

ODNOS SOMATIZACIJSKOG POREMEĆAJA, NIVOA ORGANIZACIJE LIČNOSTI, OBRASCA AFEKTIVNE PRIVRŽENOSTI I MENTALIZACIJE

Vladimir Borovnica, Nataša Šikanić

Bolnica za psihijatriju, Odsek za psihosomatiku
KBC “Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, Beograd, Srbija

Apstrakt: U ovom radu ćemo predložiti jedan model somatizacije koji predstavlja pokušaj integracije koncepta mentalizacije (kako ga definiše Peter Fonagy), teorije afektivne privrženosti i interpersonalnog modela somatizacije. Po interpersonalnom modelu somatizovanje se može razumeti kao forma interpersonalnog ponašanja, koju pokreće anksioznost i maladaptivni obrazac afektivne privrženosti, a koja konačno dovodi do odbacivanja okruženja, a što povratno samo pojačava doživljaj odbačenosti i somatske žalbe. Istraživanja pokazuju da je patologija u domenu ličnosti kod somatizacionog poremećaja izražena, ali da nije specifikovana i jednoznačna. Kao o zajedničkom imenitelju često se govori o aleksitimiji (koja se barem delom može shvatiti kao suprotnost mentalizaciji). Pored toga, studije potvrđuju da je među pacijentima sa somatizacionim poremećajem u značajnoj meri više onih koji pokazuju nesiguran obrazac afektivne privrženosti nego u kontrolnoj grupi. Sa druge strane mentalizacija kao funkcija je u neraskidivoj vezi sa afektivnom privrženošću. Dete razvija kapacitet za mentalizaciju u kontekstu sigurne afektivne privrženosti, dok aktivacija sistema afektivne privrženosti (“pretnja”) inhibira sposobnost za mentalizaciju. Konačno, kapacitet za mentalizaciju (i simbolički reprezentativni sistem) ključno doprinosi samoj regulaciji afektiviteta. U radu ćemo predložiti model koji povezuje gore navedene koncepte, čime se može objasniti razvoj, ali i cirkularan obrazac putem kojeg se održava somatizaciono reagovanje – kako u porodičnom, tako i u kliničkom kontekstu.

Ključne reči: *somatizacijski poremećaj, mentalizacija, afektivna privrženost, interpersonalni obrasci*

Somatizacija se može definisati na više načina, ali se kao zajednički imenitelj različitih definicija izdvaja prisustvo somatskih simptoma koji se ne mogu u dovoljnoj meri objasniti organskom etiologijom. Različiti medicinski neobjašnjivi simptomi su veoma česti u opštoj populaciji [1]. Procenjuje se da se 30 do 60% pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žali na simptome za koje ne postoji adekvatno medicinsko objašnjenje [2]. Somatizacija je kao klinički fenomen veoma značajna kako zbog snažne subjektivne patnje do koje dovodi, tako i zbog toga što dovodi do preteranog korišćenja zdravstvenog sistema i visokih troškova lečenja.

Somatizacija se teorijski može objasniti na više različitih načina, a jedan od koncepata sa kojim se najčešće srećemo je aleksitimija. Koncept aleksitimije [3] je prvi put uveden u okviru istraživanja psihosomatike, ali se danas koristi u istraživanjima različitih psihijatrijskih poremećaja poput depresije [4], zloupotrebe psihoaktivnih supstanci [5], posttraumatskog stresnog poremećaja [6]. Aleksitimija se odnosi na teškoće u izražavanju i verbalizaciji emocija, nerazvijen fantazamski život i slab kapacitet za simboličko mišljenje koji se reflektuje u tendenciji ka eksterno orjentisanom mišljenju. Pretpostavlja se da je u osnovi aleksitimije deficit u kognitivnom procesiranju emocija i posledični nedostatak mentalnih reprezentacija afektivnih stanja. Aleksitimija može biti u vezi sa somatizacijom zbog fokusiranja i pojačavanja somatskih senzacija koje prate emocionalnu pobuđenost, kao i zbog pogrešnog interpretiranje istih kao simptoma bolesti. Takođe se pretpostavlja da je nemogućnost doživljavanja kompleksnih emocionalnih stanja povezana sa preteranom i/ili neregulisanom autonomnom aktivacijom [7].

