

Alicja Kuczyńska

***BORDERLINE* - ZABURZENIE NIETYPOWE CZY NIEZROZUMIAŁE?**

1. Wstęp

Analizując literaturę kliniczną ostatniego wieku, nie można oprzeć się wrażeniu, że niemal każda epoka, określana miarą medycznych i psychologicznych osiągnięć, koncentrowała się na jakimś wybranym zaburzeniu psychicznym bardziej niż na innych. Swój wielki czas miała schizofrenia, później nerwice, nie tak dawno okres intensywnych badań przechodziła depresja i uznane za chorobę społeczną naszych czasów uzależnienie, a ostatnio wiele uwagi poświęca się zaburzeniom osobowości. Nie chciałabym rozstrzygać powodów takiego falowego zainteresowania poszczególnymi problemami (nie jestem nawet pewna, czy jest to fakt, czy tylko moje wrażenie), chciałabym natomiast zwrócić uwagę na to, że w każdym wspomnianym przypadku początek takiego zainteresowania wiązał się z ożywionymi dyskusjami dotyczącymi istoty zaburzenia, jego przyczyn i możliwości terapeutycznych. Podobne dyskusje dotyczą teraz zaburzeń osobowości, a szczególnie jednego z jego typów określonego mianem *borderline* (*borderline personality disorders* – BPD), lub zaburzeń osobowości z pogranicza nerwicy i psychozy (w skrócie nazywanych zaburzeniami osobowości z pogranicza).

Początkowo zaburzenia *borderline* były uznawane za nietypowe. W ich skład wchodziły m.in. schizofrenia poronna, ambulatoryjna, rzekomonerwicowa, ukryta, a także różne nietypowe postaci psychoz afektywnych [Jakubik 1997; Kaplan, Sadok 1998]. Tak duży zakres tej kategorii wynikał przede wszystkim z braku jednolitych wskaźników definicyjnych oraz trudności usytuowania poszczególnych zaburzeń w szerszych kategoriach, do jakich zaliczano wówczas nerwice i psychozy. Pomimo swojej rozpiętości, zaburzenia z pogranicza nerwicy i psychozy diagnozowane były rzadko i obejmowały grupę zaburzeń psychicznych, które nie mieściły się w uznawanych wówczas jednostkach nozologicznych oraz charakteryzowały się niezwykle małą podatnością na terapię.

Ponad dwadzieścia lat temu na podstawie prac Otto Kernberga i Johna Gundersona¹ Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przyjęło oficjalnie kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowościowych typu *borderline* i przedstawiło je podręczniku klasyfikacyjnym DSM².

Uznano, że zaburzenia osobowości z pogranicza należą do szerszej kategorii zaburzeń osobowościowych, rozumianych jako trwały układ doświadczeń i zachowań jednostki, który znacznie odbiega od wymagań społeczeństwa, w jakim ona żyje. Zaburzenia te manifestują się przynajmniej w dwóch spośród czterech obszarów funkcjonowania i dotyczyć mogą sfery poznawczej (wyrażając się w szczególności, zazwyczaj dość sztywnym, sposobie postrzegania i interpretowania siebie, innych ludzi i zdarzeń), sfery afektywnej (w której wzór nieprawidłowego zachowania odnosi się do zakresu, intensywności, labilności i adekwatności reakcji emocjonalnych), sfery funkcjonowania interpersonalnego oraz kontroli impulsów. Prezentowany przez jednostkę wzór zachowania ma charakter całościowy i niezmienny, co sprawia, że daje się go dość łatwo zaobserwować w wielu sytuacjach życiowych. Przy tym, aby uznać sposób doświadczania siebie i świata za zaburzony, musi on prowadzić do cierpienia jednostki lub zakłócenia jej życia społecznego, zawodowego lub innych ważnych dla niej obszarów funkcjonowania. Zaburzenia osobowości opisywane są na drugiej osi systemu, co wskazuje na ich związek z procesem rozwojowym oraz niezależność od innych kategorii zaburzeń, które znajdują się na osi pierwszej. Oznacza to z jednej strony, że zaburzeniom osobowości mogą towarzyszyć inne zaburzenia (umieszczone na osi pierwszej), a z drugiej zaś, że niektóre z mieszczących się w zaburzonym wzorze zachowań można odnaleźć już w okresie dzieciństwa [Namysłowska, Witkowska-Ulatowska 1992; Johnson 1998]. Niemniej jednak uznaje się, że początek zaburzeń daje się w miarę łatwo dostrzec w okresie adolescencji lub we wczesnej dorosłości. Uważa się poza tym, że przedstawiony wzór zachowań i doświadczeń jednostki można uznać za zaburzenia osobowości tylko wtedy, kiedy wzór ten nie pasuje lepiej do obrazu klinicznego innych zaburzeń psychicznych, a także nie jest on wynikiem zmian fizjologicznych spowodowanych używaniem czy nadużywaniem substancji

¹ Według Otto Kernberga osoby z zaburzeniem typu *borderline* charakteryzują się: osłabionym poczuciem tożsamości, impulsywnością i niezdolnością do radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z opinią Johna Gundersona, cechują się one impulsywnością, skłonnością do krótkich epizodów psychotycznych, podejmowaniem manifestacyjnych prób samobójczych o charakterze manipulacyjnym, niezdolnością do pozostawania w osamotnieniu lub bycia odrzuconym oraz skłonnością do nadużywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

² DSM jest systemem wielowymiarowym. Składa się z pięciu osi, z których dwie pierwsze obejmują wszystkie kategorie zaburzeń psychicznych, a trzy pozostałe służą odpowiednio ocenie czynników medycznych, psychogennych oraz ocenie najlepszego funkcjonowania danej osoby w ostatnim roku. Wielooosiowy system opisu wraz z wprowadzonymi wskaźnikami czasu trwania zaburzenia sprzyja precyzji definiowanych kategorii i pozwala na uwzględnienie dynamiki zaburzeń oraz predykcję rokowania.

psychoaktywnych (np. narkotyków, leków) lub też ogólnych uwarunkowań medycznych (np. urazu głowy).

Borderline definiowane jest jako całościowy wzór niestabilności (w zakresie związków interpersonalnych, obrazu siebie i afektu), z zaznaczoną impulsywnością. Pojawia się w okresie adolescencji lub we wczesnej dorosłości i daje się zaobserwować w różnych sytuacjach i aspektach funkcjonowania, o czym świadczą obecność pięciu lub więcej następujących wskaźników (APA: DSM-IV, 1994; por. też: [Masiak 1992; Jakubik 1997; Scully 1998; Kaplan, Sadok 1998], dokładne omówienie przedstawionych poniżej symptomów również w artykule: [Kuczyńska 2002]). Są to:

1) podejmowanie wysiłków w kierunku uniknięcia realnego lub wyobrazonego opuszczenia czy odrzucenia,

2) tworzenie i utrzymywanie niestabilnych i intensywnych związków interpersonalnych charakteryzujących się zmiennością: od ekstremalnej idealizacji do dewaluacji innych osób,

3) zaburzenia tożsamości, z wyraźnie zaznaczonym i niestabilnym obrazem siebie lub poczuciem siebie,

4) impulsywność przynajmniej w dwóch obszarach, które są potencjalnie szkodliwe dla tej osoby (np. nieodpowiedni sposób wydawania pieniędzy, seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, brawurowa jazda samochodem, niewłaściwy wzór jedzenia),

5) podejmowanie prób samobójczych, teatralność zachowań lub zastraszanie oraz samookaleczanie,

6) niestabilność afektywna zgodna z wyraźną reaktywnością na nastrój (np. intensywne epizody dysforii, irytacji, lęku trwające zazwyczaj kilka godzin, rzadko kilka dni),

7) chroniczne poczucie pustki,

8) nieadekwatna, intensywna złość lub trudności w kontrolowaniu złości (np. częste wytrącenia z równowagi, stała złość, ponawiające się zachowania agresywne, w tym nawet walki fizyczne),

9) przemijające, chwilowe, związane ze stresem myśli paranoidalne lub poważne symptomy dysocjacji.

