okresie adolescencji, a później utrzymuje w dorosłym życiu. Często zaburzeniom osobowości towarzyszą inne choroby psychiczne lub zespoły psychotyczne (Cierpiałkowska, 2018, s. 339–340). W procesie diagnozy istotny jest fakt, że schemat postępowania jednostki ma dominujący i nieelastyczny charakter. Przyczynia się to do odczuwania cierpienia, upośledzenia funkcjonowania, w tym nieumiejętności prawidłowego odczytywania czy wyrażania emocji, nawiązywania, podtrzymywania satysfakcjonujących relacji, słabej kontroli impulsów (Gawda, 2018, s. 216). W przypadku dzieci oraz młodzieży zniesiona została granica wiekowa, w której diagnozuje się zaburzenia osobowości. Dzięki temu możliwa jest wczesna i odpowiednio dostosowana interwencja terapeutyczna (Geiger i in., 2024). Należy jednak podkreślić, że istnieje konieczność opracowania specyficznych kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, ponieważ aktualnie diagnoza opiera się wyłącznie na kryteriach osób dorosłych (Lenkiewicz i in., 2015).

Badania przeprowadzone przez Johnsona i współpracowników oraz Westena wraz z zespołem wskazują na istnienie zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży na poziomie 6–17% (Lenkiewicz i in., 2015, s. 758). W populacjach osób dorosłych ich rozpowszechnienie wynosi 10–15% (Lenkiewicz i in., 2015). Z kolei badania Children in the Community, które zostały przeprowadzone na próbie osób w wieku od 9 do 28 lat, ujawniły, że cechy zaburzeń osobowości najsilniej uaktywniały się w okresie dojrzewania, natomiast zmniejszały się na etapie dorosłości (d’Huart i in., 2022, s. 2). Następnie badania, wykonane przez Chanena i współpracowników wśród młodzieży w wieku od 15 do 18 lat, wskazywały, że przez okres 2 lat zaburzenia osobowości utrzymywały się u nich na poziomie 74% (d’Huart i in., 2022, s. 3). Jednym z coraz bardziej powszechnych i wywołujących wiele cierpienia jest zaburzenie osobowości borderline.

ZABURZENIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE

Zaburzenie osobowości borderline zalicza się do poważnych zaburzeń psychicznych, którego objawy stają się widoczne w okresie dzieciństwa, a ich naj-

większe nasilenie następuje w późnym okresie dojrzewania. Częstość występowania zaburzenia osobowości borderline wynosi 1–3% w populacji ogólnej oraz do 50% w warunkach szpitalnych (Sharp, Fonagy, 2015). Jest ono związane z wieloma negatywnymi skutkami, np. wysokim ryzykiem popełnienia samobójstwa, przedwczesną śmiertelnością, obciążeniem psychicznym dla członków rodziny, czy ponoszeniem wysokich kosztów leczenia (Kaess i in., 2024).

Według klasyfikacji DSM-5 znaczącym kryterium diagnostycznym jest czas trwania objawów. Wynosi on rok i obejmuje występowanie co najmniej pięciu z nich, czyli nieumiejętności tworzenia stabilnych relacji międzyludzkich, a więc od idealizowania do dewaluacji drugiej osoby, zaburzenia tożsamości, impulsywności, zachowań samobójczych i samookaleczania się, chronicznego uczucia pustki, unikania wyobrazonego porzucenia przez innych, silnego gniewu, niestabilności reakcji emocjonalnych spowodowanych zmiennością nastroju w zależności od sytuacji, wyobrażeń paranoidalnych oraz objawów dysocjacyjnych związanych z odczuwaniem silnego stresu (Guilé i in., 2018, s. 199). Do najbardziej typowych objawów, które występują u młodych osób z zaburzeniem osobowości borderline, zalicza się impulsywność, nadużywanie substancji psychoaktywnych, podejmowanie prób samobójczych, wybuchy gniewu oraz samookaleczanie się (Aleva i in., 2023).