Pacijenti sa somatizacionim poremećajem predstavljaju značajan problem za zdravstveni sistem. Perzistentne somatske žalbe i tendencija da se te žalbe povezuju sa somatskim bolestima uprkos razuveravanju lekara, konačno dovode i do komplikovanja odnosa sa zdravstvenim radnicima. To nas dovodi do teorije afektivne privrženosti koja je takođe jedna od bitnih tema u istraživanjima somatizacionog poremećaja. Naime, studije pokazuju da je kod pacijenata sa somatizacionim poremećajem značajno veća učestalost nesigurnih obrazaca afektivne privrženosti nego u opštoj populaciji [8]. Na tragu teorije afektivne privrženosti je i interpersonalni model somatizacije [9].

U ovom radu ćemo predložiti jedan model somatizacije/somatizacionog reagovanja koji predstavlja pokušaj integracije koncepta aleksitimije, teorije afektivne privrženosti i interpersonalnog modela somatizacije [9], a oslanjajući se na koncept mentalizacije (kako ga definiše Peter Fonagy). S obzirom da se terapija zasnovana na mentalizaciji pokazala efikasnom u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti [10], a da sa druge strane postoje indicije da somatizaciono reagovanje ima neke zajedničke karakteristike sa graničnim nivoom organizacije ličnosti, mišljenja smo da je važno i na teorijskom nivou integrisati gore navedene oblasti. Konačno, teorijska integracija otvara prostor i za novine u terapijskom radu.

Ličnost i somatizacija

Studije pokazuju povećanu učestalost poremećaja ličnosti kod pacijenata sa somatizacijskim poremećajem. Neke studije kao najčešće izdvajaju izbegavajući, paranoidni, samoporažavajući i opsesivno-kompulzivni [11], dok druge izdvajaju pasivno-zavisni, histrionični, senzitivno-agresivni [12] i granični. Pored toga, britanska studija [12] pokazuje da su pacijenti sa somatizacijskim poremećajem imali “ozbiljnije” poremećaje ličnosti nego kontrolna grupa (pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti). Skorašnja meta analiza [13] pokazuje da somatizacijski poremećaj ima najveći komorbiditet sa antisocijalnim, graničnim, narcističnim, histrioničnim, izbegavajućim i zavisnim poremećajem ličnosti. Na osnovu ovih, ali i brojnih drugih studija, mogli bismo zaključiti da je patologija u domeni ličnosti kod somatizacionog poremećaja izražena, ali da nije specifikovana i jednoznačna.

Sa druge strane, u psihosomatskoj medicini se kao o zajedničkom imenitelju vezanom za ličnost psihosomatskih bolesnika, kao i pacijenata sklonih somatizacionom reagovanju, mnogo govori o aleksitimiji (u anglosaksonskoj literaturi) operantnom mišljenju i neadekvatnoj mentalizaciji u okviru francuske psihoanalitičke škole. Termin mentalizacija koristio je još Pierre Marty tokom pedesetih godina u okviru francuske škole psihosomatike, ali je ponovo postao aktuelan, ovaj put drugačije konceptualizovan, u radu Fonagy-a i njegovih saradnika.

O mentalizaciji

Poslednjih desetak godina, termin mentalizacija je u fokusu istraživanja, ali sada u jednom drugom kontekstu i konceptualizovan na drugi način. Naime, nezavisno od istraživanja psihosomatike, u okviru pokušaja povezivanja istraživačke tradicije, psihoanalitičke razvojne teorije i teorije afektivne privrženosti, a vezano pre svega za pokušaje formulisanja efikasnog tretmana graničnog poremećaja ličnosti mentalizacija ponovo dolazi u fokus.

Bateman i Fonagy [14] mentalizaciju definišu kao “mentalni proces kojim individua implicitno i eksplicitno sopstvene i tuđe akcije interpretira kao smislene aktivnosti u čijoj su osnovi intencionalna mentalna stanja kao što su lične želje, potrebe, osećanja, uverenja i razlozi”.