Charakterystyka osób z zaburzeniami typu *borderline* została uzupełniona o cechy, zachowania i zaburzenia, które często są związane z tymi zaburzeniami. Osoby z zaburzeniem typu *borderline*:

- mogą przejawiać zachowania samoutrudniające osiągnięcie celów,
- w sytuacjach stresowych rozwijają symptomy podobne do psychotycznych (np. halucynacje, zaburzenia obrazu własnego ciała, urojenia ksobne, objawy hypnagogiczne),
- często czują się bezpieczniejsze z obiektami pośrednimi czy przejściowymi, takimi jak zwierzęta czy przedmioty, niż z ludźmi,

- są zagrożone przedwczesną śmiercią, a także kalectwem,
- często tracą pracę, przerywają naukę, a także zrywają swoje intymne związki, w tym również małżeństwa,
- historia dzieciństwa tych osób ujawnia często doświadczenia przemocy fizycznej lub seksualnej, porzucenia, konfliktu wrogości oraz separację lub utratę rodziców.

Zaburzeniami z osi pierwszej, które często towarzyszą zaburzeniom typu *borderline*, są:

- zaburzenia nastroju,
- zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych,
- zaburzenia jedzenia (zwłaszcza bulimia),
- zaburzenia stresu pourazowego,
- zaburzenia uwagi/nadpobudliwość
- inne zaburzenia osobowościowe.

Dopracowanie definicji zaburzeń typu *borderline* pozwoliło na ich lepsze odróżnienie od innych kategorii, z którymi tak często zaburzenia te były i są mylone. Konsekwencją takiego stanu rzeczy było coraz częstsze diagnozowanie tego typu zaburzeń potwierdzone odpowiednimi orzeczeniami medycznymi i psychologicznymi.

Obecnie uznaje się, że ok. 2% całej populacji może charakteryzować się zaburzeniem osobowości typu *borderline*; w tym ok. 10% to ludzie korzystający z ambulatoryjnej formy terapii, a 20% to osoby leczone w szpitalach psychiatrycznych. Dodatkowo szacuje się, że osoby z zaburzeniem osobowości typu *borderline* stanowią od 30 do 60% wszystkich osób cierpiących na zaburzenia osobowości w ogóle.

2. *Borderline* przestało być nietypowe, ale czy stało się zrozumiałe?

Obecnie większość klinicystów jest zgodna co do tego, że osoby z zaburzeniami typu *borderline*, ze względu na doświadczanie bardzo intensywnych i niestabilnych emocji, niezwykle dramatyzm, jaki charakteryzuje ich życie, oraz stałe ryzyko okaleczenia się lub śmierci [Macdonald 1985; Perry, Frances, Clarkin 1985; Stone 1992; Rosenhan, Seligman 1994, Sokolik 1995a], wymagają pomocy terapeutycznej. Jednakże wykorzystywane dotychczas formy medycznych i psychologicznych oddziaływań są długotrwałe, kosztowne i niezbyt efektywne. Konsekwencją jest uznanie osób z zaburzeniami z tzw. pogranicza za bardzo trudne z punktu widzenia prowadzenia terapii i jej skuteczności [Carlson, Butcher, Coleman 1988; Lange 1989; Grzesiuk 1995a; 1995b; 1995c; Sokolik 1995b]. Można sądzić, że głównym powodem takiego stanu rzeczy jest stały niedostatek wiedzy na temat

omawianego zaburzenia³. Pomimo bowiem różnych propozycji teoretycznych przedstawionych w ostatnich dziesięcioleciach w literaturze przedmiotu, nie są do końca jasne ani przyczyny powstawania tego typu zaburzeń, ani mechanizmy odpowiadające za taki, a nie inny sposób funkcjonowania tych osób. Bardzo niewiele umiemy powiedzieć również na temat sposobów, w jaki ludzie ci doświadczają swojego zaburzonego istnienia.

Celem artykułu jest wskazanie głównych problemów, które utrudniają zrozumienie tego zaburzenia, oraz, w miarę możliwości, wskazanie kierunków dalszych poczynań teoretycznych i empirycznych, które pomogłyby je pokonać.

W swoich rozważaniach skoncentruję się na kilku ważnych i wzajemnie ze sobą powiązanych kwestiach, jakimi są:

- 1) Problemy definicyjne i związane z nimi ogólne możliwości dokonywania poprawnej diagnozy.
- 2) Teoretyczne propozycje wyjaśniające przyczyny powstawania tego typu zaburzenia oraz związane z nimi możliwości pomocy terapeutycznej. Próba wyłączenia aspektów wspólnych dla tych propozycji.
- 3) Losy osób z zaburzeniami typu *borderline* w badaniach Stone'a.
- 4) Pytania, na które warto znać odpowiedzi.

3. Problemy definicyjne

Pomimo sformułowania szczegółowych kryteriów diagnostycznych charakteryzujących zaburzenia osobowości typu *borderline*, kategorii tej nadal towarzyszą dyskusje dotyczące zarówno problemów definicyjnych wynikających z przyjęcia różnych wyjaśniających problem opcji teoretycznych, jak i preferowanych sposobów postępowania diagnostycznego. Wielu psychiatrów i psychologów po prostu nie akceptuje proponowanych systemów klasyfikacyjnych, utożsamiając je z biomedycznym modelem diagnozy, który został dawno potępiony za większe zainteresowanie jednostkami nozologicznymi niż pacjentami, za przedmiotowe traktowanie pacjentów i niemożność realizacji psychologicznych form terapii, jakie mogłyby być wykorzystane na podstawie uzyskanych wcześniej danych diagnostycznych (m.in.: [Kowalik, Brzeziński 1991; Zimbardo, Ruch 1988]). Inni, np. Jakubik (1997), proponując skądinąd bardzo ciekawe i wartościowe systemowe podejście do zaburzeń psychicznych (a zwłaszcza do zaburzeń osobowości), pod-

³ Przedstawione w DSM-IV kryteria zaburzeń osobowości typu *borderline* nie wyjaśniają, oczywiście, genezy zaburzeń. Stanowią one bowiem jedynie część deskryptywną diagnozy, która, zgodnie z podstawowym modelem diagnozy zaburzeń psychicznych, powinna odpowiadać nie tylko na pytanie „co się dzieje?”, ale również powinna prowadzić do zgromadzenia takich informacji, które pozwoliłyby na udzielenie odpowiedzi na pytanie, „jak to się stało”, że powstał dany problem i „dlaczego” uruchomił się taki, a nie inny mechanizm. Biorąc zaś pod uwagę możliwą złożoną etiologię zaburzenia oraz formy terapii, diagnoza powinna uwzględniać przyczyny biologiczne, psychologiczne oraz społeczno-kulturowe *borderline*.

ważają zasadność wyodrębnienia *borderline* jako oddzielnego typu zaburzeń. Jeszcze inni, hołdując tradycyjnemu psychoanalitycznemu pojmowaniu zaburzeń typu *borderline*, traktują je bardziej jako miarę głębokości zaburzeń psychicznych niż opis obrazu klinicznego. Odwołując się do teorii rozwojowych (głównie mieszczących się w nurcie relacji z obiektem) i posługując się ogólnymi wskaźnikami różnicującymi zaburzenia psychiczne na trzy szerokie grupy, zmierzają przede wszystkim do rozpoznania i umiejscowienia określonego problemu na rozwojowym kontinuum patologii, którego jeden koniec stanowią psychozy, drugi nerwice, a *borderline*, jak wskazuje sama nazwa, znajduje się pomiędzy nimi [Rymarsky 1998].