Często specjaliści zdrowia psychicznego nie chcą diagnozować u młodych osób zaburzenia osobowości borderline. W ich przekonaniu objawy tego zaburzenia odzwierciedlają normatywne procesy rozwojowe, a nie są patologią osobowości (Guilé i in., 2018). Badanie wykonane przez Laurensa oraz współpracowników ujawniło, że 40% holenderskich psychologów nie zdiagnozowałoby zaburzenia borderline u osób poniżej 18. roku życia (Chanen i in., 2020, s. 1). Można jednak zdiagnozować je u nastolatków w wieku 11 lat. Częstość jego występowania w ogólnej populacji młodzieży wynosi ok. 3%, natomiast u młodych osób ze skłonnościami samobójczymi zgłaszających się na oddział ratunkowy – 78% (Guilé i in., 2018, s. 199).

Geneza zaburzeń osobowości borderline może być uwarunkowana genetycznie, wynikać z zaburzeń równowagi neuroprzekaźników, doznania traumy wczesnodziecięcej, czy negatywnych relacji z rodzicami. W ujęciu neuronalnym u młodych osób z borderline uwidacznia się nadmierna aktywność ciała migdałowatego oraz hipokampa. Z kolei doświadczenie przez dziecko we wczesnym okresie życia przemocy emocjonalnej lub fizycznej zmienia procesy neuronalne i poznawcze w mózgu. W reakcji na stres dochodzi do zaburzenia mechanizmów epigenetycznych, które odpowiadają za ekspresję genów (Guilé i in., 2018, s. 200). Kolejnym istotnym aspektem jest środowisko rodzinne. Niska dostępność emocjonalna opiekuna, niestabilność w sferze relacji, brak poczucia bezpieczeństwa prowadzą do wytworzenia się zdeorganizowanego stylu przywiązania. W konsekwencji dziecko nie nabywa zdolności do budowania spójnego obrazu siebie, zaburzona zostaje zdolność procesu mentalizacji. Często nastolatek z borderline w kontaktach z inny-

mi osobami nie dostrzega granicy pomiędzy własnymi wyobrażeniami i emocjami a stanami uczuciowymi innych osób (Guilé i in., 2018).

Należy wspomnieć, że zaburzenia eksternalizacyjne, a więc zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia zachowania czy zespół opozycyjno-buntowniczy w dzieciństwie stanowią czynnik ryzyka rozwoju zaburzenia osobowości borderline we wczesnym okresie dojrzewania, natomiast zaburzenia depresyjne u młodzieży są czynnikiem prognostycznym pojawienia się zaburzenia borderline w dorosłym wieku (Guilé i in., 2018). Młodzi ludzie cierpią również na inne zaburzenia, które współwystępują z borderline. Są to: bezsenność, depresja, zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe (Guilé i in., 2018).

Istotną rolę odgrywa profilaktyka zaburzeń osobowości, w tym zaburzenia borderline. Podstawą interwencji profilaktycznych jest znajomość czynników ryzyka przyczyniających się do nieprawidłowego rozwoju społecznego i emocjonalnego młodzieży oraz wiedza na temat czynników chroniących przed zaburzeniem (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 279). W kontekście społecznym działania profilaktyczne powinny być ukierunkowane na wywołanie zmian w jednostce i jej środowisku. Młodzież z borderline przejawia trudności w budowaniu relacji, samoregulacji emocjonalnej, funkcjonowaniu poznawczym i społecznym, dlatego ważną grupę odniesienia stanowią dla nich rodzice (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 291–292). Obecność oraz aktywne zaangażowanie się opiekunów w życie ich dzieci dostarcza im nie tylko wsparcia emocjonalnego, lecz także umożliwia budowanie stabilnych więzi oraz poczucia bezpieczeństwa (Szega, 2024).

Według American Psychological Association (APA) oraz National Institute for Health and Care Excellence (NICE) główną rolę w leczeniu zaburzeń osobowości borderline odgrywa psychoterapia. Można również stosować farmakoterapię, jednak jest ona najczęściej kierowana wobec osób dorosłych z borderline (Popiel, 2011).

Terapia obejmuje dwa nurty psychoterapii, których skuteczność bazuje na empirycznej weryfikacji. Do nich zalicza się podejście poznawczo-behawioralne, czyli dialektyczną terapię poznawczo-behawioralną autorstwa Marshy Linehan, terapię schematów Jeffreya Younga i klasyczną terapię poznawczą. Kolejne jest podejście psychodynamiczne, a więc terapia skoncentrowana na przeniesieniu Ottona Kernberga oraz terapia oparta na mentalizacji (MBT) Anthony’ego Batemana i Petera Fonagy’ego (Popiel, 2011).