Fenomenološki posmatrano mentalizacija:

- Uključuje kapacitet za empatiju, kao i našu sposobnost da sebe vidimo “od spolja”, iz tuđe perspektive. Mentalizirati znači videti sebe od spolja, a druge iznutra.
- Kapacitet za diferencijaciju naših osećanja o realnosti od realnosti, našeg viđenja sveta od sveta “po sebi”; ponašanja drugih od namera drugih.
- Uvažavanje ograničenja sopstvenog znanja (tj. subjektivnosti) ključno je za dobro mentaliziranje. Dakle, suština efikasnog

mentaliziranja nije toliko u veštini, koliko je u načinu na koji pristupamo odnosima, a koji reflektuje svest da mentalna stanja nisu očigledna, da um nije transparentan, kao i očekivanje da naše razmišljanje ima ograničenja i da može biti obogaćeno i promenjeno učenjem o mentalnim stanjima drugih ljudi.

Bez ulaženja u detaljnije razgraničavanje pojmova, utvrđivanja sličnosti i razlika, kao i novina koje, na ovaj način definisana, donosi mentalizacija, ona bi se mogla shvatiti kao suprotnost aleksitimiji/operantnom mišljenju i u tom smislu kao pojam ima svoje mesto u proučavanju psihosomatskih i somatoformnih poremećaja (posebno somatizacionog). Pojednostavljeno rečeno, moglo bi se reći da je na konceptualnom nivou najvažnija novina koju donosi mentalizacija (na ovaj način definisana) to što se ona odnosi kako na intrapsihičko, tako i na relaciono (tj. intersubjektivno). Što se prakse tiče, ključna novina je terapijska – “mentalization based treatment” [14], program tretmana koji je empirijski potvrdio svoju efikasnost u tretmanu graničnog poremećaja ličnosti [10].

Mentalizacija i afektivna privrženost

Jedna od ključnih karakteristika mentalizacije je njena neraskidiva veza sa sigurnom afektivnom privrženosti. Naime, kapacitet za mentalizaciju razvija se u kontekstu sigurne afektivne privrženosti, što je potvrđeno u brojnim empirijskim studijama [15,16,17]. Doživljaj sebe kao subjekta vođenog unutrašnjim potrebama, emocijama i stanjima razvija se u “dovoljno dobrim” uslovima (tj. u kontekstu sigurne afektivne privrženosti) kroz odnos sa drugim koji razume naša unutrašnja stanja. Bateman i Fonagy smatraju [14] da je jedan od efekata nege koja nije “dovoljno dobra” da dete zatvara svoj um u odnosu na mentalni prostor drugih (pa i sebe). Naime, suviše je bolno za dete da shvati da osobe za koje je afektivno vezano prema njemu imaju loše namere. To pokreće doživljaj ugroženosti koji aktivira sistem afektivne privrženosti, što može dovesti do paradoksalnog ishoda. Dete (a kasnije i odrastao čovek) sa jedne strane traži bliskost (aktivacija sistema afektivne vezanosti), a sa druge zatvaraju svoj um za subjektivno, tj. za doživljaj kako sopstvene, tako i tuđe subjektivnosti i njihove međusobne interakcije (intersubjektivnost)! Ne liči li to na tipično iskustvo u susretu sa pacijentima sklonim somatizacionom reagovanju? Nisu li to ljudi koji traže negu, pažnju, razumevanje, u čemu su vrlo zahtevni, ponekad čak i neprijateljski nastrojeni, ali ne pokazuju sposobnost razumevanja sopstvenih unutrašnjih stanja, unutrašnjih stanja ljudi u njihovom okruženju, kao i međusobnog odnosa sopstvenih unutrašnjih stanja i ponašanja, kao i unutrašnjih stanja i ponašanja okruženja. Studije potvrđuju da je među pacijentima sa somatizacionim poremećajem u značajnoj meri više onih koji pokazuju nesiguran obrazac afektivne privrženosti nego u kontrolnoj grupi [8,18].

Interpersonalni model somatizacije

Stuart i Noyes [9] smatraju da se somatizovanje može razumeti kao jedinstvena forma interpersonalnog ponašanja, koju pokreće anksioznost i maladaptivni obrazac afektivne privrženosti. Somatizacija i somatizaciono ponašanje pokrenuti su realnom ili imaginarnom pretnjom odbacivanja od strane značajnog drugog. „Somatizer“ pokušava da pridobije pažnju i brigu koristeći perzistentne žalbe na bol ili fizičku bolest. Ipak, samoporažavajuća priroda ovakvog ponašanja konačno vodi do odbacivanja drugih, a što povratno samo pojačava doživljaj odbačenosti i somatske žalbe.