Powstaje zatem pytanie, czy można pokonać rozbieżności w pojmowaniu zaburzeń osobowości typu *borderline* i znaleźć jakąś wspólną podstawę umożliwiającą podjęcie konstruktywnej dyskusji na ich temat?

Na pierwszy rzut oka problem wydaje się nie do rozwiązania. Już sam fakt, że systemy klasyfikacyjne, takie jak DSM czy ICD, opracowywane są na podstawie fenomenologicznej, a psychodynamiczne wykorzystują perspektywę rozwojową wydaje się nie do pogodzenia. Jednak analiza funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline*, odzwierciedlająca kliniczny obraz objawów charakterystycznych dla tej grupy osób przedstawiany w obydwóch propozycjach, jest bardzo podobna. Co więcej, również wskaźniki różnicujące zaburzenia psychiczne wykorzystywane przez zwolenników obydwóch podejść są komplementarne (por. [Kuczyńska 2002]). Także niechęć do akceptacji współczesnych systemów klasyfikacyjnych, które pełnią przede wszystkim funkcje deskryptywne, nie wydaje się uzasadniona. DSM (czy ICD) służy jedynie opisowi i klasyfikacji zaburzeń. Nie obejmują one żadnych konkretnych propozycji teoretycznych wyjaśniających przyczyny opisywanych zaburzeń czy ich terapeutycznego traktowania. Jednakże systemy te są ściśle związane z ogólnym modelem diagnozy klinicznej, łączącym opis z wyjaśnieniem obejmującym rekonstrukcję patomechanizmu zaburzenia i analizą środowiskowych i konstytucjonalno-genetycznych czynników sprzyjających powstaniu danego zaburzenia (por. [Lewicki 1974; Sęk 1974; Kowalik, Brzeziński 1991; Brzeziński, Kowalik 1991; Paluchowski 2001]) oraz z wieloczynnikowym modelem etiologii zaburzeń psychicznych [Simons Pardes 1985]. Formalny model pełnego postępowania diagnostycznego umożliwia z jednej strony rozpatrywanie mechanizmów poszczególnych zaburzeń psychicznych z punktu widzenia uznawanych przez siebie teorii, z drugiej zaś sprzyja bardziej całościowemu podejściu do diagnozy i planowanych oddziaływań terapeutycznych, które wymusza w mniejszym lub większym stopniu uwzględnianie zarówno psychospołecznych, jak i biologicznych uwarunkowań problemu.

Dodatkowymi walorami sytemu są zawarte w nim informacje uzupełniające charakterystykę osób z zaburzeniami typu *borderline* o cechy, zachowania i zaburzenia często związane z tymi zaburzeniami, wskazanie innych zaburzeń, które z dużym prawdopodobieństwem mogą towarzyszyć występowaniu *borderline*, oraz

Tabela 1. Diagnoza osoby z zaburzeniami psychicznymi uwzględniająca wieloczynnikową etiologię

Modele	Opisowy (odpowiada na pytanie: co się dzieje?)	Dynamiczny (odpowiada na pytanie: jak mogło powstać dane zaburzenie?)	Rozwojowo-genetyczny (odpowiada na pytanie: dlaczego mogło powstać dane zaburzenie?)
Biologiczny	obejmuje badanie i opis fizycznego stanu pacjenta z uwzględnieniem: aktualnego stanu zdrowia i siły fizycznej, aktualnych chorób lub zaburzeń fizycznych w celu dokonania ogólnej oceny stanu fizycznego osoby oraz określenia wpływu aktualnych chorób i dolegliwości na fizyczną kondycję; DSM-IV, os trzecia	obejmuje próbę wyjaśnienia zaburzeń w ramach modelu biologicznego (koncentrującego się na udziale czynników biologicznych w powstawaniu i utrzymywaniu się chorób psychicznych oraz w ich leczeniu)	• historia czynników genetycznych i konstytucjonalnych • historia chorób fizycznych, urazów, operacji i stosowanych leków
Psychologiczny	obejmuje badanie i opis stanu psychicznego osoby w celu dokonania całościowej oceny jej aktualnego psychicznego funkcjonowania, określenia obszarów zaburzonych i niezaburzonych oraz zorientowania się w kategorii ewentualnych zaburzeń (tj. sprawdzenie, czy i jakie zaburzenia psychiczne wykazuje badana osoba); DSM-IV, os pierwsza i druga poziomu najlepszego funkcjonowania i kondycji psychicznej z ostatniego roku; DSM-IV; os piąta	obejmuje próbę wyjaśnienia zaburzeń w ramach modelu psychologicznego (koncentrującego się na udziale czynników psychologicznych w powstawaniu i utrzymywaniu się chorób psychicznych oraz w ich leczeniu)	czynniki rozwojowe i doświadczenia z okresu niemowlęstwa, dzieciństwa, adolescencji i dorosłości
Spoleczno-kulturowy	obejmuje badanie i opis aktualnej sytuacji życiowej pacjenta: aktualne wsparcie psychospołeczne, jakie uzyskuje pacjent, DSM-IV; os piąta; aktualnie działające stresory DSM-IV, os czwarta	obejmuje próbę wyjaśnienia zaburzeń w ramach modelu społeczno-kulturowego (koncentrującego się na udziale czynników społeczno-kulturowych w powstawaniu i utrzymywaniu się chorób psychicznych oraz w ich leczeniu)	historia rodziny z uwzględnieniem informacji na temat rasy, religii, kultury oraz statusu ekonomicznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Simons, Pardes 1985].

przedstawienie danych pozwalających na dokonanie diagnozy różnicowej, które zostały sformułowane na podstawie danych dostarczonych przez przedstawicieli wszystkich możliwych nurtów teoretycznych.

Konkludując, przy aktualnym stanie wiedzy wykorzystanie pełnego modelu postępowania diagnostycznego obejmującego system klasyfikacyjny DSM model ogólnej diagnozy oraz wieloczynnikowy model etiologii zaburzeń psychicznych stanowi dobrą propozycję wyjściową do rozważań nad zaburzeniami typu *borderline* (por. [Simons, Pardes 1985; Rosenhan, Seligman 1994; The Harvard Mental Health Letter 1996; Shea i in. 1999; Kuczyńska, w druku]).

4. Teoretyczne propozycje wyjaśniające przyczyny powstawania tego typu zaburzenia oraz związane z nimi możliwości pomocy terapeutycznej.