TERAPIA OPARTA NA MENTALIZACJI (MENTALIZATION BASED TREATMENT – MBT)

Mentalizacja jest to zdolność rozumienia siebie, a także innych na poziomie utajonym oraz jawnym, w kategoriach stanów subiektywnych i procesów umysło-

wych (Clarkin i in., 2013). Może przyjmować rozmaite wymiary, czyli wewnętrzną i zewnętrzną, następnie poznawczą i afektywną. Kolejne wymiary obejmują mentalizację utajoną i jawną oraz ukierunkowaną na jednostkę i jej środowisko (Clarkin i in., 2013).

Mentalizacja wewnętrzna jest ukierunkowana na własne stany wewnętrzne lub innych osób. Kolejna, czyli zewnętrzna, opiera się na cechach zewnętrznych, np. mimice i zachowaniu (Clarkin i in., 2013, s. 239). Mentalizacja poznawcza wiąże się z przekonaniami, rozumowaniem oraz zdolnością do przyjmowania punktu widzenia innych, natomiast mentalizacja afektywna wykorzystuje empatię emocjonalną, przeżywanie afektu oraz subiektywne doświadczenie „Ja” (Clarkin i in., 2013). Następną, czyli mentalizacja utajona, umożliwia szybkie tworzenie reprezentacji umysłowych na podstawie wcześniejszego doświadczenia. Jest to proces, który dokonuje się w sposób odruchowy, z niewielkim udziałem uwagi oraz poniżej poziomu świadomości. Mentalizacja jawna wymaga większego wysiłku, zaangażowania uwagi, jest wolniejsza, czasochłonna oraz dokonuje się na poziomie werbalnym (Clarkin i in., 2013, s. 236). Ostatnia z nich – mentalizacja ukierunkowana na jednostkę i jej środowisko – skłania do refleksji nad sobą oraz swoim otoczeniem (Clarkin i in., 2013). Osoby odznaczające się wysokim poziomem mentalizacji wykazują większą odporność psychiczną w obliczu trudnych sytuacji życiowych. Są bardziej kreatywne i tworzą satysfakcjonujące relacje interpersonalne (Bateman, Fonagy, 2013).

Terapia oparta na mentalizacji (Mentalization Based Treatment, MBT) autorstwa Jona Allena oraz Petera Fonagy’ego powstała w latach 90. XX wieku. Wywodzi się ona z teorii psychodynamicznych, koncepcji przywiązania oraz terapii poznawczej. Należy do najmniej pionierskiej formy terapii, ponieważ może być stosowana w wielu różnych modalnościach psychoterapeutycznych (Hajek Gross i in., 2024). Jest ona wysoce ustrukturyzowaną formą leczenia, gdzie łączy się terapię indywidualną i grupową oraz psychoedukację. Istotną rolę odgrywa również współpraca zespołów terapeutycznych (Kvarstein i in., 2019). Do celów terapii zalicza się stabilizację mentalizacji w kontekście relacji przywiązania, przywracanie trybu mentalizowania przez terapeutę, minimalizację ryzyka niekorzystnych skutków interwencji utrudniających mentalizowanie, umożliwienie jednostce odkrywania siebie poprzez konfrontację ze spójnym obrazem własnego umysłu w umyśle terapeuty (Allen i in., 2014, s. 247). W procesie terapii jedną z najważniejszych umiejętności jest utrzymanie postawy mentalizowania. Jej elementy obejmują dociekliwość, ciekawość, otwarty umysł, niepewność, dążenie do lepszego zrozumienia a, konsekwentne skupianie uwagi na umyśle, dostosowanie interwencji do kompetencji pacjenta w zakresie mentalizacji, poszukiwanie odmiennych perspektyw i autentyczność (Allen i in., 2014). Proces mentalizowania może zostać zablokowany na skutek zbyt długiego milczenia, bierności, pośpiesznego zgłębiania doświadczeń jednostki, przesadnej uważności na strukturze

i treści relacji, a nie na jej procesie, postrzeganiu terapeuty w roli eksperta (Allen i in., 2014, s. 242).