Mentalizacija i regulacija afekta

Studije nude obilje dokaza da je sigurna afektivna vezanost ključna za normalni razvoj pre-frontalnog korteksta i afektivnu regulaciju [19]. Odnos deteta sa roditeljem (starateljem) koji prepoznaje i razume detetova unutrašnja stanja, a kroz kontigentno i naglašeno ogledanje detetovih reakcija podstiče razvoj simboličnog reprezentativnog sistema afektivnih stanja, afektivne regulacije i selektivne pažnje (što doprinosi razvoju sigurne afektivne privrženosti). Istraživanja (kako bihejvioralna, tako i neurobiološka) potvrđuju da porast emocionalne tenzije dovodi do gašenja kapaciteta za mentalizaciju. Neuspeh u mentalizacije povratno (direktno i indirektno) podiže nivo emocionalne tenzije. Naime, sama mentalizacija direktno pospešuje afektivnu modulaciju (ako možemo da mislimo o svojim emocijama bolje ih kontrolišemo; što bolje razumemo i anticipiramo tuđe ponašanje osećamo se manje ugroženo). Sa druge strane, neuspeh u mentalizaciji značajno smanjuje naše kapacitete za prilagođavanje socijalnom okruženju i povećava šansu za nerazumevanje, konflikte i sl. što takođe (indirektno) povećava nivo emocionalne tenzije.

Razvojno raniji režimi doživljavanja mentalnih stanja i “slom” mentalizacije

U individualnom razvoju, a pre uspostavljanja kapaciteta za mentalizaciju, svesnost o mentalnim stanjima javlja se u dva oblika, tj. u dva razvojno ranija režima doživljavanja mentalnih stanja [20,21]. Režim “psihičkih ekvivalenata” podrazumeva izjednačava unutrašnje i spoljašnje realnosti. Ono što je u umu mora postojati i u spoljašnjem svetu, kao što i ono što postoji u spoljašnjoj realnosti mora postojati i u mentalnoj. Ne mogu se razumeti različite perspektive upravo zato što su mentalne reprezentacije izjednačavaju sa spoljašnjom realnošću. Upravo ovakav režim može izazvati snažan distress zato što se projekcije fantazija na spoljašnji svet doživljavaju kao suviše realne. Režim “pretvaranja”, sa druge strane, podrazumeva potpunu odvojenost unutrašnje i spoljašnje realnosti, unutrašnja stanja nemaju nikakve implikacije na spoljašnju realnost.

U situacijama visoke emocionalne tenzije i aktivacije sistema attachmenta, kapacitet za mentalizaciju se gasi i javljaju se raniji režimi funk-

cionisanja – režim psihičkih ekvivalenata i režim pretvaranja. Dobar primer predstavljaju i simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja – flešbekovi (mentalna stanja, fantazije, sećanja izjednačavaju se sa realnim – režim psihičkih ekvivalenata) i disocijativno reagovanje (režim pretvaranja). Različiti simptomi pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti se, takođe, mogu razumeti na sličan način. Npr. preosetljivost na odvajanje i prepoznavanje znakova odbacivanja u trivijalnim postupcima značajnog drugog predstavljaju jasan primer aktivacije režima psihičkih ekvivalenata.