Próba wyłonienia aspektów wspólnych dla tych propozycji

Obecnie proponuje się trzy ogólne modele wyjaśniające przyczyny zaburzeń osobowości typu *borderline*. Są to modele biologiczne, społeczno-kulturowe oraz psychologiczne.

4.1. Model biologiczny

Koncepcje biologiczne upatrują źródeł zaburzeń osobowości *borderline* w genetycznych mechanizmach dziedziczenia jako czynnikach sprzyjających ich powstawaniu oraz w nieprawidłowościach związanych z regulacją neurotransmiterów.

Zaburzenia *borderline* występują pięć razy częściej u krewnych pierwszego stopnia niż w całej populacji. Ryzyko zachorowania podnoszą także występujące w rodzinie zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości antyspołecznej oraz zaburzenia nastroju.

Zwolennicy poglądu o znaczącej roli nieprawidłowego funkcjonowania neurotransmiterów nie są zgodni co do mechanizmów ich powstawania. Opierając się na podobieństwie symptomatyki zaburzeń osobowościowych typu *borderline* z innymi zaburzeniami osi pierwszej, w swoich badaniach sięgają do bardzo różnych koncepcji teoretycznych.

Badania nad wykorzystaniem neuroleptyków nawiązują do podobieństwa zaburzeń osobowości typu *borderline* do schizofrenii i hipotezy dopaminowej.

Badania nad wykorzystaniem inhibitorów MAO i antydepresantów koncentrują się wokół podobieństwa wybranych symptomów zaburzeń typu *borderline* do zaburzeń nastroju i nawiązują do hipotezy katecholaminowej.

Badania nad selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytywania serotoniny zmierzają do potwierdzenia hipotezy o selektywnym działaniu neurotransmiterów na wybrane aspekty funkcjonowania [Cacaro 1998].

W świetle uzyskanych wyników ten ostatni kierunek badań wydaje się przynosić najlepsze rezultaty. System serotoninowy ma bowiem istotny wpływ nie tylko na poprawę nastroju, ale również na agresywność, impulsywność oraz zachowania samodestrukcyjne. Wzmocnienie funkcji serotoninowej pomaga więc pacjentowi z *borderline* zmniejszyć siłę doznawanej wściekłości i furii oraz opłacać gwałtowne zmiany nastroju. Sprzyja to wzrostowi samokrytycyzmu pacjenta i ułatwia mu nawiązanie relacji terapeutycznej, co wcześniej było niemożliwe. Nawiązanie takiej relacji często wręcz umożliwia rozpoczęcie prowadzenia psychoterapii [Saltzman 1996].

4.2. Model społeczno-kulturowy

Zaburzenia typu *borderline* występują wszędzie, ale dokładne określenie, ile osób jest dotkniętych tym zaburzeniem, w jakim są wieku, oraz jakie obszary zamieszkują, jest bardzo trudne. Trudność ta związana jest z powszechnością problemów związanych z własną tożsamością wśród młodzieży i młodych dorosłych na całym świecie. Problemy te mają oczywiście zazwyczaj charakter przejściowy, ale w sytuacji, gdy towarzyszy im nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania tych osób mogą prowadzić do mylnej ich oceny jako zaburzeń osobowości typu *borderline*. Wiadomo jednak, że w 75% zaburzenia te diagnozowane są u kobiet. Według DSM-IV (1994) sytuacje, które sprzyjają powstawaniu omawianych zaburzeń, charakteryzują się emocjonalną niestabilnością, niepewnością, koniecznością podejmowania wyborów wyzwalających lęk, pojawieniem się dylematów egzystencjalnych, konfliktem związanym z orientacją seksualną, silną presją społeczną zmuszającą ludzi do podejmowania decyzji dotyczących własnego życia w warunkach silnej rywalizacji.

4.3. Model psychologiczny

Eda G. Goldstein (2003), porządkując psychologiczne koncepcje zaburzeń osobowości typu *borderline*, dzieli je na modele konfliktu i deficytu. Najogólniej model konfliktu, którego przedstawicielami są m.in. Otto Kernberg i James Masterson, zakłada, że zaburzenia z pogranicza są efektem wadliwej integracji popędów, afektów i relacji z obiektem, prowadzących do wytworzenia się specyficznej struktury obronnej. Natomiast model deficytu, reprezentowany m.in. przez Gertrudę i Robina Blanc czy Heinza Kohuta, kładzie nacisk na defekty „ego” lub „self”, wynikające z niepowodzeń rozwojowych.

4.3.1. Koncepcje psychodynamiczne

Pierwsze propozycje wyjaśnienia procesu powstawania zaburzeń osobowości typu *borderline* przedstawili psychoanalitycy.

Eda G. Goldstein (2003), porządkując psychologiczne koncepcje zaburzeń osobowości typu *borderline*, dzieli je na modele konfliktu i deficytu. Najogólniej model konfliktu, którego przedstawicielami są m.in. Otto Kernberg, James Masterson i Donald Rinsley, zakłada, że zaburzenia z pogranicza są efektem wadliwej integracji popędów, afektów i relacji z obiektem, które prowadzą do wytworzenia się specyficznej struktury obronnej. W związku z tym oddziaływania terapeutyczne powinny być ukierunkowane na stworzenie warunków ekspresji i konfrontacji sprzyjających wewnętrznej integracji. Natomiast model deficytu reprezentowany m.in. przez Gertrudę i Robina Blanc czy Heinza Kohuta kładzie nacisk na defekty „ego” lub „self” będące konsekwencją niepowodzeń rozwojowych. Cele i techniki terapeutyczne koncentrują się więc wokół budowania i wspomagania „ego”. W artykule jako egzemplifikacja podejścia psychodynamicznego omówione będzie dokładniej jedynie pierwsze stanowisko.

Teoretycy szkoły związków z obiektem i analizy charakteru (por. [Namysłowska 1983; Gracka 1991; Hamilton 1992; Johnson 1993; 1998]) zgodnie szukają źródeł określonego funkcjonowania człowieka w charakterze interakcji między podstawowymi potrzebami dziecka a możliwościami środowiska do ich zaspokojenia. Jeśli środowisko zaspokaja potrzeby dziecka, to jego rozwój przebiega prawidłowo, a życie dorosłego człowieka pozbawione jest patologii. Jeśli zaś potrzeby te nie są zaspokojone, to dziecko reaguje na rzeczywistość silnymi emocjami, takimi jak: wściekłość, smutek, przerażenie. W celu ochrony przed takimi negatywnymi emocjami powstaje obronna struktura odsuwająca raniące uczucia. Rodzaj zaangażowanych mechanizmów obronnych zależy od wielu czynników: głębokości urazu, poziomu rozwojowego oraz genetycznej siły bądź słabości. Rozwój „ego” ulega zahamowaniu w tym punkcie, w którym zostały włączone mechanizmy obronne i scementowane w charakter będący, w myśl terminologii psychoanalitycznej, zespołem sposobów, w jakie „ego” rozwiązuje nieuniknione konflikty między wewnętrznymi strukturami psychicznymi oraz tymi strukturami a wymaganiami otoczenia.