Terapia MBT składa się z trzech faz. Pierwsza, czyli faza początkowa, rozpoczyna się od przeprowadzenia wywiadu oraz oceny zdolności do mentalizacji. Jej zakończenie obejmuje sformułowanie przypadku, ustalenie celów terapeutycznych oraz wyjaśnienie wpływu terapii na pacjenta. W drugiej, a więc fazie środkowej, następuje wzmocnienie więzi z terapeutą oraz podtrzymanie stanu mentalizacji u jednostki. Trzecia faza końcowa opiera się na tworzeniu planu radzenia sobie z problemami, jeśli powrócą one w przyszłości (Boričević Maršanić i in., 2017, s. 53). Należy podkreślić, że terapia MBT opiera się na partnerstwie i wzajemnym zrozumieniu. Głównie umożliwia dostrzeżenie destrukcyjnych i powtarzalnych schematów niementalizującego zachowania jednostki oraz zastąpienie ich wzorcami postępowania, które ułatwiają rozumienie zarówno siebie, jak i innych (Boričević Maršanić i in., 2017).

Badania przeprowadzone przez Russouwa oraz Fonagy'ego wykazały skuteczność stosowania terapii MBT nie tylko w przypadku leczenia zaburzeń osobowości borderline, ale także ograniczenia występowania zaburzeń depresyjnych i samookaleczeń (Rossouw, Fonagy, 2012). Z kolei badania wykonane przez Skaruderuda ujawniły pozytywne rezultaty stosowania terapii MBT w przypadku zaburzeń odżywiania (Boričević Maršanić i in., 2017). Następnym istotnym aspektem, jest terapia skoncentrowana na mentalizacji przeznaczona dla młodzieży i rodziny.

Terapia skoncentrowana na mentalizacji dla młodzieży (*mentalization-based therapy for adolescents*, MBT–A) oraz rodziny (*mentalization-based therapy for family*, MBT–F), stanowi zmodyfikowaną wersję programu leczenia dla osób dorosłych. W postaci ambulatoryjnej terapia jest realizowana przez rok. Nastolatek odbywa jedną sesję w tygodniu, natomiast rodzina jedną lub dwie sesje w miesiącu (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 246). Na początku terapeuta dokonuje diagnozy i oceny stanu nastolatka i rodziny. Wykorzystuje do tego metody obserwacji i wywiadu, co pozwala ocenić zdolność nastolatka do mentalizacji, funkcje poznawcze, wykonawcze, umiejętność regulacji emocji w kontekście przywiązania oraz relacji rodzinnych (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023). Następnie w fazie wstępnej rodzinie zostaje przekazana diagnoza. Kolejnym etapem jest stworzenie kontraktu terapeutycznego i zaprezentowanie strategii radzenia sobie w obliczu kryzysu emocjonalnego. Działania służące odwróceniu uwagi nastolatka od zachowań destrukcyjnych obejmują m.in. aktywność fizyczną, rozmowę z bliską osobą, słuchanie muzyki, prowadzenie dziennika emocji (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 252). Kluczową rolę odgrywa psychoedukacja. Może przybierać postać dyskusji grupowej, psychodramy z odgrywaniem ról bądź oglądania filmów edukacyjnych (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023, s. 254). Faza środkowa terapii MBT–A ma na celu wzmocnienie mentalizacji u nastolatka i jego rodziny, rozpo-

znawania silnych emocji negatywnych oraz kontrolowania impulsów. Stosowane są również interwencje empatyczne (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023). W fazie końcowej opracowany zostaje plan radzenia sobie z problemami po zakończeniu terapii (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2023).

Terapia zaburzeń osobowości borderline ukierunkowana na mentalizowanie odbywa się w dwóch wariantach. Pierwszy obejmuje hospitalizację dzienną przez pięć dni w tygodniu, natomiast całkowity czas udziału w programie wynosi od 18 do 24 miesięcy. Terapia dzienna scala psychoterapię indywidualną i grupową ukierunkowaną na procesy niejawnej mentalizacji z formami terapii ekspresyjnej, w której wykorzystuje się sztukę i pisanie (Allen i in., 2014, s. 399). Drugim wariantem jest 18-miesięczny program intensywnej terapii w trybie ambulatoryjnym. Osoby biorące w nim udział są mniej chaotyczne, potrafią sprawniej sterować uwagą oraz lepiej regulują afekt (Allen i in., 2014, s. 401). Terapia przebiega w trzech fazach. Faza wstępna ma na celu postawienie diagnozy, psychoedukację, ustalenie celów terapeutycznych, stabilizowanie problemów społecznych i behawioralnych, wytyczenie planu interwencji kryzysowej. Następnie faza środkowa jest ukierunkowana na stymulację umiejętności mentalizowania, a w fazie końcowej następuje przygotowanie do zakończenia terapii (Allen i in., 2014).