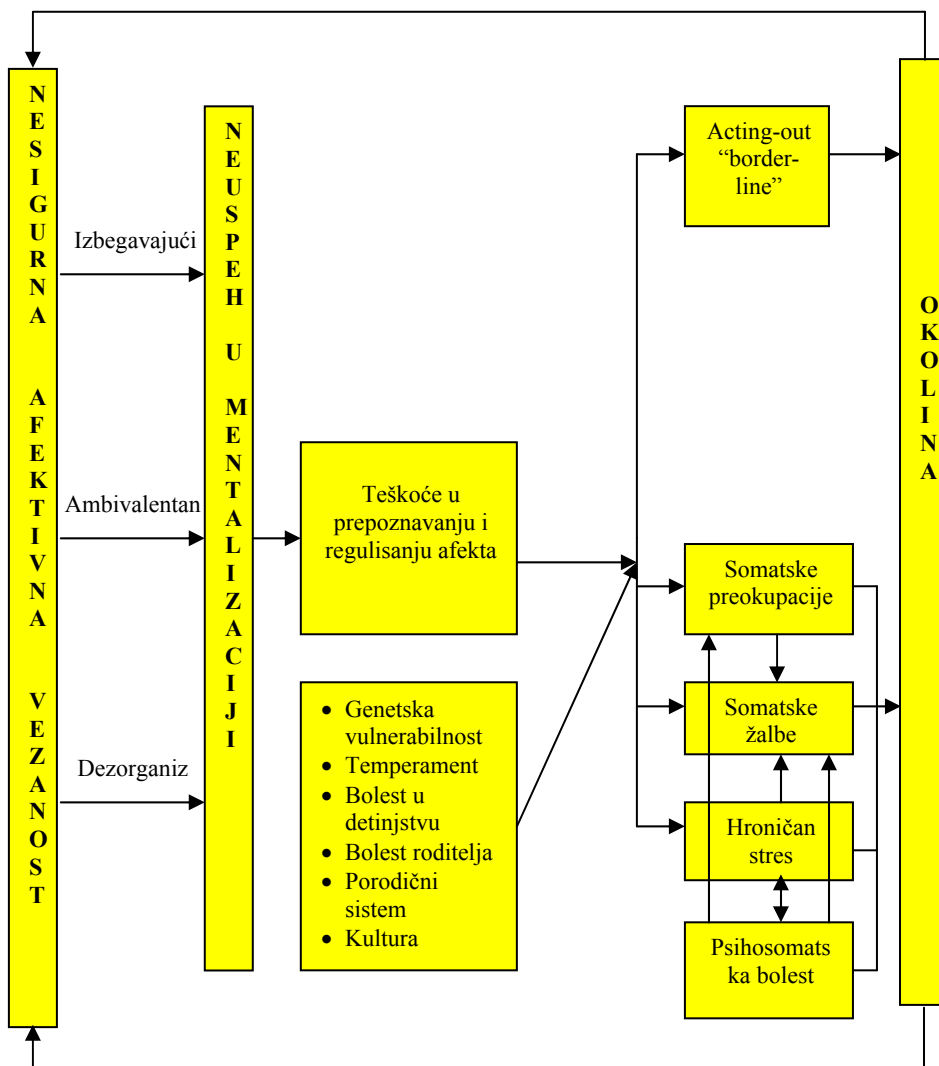
Mentalizacija, acting-out, granični nivo funkcionisanja i somatizacija

Istraživanja pokazuju da su osobe koje teško verbalizuju svoja unutrašnja stanja sklone kako acting-out reagovanju, tako i somatizacijama. Fonagy je svoj rad fokusirao na granični poremećaj ličnosti, a kao osnovni problem formulisao je teškoće u mentalizaciji upravo u situacijama bliskih (“attachment”) relacija. Upravo u takvim situacijama osobe sa graničnim poremećajem ličnosti nisu u stanju da adekvatno razlikuju subjektivno od objektivnog (u interpersonalnom kontekstu), unutrašnja stanja se tretiraju kao ekvivalenti fizičke realnosti – umesto “ja imam doživljaj da si mi ti neprijatelj” stoji “ti si moj neprijatelj”. Upravo to je jedna od karakteristika isključivanja sistema mentalizacije i prelaska na evolutivno raniji nivo funkcionisanja (režim psihičkih ekvivalenata). Na sličan način, tj. u istom režimu funkcionisanja i “somatizeri” konkretno doživljavaju svoje telesne senzacije koje sa izvesnošću tumače kao znake da sa telom “nešto nije u redu”. To što me boli stomak sasvim sigurno ne znači da sam uplašen, nervozan... već da nešto sa stomakom nije u redu. To je jedna od sličnosti koja bi mogla povezivati granični nivo funkcionisanja sa somatizacionim poremećajem ličnosti. Naime, psihodinamski autori izdvajaju somatizacioni poremećaj ličnosti kao zaseban entitet [22], a i skorašnje izdanje Psihodinamskog dijagnostičkog priručnika [23] to isto čini i svrstava ga upravo u red onih koji su najčešće na graničnom nivou organizacije.

Model somatizacionog poremećaja

Konačno, predstaviceo model somatizacionog reagovanja (Shema 1. Model somatizacionog reagovanja zasnovan na mentalizaciji) koji pokušava da integriše Fonagy-ev koncept mentalizacije, teoriju afektivne privrženosti i interpersonalni model somatizacije [9].

Shema 1.