Związłą charakterystykę stanowiska charakterologicznego zaproponował Hilton (za [Johnson 1993]). Formowanie charakteru obejmuje, jego zdaniem, pięć faz:

1. Autoafirmację, w której organizm w sposób instynktowny potwierdza swoje prawo do istnienia, posiadania potrzeb, odrębności i niezależności, prawo do pewności siebie oraz prawo do miłości (w tym także miłości płciowej).

2. Negatywną reakcję otoczenia, która polega na negowaniu tych potrzeb i niepodjęciu wysiłków w celu ich zaspokojenia.

3. Reakcję organizmu na negatywne reakcje otoczenia. Jeśli reakcje dziecka nie będą odczytane i nie zostanie zmienione postępowanie środowiska w celu lepszego zaspokojenia jego potrzeb, wówczas zostaje ono zmuszone do zwrócenia się przeciwko sobie i zanegowania własnej ekspresji życiowej.

4. Autonegację, której ulega wówczas nie tylko pierwotna reakcja organizmu związana z potrzebą istnienia i przysługujących mu praw, ale również wtórna

reakcja organizmu związana z doświadczaną frustracją. „Ego” zwraca się przeciwko sobie i neguje własną ekspresję.

5. Następstwem autonegacji jest proces przystosowania, w którym organizm musi dostosować się zarówno do dokonanego zanegowania jaźni, jak również generowanych przez środowisko frustracji. Całą energię skierowuje zatem na rozwijanie postaw, zachowań i strategii umożliwiających mu funkcjonowanie w takim środowisku. Jest fazą, w której kształtuje się „fałszywe ja”, zawierające najlepsze wybory rozwiązań sytuacji konfliktowych dokonane przez „ego” na zasadzie kompromisu pomiędzy potrzebami osobistymi, wymaganiami otoczenia i różnego rodzaju zahamowaniami.

W zależności od fazy, w której następuje frustracja potrzeb, kształtują się różne postaci charakteru. W tradycyjnej terminologii charakterologicznej obejmują one charakter: schizoidalny, oralny, symbiotyczny, narcystyczny, masochistyczny i sztywny.

Psychozy charakteryzujące się poważnym zatarciem granic między „ja” i obiektem oraz głęboką fragmentacją utożsamiane są z frustracją występującą w okresie presymbiotycznym i symbiotycznym. W zaburzeniach z pogranicza i narcystycznych czynniki patogenne umiejscowione są w okresie indywiduacji i separacji. W *borderline*, zaburzeniu charakteryzującym się rozszczepieniem doświadczeń na całkowicie dobre i całkowicie złe, frustracja występuje w subfazie różniwania (por. [Namysłowska 1983; Johnson 1993; 1998]) lub wczesnego zbliżania [Mahler] (za: [Hamilton 1992]). Natomiast zaburzenia narcystyczne, dla których cechami dominującymi są idealizacja i dewaluacja, mają swój początek w subfazie późnego zbliżania i wczesnej fazy rozwoju całościowych relacji z obiektem.

Terapia zaburzeń charakteru jest złożona i długotrwała. Obejmuje ona cele afektywne, społeczno-behawioralne oraz poznawcze. Zgodnie z propozycją S. Johnsona (1993), dla osób o symbiotycznym charakterze cele afektywne obejmują m.in. zwiększenie autoekspresji, zredukowanie poczucia winy związanego z wyrażaniem siebie, zmniejszenie poczucia obowiązku w stosunku do innych, otwarcie dostępu do wrogich uczuć i ukierunkowanie ich na właściwy cel, wzmocnienie poczucia dumy i radości z wyrażania siebie, redukcję lęku przed pochłonięciem i porzuceniem, wzmocnienie poczucia „ja”. Cele poznawcze obejmują: otwarcie dostępu do patogennych przekonań (np. takich, że wyrażanie siebie krzywdzi innych), rozwinięcie wglądu we wzorce, które służą ochronie relacji z jednym z rodziców, oraz związane z nadmierną patogenną identyfikacją z jednym z nich, pomoc w przypomnieniu i zrozumieniu swojej historii związanej z rodziną, pomoc w uzyskaniu realistycznej percepcji otoczenia społecznego itd. W sferze behawioralno-społecznej cele te obejmują: wzmocnienie zachowań, które wyrażają oddzielenie się od osób znaczących, rozpoznanie i wzmocnienie zachowań służących samookreślaniu się, a pomocnych w doświadczaniu rzeczywistego „ja”, nabycie zachowań regulujących bliskość i dystans, rozwinięcie zachowań umożliwiających wyrażanie wrogości i agresji w społecznie akceptowany sposób.

4.3.2. Koncepcje poznawcze

Koncepcje poznawcze, jak sama nazwa wskazuje, poszukują przyczyn zaburzeń w treści i strukturze posiadanej przez jednostkę wiedzy oraz w mechanizmach jej uruchamiania i wykorzystywania (por. m.in.: [Ellis 1980; Rosenhan, Selgman 1994]).

Zdaniem Jeffreya Younga (1994), źródłem zaburzeń osobowości typu *borderline* są nieadaptacyjne, nieprawidłowe schematy odnoszące się do szerokiego zakresu zjawisk, uwzględniające „ja” jednostki i jej relacje z innymi, które rozwijają się we wczesnym dzieciństwie i są uszczegóławiane i dopracowywane przez całe życie. Schematy te są w znacznym stopniu dysfunkcjonalne. Są one zdolne do generowania bardzo szkodliwych emocji, których konsekwencje prowadzą do poczucia ekstremalnej porażki, samounieważniania i/lub ranienia innych. Kolidują w istotny sposób z możliwością zrealizowania potrzeby autonomii, więzi z innymi, samoekspresji itp. Schematy te są głęboko zakotwiczone i mają centralne znaczenie dla poczucia sensu istnienia własnej osoby. Zazwyczaj są one samonapędzające się, niezwykle trudne do zmiany na bardziej stabilne za pomocą tradycyjnych technik. Uaktywniają się nagle (wybuchają) pod wpływem codziennych zdarzeń związanych ze schematem lub w wyniku biologicznego stanu związanego z nastrojem jednostki. Istnieją dwie grupy czynników, które sprzyjają powstawaniu takich schematów: czynniki biologiczne związane z wysoką wrażliwością emocjonalną oraz środowisko rodzinne, które nie zapewnia poczucia bezpieczeństwa (tj. występuje fizyczna, seksualna lub werbalna przemoc lub nadużywanie przemocy, strach przed wybuchem złości), depryduje (nie zapewnia opieki lub opieka ta jest niestała), jest źródłem przykrego karania (związanego z krytykowaniem i odrzuceniem), którego działania prowadzą do ujarzmiania (rozumianego jako tłumienie indywidualnych potrzeb i uczuć dziecka).

Rodzaj uruchamianych schematów zależy od tego, jaki aspekt „ja”, mający wpływ na naturalne grupowanie schematów i przebieg procesów psychicznych, obejmuje schemat w danym momencie.

W zaburzeniach typu *borderline* możliwe jest uruchomienie pięciu schematów:

- opuszczonego dziecka,
- złego dziecka,
- karzącego rodzica,
- nieprzywiązanego opiekuna,
- zdrowego „ja”.

Young (1994) sugeruje, że działanie każdego z wymienionych schematów prowadzi do innych konsekwencji oraz charakteryzuje się specyficznym dla siebie zakresem manifestacji (znaków i objawów). Znając je, można, zdaniem autora, opracować odpowiednie dla poszczególnych pacjentów strategie terapeutyczne.