Osoby z borderline stosują różne strategie utrudniające mentalizowanie. Hiperaktywacja sprawia, że w szybki i łatwy sposób idealizują oraz przywiązują się do swojego terapeuty, stają się nadmiernie ufni, mają również tendencję do przekraczania norm w kontaktach społecznych. W przypadku braku zaspokojenia potrzeb mogą stać się krytyczni, lekceważący i wroddzy. Kolejna, czyli strategia dezaktywacji, powoduje, że w obliczu silnego stresu osoby z borderline mogą dystansować się emocjonalnie. Innym przykładem jest stosowanie strategii mieszanych (Bateman, Fonagy, 2013). W pracy z osobami z borderline terapeuta powinien okazywać pokorę, cierpliwość, zadawać aktywne pytania oraz akceptować różne perspektywy (Bateman, Fonagy, 2013, s. 600). Istotne jest także okazywanie empatii, skupienie na afekcie, problematycznych zachowaniach oraz destrukcyjnych wzorcach relacji międzyludzkich (Allen, Fonagy, Bateman, 2014).

PRAKTYCZNE WYKORZYSTANIE TERAPII OPARTEJ NA MENTALIZACJI (MBT)

Według badań przeprowadzonych przez Bo oraz współpracowników uczestnictwo nastolatków z borderline w terapii MBT przyczyniło się do zmniejszenia występowania jego objawów. Należały do nich depresja, samookaleczanie się, nieprawidłowe relacje rodzinne i rówieśnicze (Bo i in., 2016, s. 399). Z kolei badanie wykonane przez Laurensena i współpracowników wykazało poprawę funkcjonowania społecznego, emocjonalnego oraz lepszej samokontroli (Feenstra i in., 2017). Pozytywne rezultaty terapii były widoczne również w leczeniu osób

uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz z antyspołecznym zaburzeniem osobowości (Bateman, Fonagy, 2013). Następnym aspektem, na jaki chce zwrócić uwagę, są przykładowe programy terapii MBT przeznaczone dla młodzieży z borderline oraz ich rodzin, których zastosowanie przyniosło pozytywne efekty.

Młodzież w wieku od 12 do 17 lat z borderline brała udział w programie Touchstone. Występowały u nich trudności w sferze emocjonalnej i społecznej. Obejmowały one impulsywność, zachowania autodestrukcyjne, rozproszoną tożsamość, niestabilne relacje rówieśnicze i rodzinne, dysregulację emocjonalną. Uczestnictwo w programie wykluczały niepełnosprawność intelektualna, wywieranie presji ze strony najbliższego środowiska, brak zaangażowania młodzieży i jej rodziny (Gilbey i in., 2023, s. 1305). Należy podkreślić, że potrzebna była zgoda rodziców na udział w programie (Gilbey i in., 2023). Odbывał się on przez 6 miesięcy trzy razy w tygodniu oraz bazował na terapii opartej na mentalizacji, gdzie włączono terapię indywidualną, grupową, rodzinną oraz elementy związane ze sztuką i muzyką, aby pobudzić kreatywność uczestników. Był on prowadzony przez wyszkolonych terapeutów w zakresie MBT. Ważną rolę odgrywała psychoedukacja. Dzięki niej młodzież uzyskiwała informacje na temat teoretycznych podstaw mentalizacji. Obejmowały one treści związane z teorią przywiązania, neurobiologią, wpływem zaburzeń osobowości na proces mentalizacji. Relacja między terapeutami a uczestnikami opierała się na szacunku, komunikacji i poczuciu bezpieczeństwa (Gilbey i in., 2023).

W trakcie trwania programu młodzież z borderline ćwiczyła rozpoznawanie swoich myśli i emocji oraz rozumienia ich w kontekście własnych zachowań i działań. Autorefleksja przyczyniła się do wzmocnienia poczucia samokontroli i sprawczości. Następnie podczas terapii grupowej młodzież doskonaliła strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz brania odpowiedzialności za swoje zachowanie. Wzajemne wsparcie ograniczało poczucie samotności, izolacji, obniżało napięcie emocjonalne oraz pogłębiało poczucie przynależności (Gilbey i in., 2023). Udział w programie młodzieży z zaburzeniami osobowości borderline przyniósł pozytywne efekty. Należały do nich ograniczenie negatywnych emocji, redukcja myśli samobójczych, a także podejmowania działań autoagresywnych (Gilbey i in., 2023).