Može se pretpostaviti da nesigurna afektivna privrženost u detinjstvu (bez obzira koji specifični obrazac da je u pitanju – izbegavajući, ambivalentan ili dezorganizovan) narušava kapacitet za mentalizaciju, što potvrđuju i brojna istraživanja. Sigurna afektivna vezanost i razvijen kapacitet za mentalizaciju su ključni za adekvatnu regulaciju i kontrolu afektiviteta. Redukovan kapacitet za mentalizaciju, sa druge strane, dovodi do teškoća u prepoznavanju i regulaciji afektiviteta i doživljava distresa. Od te tačke postoje “dva puta”. Sa jedne strane, čovek može reagovati impulsivno, acting-out reakcijom (što bi bila razvojna linija koja u većoj meri vodi ka graničnom poremećaju ličnosti), a sa druge, “somatski”, u najširem smislu te reči (od somatskih preokupacija i žalbi, do funkcionalnih disbalansa i konačno psiho-

somatskih smetnji u užem smislu). Da li će doći do odigravanja ili do “somatskog” reagovanja zavisi od brojnih faktora (genetska vulnerabilnost, odlika temperamenta, rane bolesti, bolesti roditelja, porodičnog sistema i pozicije pojedinca u okviru sistema, kulture). Jasno je da acting-out i “somatsko” reagovanje ne isključuju jedno drugo, već pre predstavljaju dve paralelne linije reagovanja. Konačno, i acting-out i telesne žalbe osoba sklonih somatizacijama često dovode do negativne reakcije, tj. odbacivanja okoline. Ako govorimo u terminima mentalizacije, istraživanja pokazuju da kada jedan učesnik u interakciji prestane da mentalizira velike su šanse da se inhibira i mentalizacija drugih učesnika. U kojoj formi će biti somatske žalbe i na koji konkretan način će okolina reagovati zavisi pre svega od obrasca nesigurne afektivne vezanosti, ali su u svakom slučaju velike šanse da manifestovani obrazac proizvede reakciju okoline koja će potvrditi iskustvo nesigurne afektivne vezanosti. Konačno, čak i kada somatske žalbe proizvedu “paniku” i “negu” okruženja (što potvrđuje inhibiciju kapaciteta za mentalizaciju značajnih drugih), takva reakcija može doprineti smanjenju doživljaja ugroženosti (čime se ovakav obrazac potkrepljuje), ali ne i podsticanju i razvoju kapaciteta za mentalizaciju (s obzirom da i takva, “negujuća” reakcija ne uključuje razumevanje i zainteresovanost za mentalna stanja).

Ovakav model somatizacionog poremećaja svakako predstavlja značajno pojednostavljivanje. Model se fokusira na somatizacioni poremećaj, ali ukazuje na neke mehanizme koje mogu biti od značaja i za druge kategorije somatoformnih poremećaja i psihosomatskih bolesti. Ipak, ne specifikuju se različiti obrasci nesigurne afektivne vezanosti, njihov odnos sa specifičnom kategorijom somatoformnih poremećaja i specifičnom reakcijom okoline koja učvršćuje dati obrazac afektivnog vezivanja. Pored toga, ne specifikuje se ni “stepen” izraženosti nesigurne afektivne vezanosti, neuspeha u mentalizaciji i njihov odnos sa specifičnostima somatoformnih ispoljavanja i nivoom organizacije ličnosti (npr. neurotski, viši i niži granični). Konačno, ne specifikuje ni uticaj različitih faktora koji utiču na to da li će se problem u mentalizaciji i regulaciji afekta ispoljiti više na planu ponašanja (acting-out) ili na somatskom planu.

Model se fokusira na mentalizaciju i interakcione obrasce (uključujući i interakcije sa medicinskim osobljem) koji održavaju nesigurnu afektivnu vezanost, neuspeh u mentalizaciji i somatizacioni poremećaj, što ima značajne terapijske implikacije.

Mogli bismo zaključiti da iako istraživanja ne pokazuju jedinstvenu strukturu ličnosti kod somatizacionog poremećaja, mentalizacija i nesigurna afektivna vezanost mogu predstavljati neku vrstu zajedničkog imenitelja koji može objasniti značajan deo fenomenologije kako unutrašnjeg doživljavanja, tako i interakcija ovakvih pacijenata uključujući i cirkularne obrasce koji održavaju ovu vrstu problema.