Schemat opuszczonego dziecka prowadzi do poczucia bezradności w zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa i uzyskiwania ochrony. Manifestuje się tym, że osoba jest depresyjna, bezradna, potrzebująca, przestraszona, czuje się bezwartościowa, niekochana, zagubiona, podejmuje wysiłki w celu uniknięcia opuszczenia, prezentuje wyidealizowaną opinię na temat opiekuna. Ogólna strategia terapeutyczna w takim przypadku powinna polegać na pomocy w identyfikacji, akceptacji i satysfakcjonującej realizacji potrzeb związanych z poczuciem bezpieczeństwa, ochrony i opieki.

Schemat złego dziecka prowadzi do impulsywnych działań w kierunku realizacji potrzeb lub wyrażania uczuć w nieodpowiedni sposób. Manifestuje się intensywną złością, impulsywnością, wymaganiami, poniżaniem innych, manipulowaniem, kontrolowaniem, nadużywaniem, grożeniem samobójstwem, promiskuityzmem. Ogólna strategia terapeutyczna powinna polegać na pomocy w nabyciu umiejętności odraczania realizacji potrzeb, uczeniu się uwzględniania ograniczeń oraz asertywnego wyrażania uczuć.

Schemat karzącego rodzica prowadzi do nieumiejętności wyrażania własnych potrzeb i uczuć oraz do niskiej samooceny i poczucia własnej wartości. Przejawia się on w samonienawiści osoby, w jej wysokim samokrytycyzmie, samoza-przeczaniu, samookaleczaniu, złości na siebie za to, że w ogóle ma potrzeby. Ogólna strategia terapeutyczna powinna polegać na pomocy w budowaniu samooceny, umiejętności odrzucania negatywnych komunikatów rodziców, które zaprzeczają „ja” osoby i wpływają na samonienawiść i karanie siebie.

Schemat nieprzwiązanego opiekuna prowadzi do odcięcia potrzeb i uczuć, nieumiejętności nawiązywania więzi z innymi ludźmi oraz posłusznego zachowania w celu uniknięcia kary. Manifestuje się on deprsonalizacją, poczuciem pustki, nudy, używaniem substancji psychoaktywnych, pijatykami (hulankami), skargami psychosomatycznymi, uległością. Ogólna strategia terapeutyczna powinna polegać na pomocy w doświadczaniu emocji wtedy, gdy powstają, bez ich blokowania, pomocy w odbudowywaniu więzi z innymi ludźmi, asertywności w zakresie potrzeb.

Podsumowanie i zsyntetyzowanie przedstawionych koncepcji teoretycznych z perspektywy ich właściwości wyjaśniających oraz będących ich konsekwencją propozycji terapeutycznych jest właściwie niewykonalne. Odmierna perspektywa ontologiczna koncepcji biologicznych, kulturowych i psychologicznych (a wśród nich także psychodynamicznych i poznawczych) uniemożliwia bowiem przełożenie na jeden wspólny język twierdzeń i wyników badań wyrażonych w różnych jakościach metodologicznych odpowiadających tym koncepcjom (por. [Brzeziński, Kowalik 1991]). Można jednak podjąć próbę wyłonienia pewnych faktów, które przedstawiciele różnych modeli i teorii postrzegają podobnie.

Biorąc pod uwagę teorie psychologiczne, przedstawione koncepcje psychodynamiczne i poznawcze wykazują duże podobieństwo.

- Przedstawiciele obu szkół początek zaburzeń umiejscawiają we wczesnym dzieciństwie.
- Uznają jednocześnie, że głównymi czynnikami patogennymi są doświadczenia wynikające z niewłaściwego funkcjonowania rodziny i jej najbliższego otoczenia.
- Doświadczenia te powodują poważne zakłócenia w rozwoju i funkcjonowaniu osoby,
 - przy czym koncepcje psychodynamiczne kładą główny nacisk na zakłócenia procesu rozwoju związane z brakiem zaspokojenie podstawowych potrzeb, których konsekwencją jest nieprawidłowe funkcjonowanie, natomiast koncepcje poznawcze koncentrują się na nieprawidłowym przetwarzaniu informacji o sobie i świecie, za które odpowiadają ukształtowane bardzo wczesnie dysfunkcjonalne struktury (schematy) poznawcze;
 - co więcej, przedstawiciele koncepcji psychodynamicznych opisują konsekwencje długotrwałego niezaspokojenia potrzeb nie tylko w emocjonalnej i behawioralnej sferze funkcjonowania, ale także w obszarze poznawczym, a psychologowie poznawczy, uzasadniając dramatyzm zachowań osób z zaburzeniami typu *borderline*, odwołują się do podstawowych potrzeb, takich jak autonomia czy nawiązywanie i utrzymywanie znaczących więzi z innymi, oraz emocji, które są wyzwalane z powodu ich niezaspokojenia.
- Największe podobieństwo w ramach obu nurtów teoretycznych prezentują terapeuci. Oczywiście, ani Johnson, ani Young nie są skrajnymi wyznawcami zaprezentowanych opcji teoretycznych. Koncentrując się na konkretnych założeniach teoretycznych i odpowiadającej im terminologii dotyczącej sposobu wyjaśniania patomechanizmu zaburzeń osobowości z pogranicza, proponują zdecydowanie szerszy sposób ich terapeutycznego traktowania; i chociaż sposoby postępowania terapeutycznego są całkowicie odmienne, cele terapeutyczne oraz obszary, których dotyczą, są bardzo podobne.

5. Losy osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* w badaniach Stone'a

Teorie zawsze stanowią mniej lub bardziej trafny, ale zawsze jedynie model rzeczywistości. W związku z tym wydaje się interesujące skonfrontowanie przedstawionych propozycji teoretycznych z wynikami badań empirycznych.

Większość publikacji poświęconych terapii osób z zaburzeniami typu *borderline*, które ukazywały się do końca lat osiemdziesiątych, donosi raczej o miernych efektach terapeutycznych [Carlson, Butcher, Coleman 1988]. Podkreśla się w nich trudności w „utrzymaniu” pacjenta na terapii, a także zwraca się uwagę na bardzo długi czas niezbędny do uzyskania pożądaných zmian. Stwierdzenia te wysuwane były przede wszystkim na podstawie badań poprzecznych. Z tej perspektywy

niezwykle ciekawe i wartościowe wydają się jedne z pierwszych opublikowanych badań podłużnych, które przeprowadził Michael Stone (1992). Przez ponad 10 lat śledził losy 206 pacjentów z zaburzeniami typu *borderline*. Badani pochodzili ze średniej i wyższej klasy społecznej, i przynajmniej raz byli hospitalizowani.

Najistotniejszym i najbardziej optymistycznym rezultatem badań Stone'a było stwierdzenie, że dwie trzecie wszystkich pacjentów pokonało swój kliniczny problem. Chociaż część z nich cierpiała z powodu uciążliwej zmienności nastroju i okresowo przeżywanych stanów lękowych, ok. 20% badanych nie przejawiało żadnych symptomów choroby. Okresem krytycznym poprawy stanu zdrowia był wiek 30-35 lat. Wyrażał się on przede wszystkim kształtowaniem harmonijnych intymnych związków (u połowy pacjentów), wyborem pewnej drogi zawodowej oraz przezwyciężeniem problemów związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków), zwłaszcza u tych osób, które próbowały podjąć leczenie w tym kierunku, np.: poprzez uczestnictwo w grupach AA.