W kolejnym programie opartym na mentalizacji (MBT) brali udział członkowie rodzin osób z zaburzeniami osobowości borderline. Byli oni narażeni na przemoc fizyczną, wybuchy gniewu, kłótnie, zachowania autodestrukcyjne, co też negatywnie wpływało na ich dobrostan psychiczny. Zostali zapoznani z programem oraz musieli wyrazić zgodę na swój udział (Bateman, Fonagy, 2019). Kryteria wykluczające uczestnictwo obejmowały uzależnienie od substancji psychoaktywnych, cierpienie na schizofrenię lub psychozę. Należy podkreślić, że dwoje członków rodzin odbyło kurs pilotażowy oraz współtworzyło program MBT wspólnie

z terapeutami z Centrum Anny Freud w Londynie (Bateman, Fonagy, 2019, s. 10).

Program obejmował pięć sesji, które trwały od jednej do półtorej godziny. Na wstępie uczestnicy zdobyli wiedzę na temat zaburzenia osobowości borderline oraz dokonali identyfikacji problemowych obszarów w zakresie interakcji. Następnie odniesiono się do kwestii związanych z mentalizacją i uważnością. Rodziny zapoznały się z technikami pomocnymi w regulowaniu emocji. W dalszej części odgrywano sceny z podziałem na role, po to, aby przepracować sytuacje problemowe w kontakcie z osobami z borderline. Ważnym aspektem było doskonalenie i rozwijanie empatii oraz ćwiczenie technik mentalizacji. W programie wykorzystano prezentacje multimedialne, pracę w małych grupach, dyskusję i odgrywanie ról. Uczestnicy mieli wypełniać dzienniki zdarzeń krytycznych, jakie występowały u ich bliskich osób z borderline. Otrzymali arkusze służące do samoopisu własnych emocji (Bateman, Fonagy, 2019). Po zakończeniu programu rodziny zauważyły obniżenie się poziomu lęku i depresji oraz ogólną poprawę samopoczucia, większą pewność siebie oraz poczucie sprawstwa. Nastąpiło również ograniczenie niebezpiecznych incydentów ze strony osób z borderline. Wiązało się to z lepszym rozumieniem ich stanu emocjonalnego i potrzeb (Bateman, Fonagy, 2019).

W ostatnim przykładzie programu terapii opartej na mentalizacji (MBT) uczestniczyła młodzież w wieku od 12 do 18 lat z zaburzeniami osobowości borderline. Trwał on przez 12 tygodni oraz był prowadzony przez doświadczonych psychologów klinicznych. Do udziału w programie była wymagana zgoda uczestników. Kryteria wykluczające obejmowały całościowe zaburzenia rozwojowe, trudności w uczeniu się, ostry epizod psychiatryczny, zaburzenia odżywiania (Griffiths i in., 2019). Ważny aspekt stanowiła psychoedukacja młodzieży w zakresie mentalizacji, zależności między systemem przywiązania a zdolnością do prawidłowego kształtowania oraz odzwierciedlania stanów mentalnych innych osób. Terapeuci wyjaśnili im, jaki wpływ mają emocje na zachowanie. Następnie zwrócili również uwagę na kwestie związane z trudnościami w relacjach interpersonalnych z bliskimi osobami. W trakcie programu skupiono się na regulacji emocji. Uczestnicy doskonalili nie tylko umiejętność obserwacji, ale także rozpoznawania uczuć, co sprzyjało lepszej samokontroli. Należy podkreślić, że młodzież wypełniała arkusze samoopisowe, które dotyczyły emocji, zachowań autodestrukcyjnych, poziomu refleksyjności. Terapeuci wykorzystywali także filmy DVD, ukazując uczestnikom różne sytuacje społeczne. Kolejnymi metodami były odgrywanie ról i dyskusja grupowa, która umożliwiła młodzieży wymianę myśli oraz doświadczeń (Griffiths i in., 2019).

Po zakończeniu programu MBT u młodzieży zauważono obniżenie się poziomu lęku, ograniczenie epizodów samookaleczania, zmniejszenie występowania objawów związanych z zaburzeniem osobowości borderline, lepszą regulację w sferze emocji (Griffiths i in., 2019).