S obzirom da istraživanja potvrđuju efikasnost tretmana zasnovanog na mentalizaciji (mentalization based treatment) kod graničnog poremećaja

ličnosti [10], a s obzirom na brojne zajedničke karakteristike koje deli sa somatizacionim poremećajem, moglo bi se pretpostaviti da bi ovakva vrsta tretmana (uz određene modifikacije) mogla biti efikasna i u slučaju ove problematike. Za sada ne postoji mnogo empirijskih potvrda za ovu pretpostavku, ali postoje teorijski razlozi koji bi opravdali ovakva nastojanja.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOMATIZATION DISORDER, LEVEL OF PERSONALITY ORGANIZATION, ATTACHMENT PATTERN AND MENTALIZATION

Vladimir Borovnica, Natasa Sikanic

Psychiatric Hospital, Department of Psychosomatic Medicine
KBC “Dr Dragisa Misovic-Dedinje”, Belgrade, Serbia

Abstract: In this article we will propose a model of somatization representing an attempt to integrate the concept of mentalization (as defined by Peter Fonagy), the attachment theory and the interpersonal model of somatization. According to the interpersonal model, somatization can be understood as a form of interpersonal behavior, triggered by anxiety and maladaptive pattern of attachment, which eventually leads to the rejection of the environment and consequently increasing the feeling of rejection and somatic complaint. Studies indicate that personality pathology in patients with somatization disorder is pronounced, but not specific and unambiguous. Alexithymia (which, at least partly, can be understood as the opposite of mentalization) is often pointed out as the common denominator. In addition to this, studies confirm that the group of patients with somatization disorder includes a significantly higher number of those who display insecure attachment pattern than the control group. On the other hand, there is an unbreakable connection between mentalization as a function and attachment. The child develops the capacity to mentalize in the context of safe attachment, while the activation of the system of attachment (“threat”) inhibits the capacity for mentalization. Finally, the capacity for mentalization (and symbolic representation system) is the key contribution to the regulation of affect. In this article we will propose a model that connects the above concepts, and explains the development as well as the circular pattern through which the somatization reaction is maintained – both in the family and in the clinical context.

Key words: *somatization disorder, mentalization, attachment, interpersonal patterns*

Literatura

1. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 200;63(4):595-602.
2. Kirmayer L, Robbins J. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(11):647-55.
3. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychother Psychosom.* 1970;18(1):154-60.
4. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom.* 2006;75(2):107-12.
5. Speranza M, Corcos M, Stéphan P, Loas G, Pérez-Díaz F, Lang F, et al. Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Subst Use Misuse* 2004;39(4):551-79.
6. Söndergaard HP, Theorell T. Alexithymia, emotions and PTSD: Findings from a longitudinal study of refugees. *Nord J Psychiatry* 2004;58(3):185-91.
7. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:13-24.
8. Waller E, Scheidt CE, Hartmann A. Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(3):200-9.
9. Stuart S, Noyes R. Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics* 1999;40:34-43.
10. Bateman A, Fonagy P: Eight-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-8.
11. Rost KM, Akins RN, Brown FW, Smith GR. The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14(5):322-6.
12. Stern J, Murphy M, Bass C. Personality disorders in patients with somatization disorder: a controlled study. *Br J Psychiatry* 1993;163:785-9.
13. Bornstein FR, Gold HS. Comorbidity of Personality Disorders and Somatization Disorder: A Meta-analytic Review. *J Psychopathol Behav Assess* 2008;30(2): 154-161.
14. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
15. Carpendale JI, Lewis C. Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. *Behav Brain Sci* 2004;27(1):79-96.
16. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol* 1997;9:679-700.
17. Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes

- predict security of attachment at 12 months. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:637-648.
18. Neumann E, Nowacki K, Roland IC, Kruse J. Attachment and Somatoform Disorders: Low Coherence and Unresolved States of Mind Related to Chronic Pain. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010.
 19. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001;22:7-66.
 20. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal* 1996;77:217-33.
 21. Target M, Fonagy P. Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int J Psychoanal* 1996;77:459-79.
 22. McDougall J. *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton; 1989.
 23. PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.

Vladimir BOROVNICA, psiholog, Bolnica za psihijatriju, Odsek za psihosomatiku KBC “Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, Beograd

Vladimir BOROVNICA, psychologist, Psychiatric Hospital, Department of Psychosomatic Medicine KBC “Dr Dragisa Misovic-Dedinje”, Belgrade

E-mail: borovnicavladimir@yahoo.com