Najbardziej pesymistycznym wynikiem badań Stone'a był wyższy niż oczekiwano procent samobójstw. Wynosił on 8,5% i był kilkaset razy wyższy niż w przeciętnej zdrowej populacji oraz podobny do tego, jakim charakteryzują się dwubiegunowe zaburzenia nastroju oraz schizofrenia. Ryzyko jest znacznie większe u osób młodych (15 z 17 prób samobójczych zostało popełnionych przez osoby przed trzydziestym rokiem życia). Co ciekawe, większość z nich nie została popełniona przez osoby wykazujące dodatkowo zaburzenia nastroju, ale przez te osoby, które charakteryzowały się wrogością i złością (por. [Korfine, Hooley 2000]).

Nadużywanie środków psychoaktywnych zwiększało ryzyko samobójstw sześciokrotnie. Najbardziej zagrożoną grupą ryzyka były kobiety, które jednocześnie charakteryzowały się zaburzeniami nastroju oraz nadużywaniem środków psychoaktywnych. Ryzyko to szacuje się aż na 37%.

Z badań Stone'a wynika, że drogi życiowe osób z zaburzeniami typu *borderline* są bardzo ciekawe: spośród 196 pacjentów, z którymi udało się utrzymać kontakt do końca badań, 10 zostało psychologami, inni zostali lekarzami, prawnikami, inżynierami, poetami, artystami i muzykami. W badanej populacji znalazły się również trzy prostytutki (w tym dwie męskie) i czterech morderców. Zagęszczenie nietypowości losów ludzi z zaburzeniami osobowości typu *borderline* jest niewątpliwie fascynujące i domaga się jakiegoś sensownego wyjaśnienia. Jednakże sam Stone, jak również inni badacze, jest niezwykle powściągliwy w wyrażaniu poglądów sugerujących jakiś elitaryzm rozważanych zaburzeń.

Czynnikami, które sprzyjały pozytywnemu ułożeniu sobie życia, okazały się: wysoka inteligencja, muzyczny lub artystyczny talent, bycie sympatycznym i uporządkowanym. Bardzo ważnym czynnikiem było również wsparcie i akceptacja rodziny. Czynniki związane z negatywnymi konsekwencjami to: tendencje antyspołeczne, chroniczna wybuchowość, ekstremalna nieśmiałość, chaotyczna impulsywność oraz odmowa podjęcia leczenia związanego z nadużywaniem środków

psychoaktywnych. Czynnikiem negatywnymi były również brak wsparcia rodziny, jej wrogość w stosunku do pacjenta, rodzina podzielona oraz kazirodztwo i przemoc fizyczna doświadczane we wczesnym dzieciństwie (por. też [Oldham, Morris 1997; Herman 1998]).

Jaką rolę odgrywa terapia? Większość badanych przebywała w szpitalu przez rok. W tym czasie 3 razy w tygodniu przechodzili intensywną terapię, zazwyczaj analityczną. Wielu z nich kontynuowało terapię przez następnych kilka lat i z reguły przynosiła ona pożądane rezultaty. Wśród badanych znajdowało się również kilka osób, które bardzo szybko zrezygnowały z leczenia i nigdy go ponownie nie podjęły, a pokonały swoje problemy.

Analiza efektów terapeutycznych z punktu widzenia rodzaju stosowanych oddziaływań pokazuje, że nie można zalecić jednego rodzaju terapii dla wszystkich pacjentów z tego typu zaburzeniem. Można jednakże wskazać te elementy terapii, które najwyraźniej związane są z pozytywnymi rezultatami. Należą do nich: humanistyczne podejście wykorzystujące łagodną perswazję, zrozumienie odpowiadające dynamice manifestowanych zachowań, cierpliwość, wgląd, zachęcanie, próby pomocy w kierunku wzięcia przez pacjenta większej odpowiedzialności za własne życie, wypracowywanie ograniczeń związanych z zachowaniami destrukcyjnymi i samodestrukcyjnymi oraz dostępność terapeuty (zwłaszcza w początkowych fazach terapii) umożliwiająca pomoc w poradzeniu sobie z niezwykle intensywnymi problemami emocjonalnymi.

Większość autorów zwraca uwagę na fakt, iż ze względu na impulsywność zachowań osób z zaburzeniami typu *borderline*, wśród których mogą pojawić się zachowania nieprzewidywalne i niezgodne z powszechnie uznawanymi normami społecznymi, ich emocjonalną zmienność i niestabilność oraz ze względu na duże zagrożenie wystąpienia zachowań samodestrukcyjnych, nie wszyscy terapeuci są w stanie poprowadzić terapię tych osób. Praca z osobami z zaburzeniami typu *borderline* wymaga od nich szczególnego przygotowania [Lange 1989; Grzesiuk 1995a; Sokolik 1995b; 1995c; Oldham, Morris 1997].

Najtrudniejszym problemem jest „utrzymanie” pacjenta na terapii, gdyż, jak wykazują dane Stone’a, ponad 40% pacjentów przerywa ją lub wypisuje się ze szpitala na własne żądanie.

6. Podsumowanie, czyli pytania, na które warto znać odpowiedzi

Przedstawione wcześniej rozważania oraz stanowiące ich uzupełnienie wyniki badań Stone’a pozwalają na sformułowanie kilku ważnych pytań. Sądzę, że znalezienie na nie odpowiedzi może przyczynić się do lepszego zrozumienia zaburzeń osobowości typu *borderline*, otwierając jednocześnie nowe możliwości pomocy osobom, które są dotknięte tymi zaburzeniami.

Pierwsza grupa pytań wiąże się z rolą czynników biologicznych w powstawaniu zaburzeń osobowości typu *borderline* oraz w sposobie psychicznego funkcjonowania osób charakteryzujących się tego typu zaburzeniem.

W modelu biologicznym wskazuje się na dwie grupy czynników związanych z występowaniem tego typu zaburzeń: genetyczne i neurofizjologiczne. Badania prowadzone w ostatnich latach, poświęcone zwłaszcza tej drugiej grupie czynników, wydają się niezwykle obiecujące. Jednakże wciąż nie wiadomo, czy wszystkie osoby z zaburzeniem osobowości typu *borderline* charakteryzują się nieprawidłowym funkcjonowaniem w zakresie przekazywania impulsów mózgowych. Czy dysfunkcje te dotyczą jednego typu neuroprzekaźnika, czy też wielu różnych? O jakie dysfunkcje tu chodzi? Jaki wpływ ma taka dysfunkcja na powstawanie obrazu siebie i świata oraz na poznawczą i afektywną interpretację zdarzeń, które tworzą podstawę ludzkiego doświadczenia? Literatura przedmiotu dysponuje już wynikami wielu badań, które wykazały, że osoby z zaburzeniami typu *borderline*, gdy mają do zapamiętania pozytywne i negatywne przymiotniki, zwracają większą uwagę na określenia negatywne i lepiej je zapamiętują. Czy zatem tendencja do konstruowania negatywnych przekonań oraz łatwiejsza aktywizacja negatywnych emocji jest wynikiem nieprawidłowego funkcjonowania systemu neuroprzekaźnikowego, czy też bolesnych doświadczeń sprzyjających nieprawidłowemu rozwojowi osobowości lub kształtowaniu się dysfunkcyjnych podstawowych schematów poznawczych. Jaki jest udział procesów biologicznych i psychologicznych w manifestowanej przez te osoby wrażliwości emocjonalnej, o której wspomina Young, czy niezwykle słabej tolerancji na stres, o której pisze Gunderson? Pewne nadzieje w tej kwestii dają koncepcje biospołeczne rozwijane z jednej strony przez Linehan, z drugiej – przez Millona [Cierpiałkowska 2004; Cierpiałkowska 2001].