ZAKOŃCZENIE

Aktualnie wciąż wzrasta liczba młodych osób, u których pojawiają się problemy natury psychicznej. Należą do nich również zaburzenia osobowości, w tym zaburzenie osobowości borderline. Jego występowanie obejmuje wiele negatywnych konsekwencji. Często prowadzą one do destabilizacji życiowej młodzieży, ich najbliższego środowiska, ale również mogą zakończyć się dla nich śmiercią. Zaprezentowana tematyka stanowi jedynie zarys tego zagadnienia. Należy podkreślić fakt, że nie jest ona popularna w Polsce, natomiast większe uznanie zyskuje w Europie.

Kluczową rolę odgrywają rozmaite oddziaływania profilaktyczne, które ograniczają ryzyko występowania rozmaitych dysfunkcji psychicznych. Przegląd wybranych programów terapii opartej na mentalizacji (MBT) wykazał, że ich realizacja pozwala na zmniejszenie się objawów związanych z borderline u młodych osób i ich rodzin. Do innych narzędzi, z jakich mogą korzystać specjaliści, zalicza się kreatywne formy, np. muzykę, pisanie lub stosowanie aktywności fizycznej. W niniejszej pracy dokonano również przeglądu literatury z różnych dyscyplin naukowych, a więc pedagogiki oraz psychologii. Dzięki temu możliwe było przybliżenie problemu w kompleksowy sposób.

Poczucie dobrostanu zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej staje się istotnym elementem warunkującym harmonijną egzystencję jednostki. Ważne jest okazywanie wsparcia i pomocy młodzieży cierpiącej na zaburzenia osobowości borderline oraz ich najbliższemu środowisku. Postawa wyrażająca otwartość, empatię, cierpliwość w obliczu doświadczanego cierpienia daje nie tylko nadzieję, ale również siłę, niezbędną do skutecznego radzenia sobie z przeciwnościami żywotnymi.

BIBLIOGRAFIA

- Aleva, A., Laceulle, O.M., Denissen, J.J., Hessels, C.J., van Aken, M.A. (2023). Adolescence as a Peak Period of Borderline Personality Features? A Meta-Analytic Approach. *European Journal of Personality*, 37(6), 669–685. DOI: 10.1177/08902070221134652.
- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2019). A Randomized Controlled Trial of a Mentalization-Based Intervention (MBT-FACTS) for Families of People with Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 1–32. DOI: 10.1037/per0000298.
- Bo, S., Beck, E., Gondan, M., Sharp, C., Pedersen, J., Simonsen, E. (2016). First Empirical Evaluation of Outcomes for Mentalization-Based Group Therapy for Adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(8), 396–401. DOI: 10.1037/per0000210.
- Boričević Maršanić, V., Karapetrić Bolfan, L., Buljan Flander, G., Grgić, V. (2017). „Vidjeti sebe izvana, a druge iznutra” – Mentalitacija u djece i adolescenata i tretman temeljen na mentalizaciji za adolescente. *Socijalna psihijatrija*, 45(1), 43–56.

- Chanen, A., Nicol, K., Betts, J., Thompson, K. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1–8. DOI: 10.1007/s11920-020-01144-5
- Cierpiąłkowska, L. (2018). *Psychopatologia. Wykłady z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cierpiąłkowska, L., Grzegorzewska, I. (2023). *Zaburzenie osobowości borderline u młodzieży. Diagnoza, terapia, profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Clarkin, F., Fonagy, P., Gabbard, G. (2013). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- d'Huart, D., Steppan, M., Seker, S., Bürgin, D., Boonmann, C., Birkhölzer, M., Jenkel, N., Fegert, J., Schmid, M., Schmeck, K. (2022). Prevalence and 10-Year Stability of Personality Disorders From Adolescence to Young Adulthood in a High-Risk Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1–11. DOI: 10.3389/fpsy.2022.840678.
- Feenstra, D., Luyten, P., Bales, D. (2017). Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder in Adults and Adolescents: for Whom, When, and How? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81(3), 264–280. DOI: 10.1521/bumc.2017.81.04.
- Gawda, B. (2018). Cechy zaburzeń osobowości a kontrola emocji negatywnych i regulacja nastroju. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 31(3), 215–230. DOI: 10.17951/j.2018.31.3.215-230.
- Geiger, N., Graf, M., Birkhölzer, M. (2024). Classification of Personality Disorders in Adolescence: ICD–10 and ICD–11. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 175(3), 92–94. DOI: 10.4414/sanp.2024.1421405684.
- Gilbey, D., Brealey, G., Mateo-Arriero, I., Waters, Z., Ansell, M., Janse van Rensburg, E., De Gouveia Belinelo, P., Milroy, H., Pace, G., Runions, K., Salmin, I., Woolard, A. (2023). The Effectiveness of a Day Hospital Mentalization-Based Therapy Programme for Adolescents with Borderline Personality Traits: Findings from Touchstone–Child and Adolescent Mental Health Service. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 30(6), 1303–1312. DOI: 10.1002/cpp.2854.
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., Graham, J., Smith, J., Thomson, A., Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based Group Therapy for Adolescents: the Results of a Pilot Randomised Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, 19, 1–13. DOI: 10.1186/s12888-019-2158-8.
- Guilé, J., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., de La Rivière, S. (2018). Borderline Personality Disorder in Adolescents: Prevalence, Diagnosis, and Treatment Strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 199–210. DOI: 10.2147/AHMT.S156565.
- Hajek Gross, C., Oehlke, S.-M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P., Kothgassner, O. (2024). Efficacy of Mentalization-Based Therapy in Treating Self-Harm: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(2), 317–337. DOI: 10.1111/sltb.13044.
- Kaess, M., Thomson, M., Lerch, S., Koenig, J., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Cavelti, M. (2024). Age Dependent Effects of Early Intervention in Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychological Medicine*, 1–9. DOI: 10.1017/S0033291724000126.
- Kvarstein, E.-H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M.-S., Hummelen, B., Wilberg, T., Karterud, S. (2019). Mentalization-based Treatment or Psychodynamic Treatment Programmes for Patients with Borderline Personality Disorder – the Impact of Clinical Severity. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 91–111. DOI: 10.1111/papt.12179.
- Lenkiewicz, K., Srebnicki, T., Bryńska, A. (2015). Zaburzenia osobowości u młodzieży. *Psychiatria Polska*, 49(4), 757–764.
- Perrotta, G. (2024). Perrotta Integrative Clinical Interviews-3 (PICI-3): Development, Regulation, Updation, and Validation of the Psychometric Instrument for the Identification of Functional

- and Dysfunctional Personality Traits and Diagnosis of Psychopathological Disorders, for Children (8–10 Years), Preadolescents (11–13 Years), Adolescents (14–18 Years), adults (19–69 Years), and Elders (70–90 Years). *Ibrain*, 10(2), 146–163. DOI: 10.1002/ibra.12148.
- Popiel, A. (2011). Zaburzenie osobowości z pogranicza – wyzwanie terapeutyczne. *Psychiatria*, 8(2), 64–78.
- Rossouw, T., Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Treatment for Self-Harm in Adolescents: a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.
- Sharp, C., Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline Personality Disorder in Adolescence—Recent Conceptualization, Intervention, and Implications for Clinical Practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1–23. DOI: 10.1111/jcpp.12449.
- Szega, I. (2024). Profilaktyka zachowań ryzykownych młodzieży. *Kultura i Wychowanie*, 1(25), 139–148. DOI: 10.25312/2083-2923.25_10ils.

ABSTRACT

The aim of this article is to present borderline personality disorder and to show the practical use of selected support programs related to mentalization-based therapy (MBT). The paper uses a literature review method and the following databases: PubMed, Google Scholar, ResearchGate. When searching for research materials, the following keywords were used: borderline, youth, family, MBT therapy, personality disorders. Currently, the occurrence of borderline personality disorder is becoming more and more common not only in adults but also in youth. This is an important topic because more and more young people suffer from mental problems. The paper focuses on what personality disorders are. Then, borderline personality disorder is characterized, taking into account its genesis and prevalence. Another aspect was to present the issue related to MBT. Considering the specificity of the problem, potential preventive measures were also indicated. During the analysis of the problem, reference was made to various meta-analyses of research in the discussed area. Particular attention was paid to examples of support programs that were related to MBT for borderline adolescents and families. Their use contributed to improved functioning and greater life satisfaction.

Keywords: borderline; youth; family; MBT; personality disorders