Druga grupa pytań wiąże się z poznaniem mechanizmu funkcjonowania osób z zaburzeniami typu *borderline* w sytuacjach stresowych. Jakie sytuacje wyzwalają u tych osób lęk, jakie złość czy pustkę? Jak przebiegają procesy psychiczne w epizodach zablokowania otwartości i zmienności na dopływające informacje oraz uruchomienie bezwzględnej dysfunkcyjnej sztywności? Jak przebiega proces interpretacji zdarzeń, którego efektami mogą być paraliżujący lęk, ukierunkowana na zewnątrz lub wewnątrz agresja i przerażająca pustka? Jakie mechanizmy odpowiadają za niestabilność emocjonalną i trudności w kontrolowaniu impulsów? Jaką funkcję pełnią dla tych osób zachowania ryzykowne? Dlaczego nie są one związane z deklarowanym stosunkiem do życia, którym często pogardzają, i śmierci, której się jednak boją?

Trzecia grupa pytań dotyczy związku powstawania zaburzeń typu *borderline* oraz możliwości ich pokonania z punktu widzenia procesu rozwoju. Wśród teoretyków i badaczy istnieje rzadko spotykana zgodność co do tego, że wszystkie zaburzenia osobowości związane są z procesem rozwoju. Ta jednomysłność znajduje wyraz zarówno w umieszczeniu tych zaburzeń na osi drugiej DSM-IV, jak również w sytuowaniu patogenicznych doświadczeń we wczesnym dzieciństwie w prezentujących różne opcje teoretyczne koncepcjach psychologicznych próbujących wyjaśnić ich istotę. Jednakże dalej nie wiemy, dlaczego zaburzenia te ujawniają się w pełni dopiero w okresie adolescencji lub we wczesnej dorosłości,

i co takiego dzieje się w biologicznym, psychologicznym i społecznym procesie rozwoju człowieka w wieku 30-35 lat, co sprzyja pokonaniu tych zaburzeń przez wiele cierpiących na nie osób?

Czwarta i ostatnia grupa pytań dotyczy znaczenia szeroko pojętych warunków, w jakich przyszło nam żyć. Autorzy podręcznika DSM-IV wskazują na kilka społeczno-kulturowych warunków sprzyjających powstawaniu zaburzeń osobowości typu *borderline*, jednakże warunki te nie wydają się specyficzne i, prawdę mówiąc, charakteryzują większość współczesnych społeczeństw krajów rozwiniętych i gwałtownie rozwijających się. Nic więc dziwnego, że wielu autorów traktuje je jako czynniki sprzyjające rozwojowi nieprawidłowej osobowości w ogóle lub co najmniej typowej dla naszych czasów osobowości koncentrującej się wokół zindywidualizowanego „pustego ja”, którego możliwość dopełnienia wiąże się z wszechobecną kulturą konsumpcyjną, w jakiej szczególną rolę odgrywają reklama i psychoterapia [Cushman 1992; Col 1992; Rostafinsky 1992]. Na zagrażający wpływ czynników społeczno-kulturowych, obejmujących wszelaki postęp nauko-przemysłowy, wskazuje wielu autorów, i to nie od dziś (m.in.: [Framkl 1976; Cooke 1983; Lorenz 1986; Dubos 1986; May 1989]). Jednakże wprowadzona przez Cushmana (1992) metafora „pustego ja”, niezwykle wyraźnie odwołująca się do zaburzeń osobowości typu narcystycznego, a nade wszystko *borderline*, uzmysławia w znacznym stopniu bagatelizowaną przez psychologów siłę wpływów kształtowanego przez nas otoczenia na rozwój, szczęście i zdrowie człowieka.

Udzielenie odpowiedzi na postawione w tekście pytania na pewno nie jest łatwe. Z przedstawionych w artykule rozważań dotyczących koncepcji wyjaśniających powstawanie zaburzeń typu *borderline*, możliwości terapeutycznych oraz badań empirycznych wynika, że pełne zrozumienie patomechanizmu zaburzeń osobowości z pogranicza wymaga podejścia integracyjnego, uwzględniającego wpływy czynników biologicznych, psychologicznych i kulturowych, a także związanego z koniecznością przeprowadzenia wielu nowych badań zaprogramowanych w systemie interdyscyplinarnym.

Literatura

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC 1994.
- Bilikiewicz A., *Osobowość i uwagi ogólne na temat zaburzeń osobowości*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, PZWL, Warszawa 1992.
- Blais M.A., Hilsenroth M.J., Fowler J.Ch., Conboy C.A., *A Rorschach Exploration of the DSM-IV Borderline Personality Disorder*, „*Journal of Clinical Psychology*” 1998, vol. 55, 563-572.
- Bornstein R.F., *Dependency in the Personality Disorders: Intensity, Insight, Expression and Defense*, „*Journal of Clinical Psychology*” 1998, vol. 54(2), 175-189.
- Cantor N., Mischel W., *Prototypy w spostrzeganiu osób*, [w:] *Poznanie, afekt, zachowanie*, red. T. Maruszewski, PWN, Warszawa 1993.

- Carson R.C., Butcher N., Coleman J.C., *Abnormal Psychology and Modern Life*, Scott, Foresman and Company, Boston-London 1988.
- Clark L.A., *Introduction to the Special Section on the Concept of Disorder*, „Journal of Abnormal Psychology” 1998, 108, 3, 371-373.
- Coccaro E.F., *Clinical Outcome of Psychopharmacologic Treatment of Borderline and Schizotypal Personality Disorder*, <http://www.psychiatrist.com/psychosis/worldwide/current/clinical.htm>, 1998.
- Di Nuovo S., *Diagnoza zaburzeń osobowości typu „borderline” za pomocą testu Rorschacha*, „Przegląd Psychologiczny” 2000, t. 43, 1, 101-114.
- Ellis A., *Terapia krótkoterminowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
- Funtowicz M.N., Widiger Th., *A Sex Bias in the Diagnosis of Personality Disorder: An Evaluation of the DSM – IV Criteria*, „Journal of Abnormal Psychology”, 108, 3, 195-201.
- Goldman S.J., D'Angelo E.J., DeMaso, *Psychopathology in the Families of Children and Adolescents with Borderline Personality Disorder*, „American Journal of Psychiatry” 1993, 150, 12, 1832-1835.
- Gracka M., *Teoria wczesnego rozwoju poczucia siebie*, „Nowiny Psychologiczne” 1991, 3-4, 5-20.
- Grzesiuk L., *Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Wprowadzenie*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1995a, s. 307-308.
- Grzesiuk L., *Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Podejście behawioralno-poznawcze*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1995b, s. 319-322.
- Grzesiuk L., *Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Psychoterapia humanistyczno-egzystencjalna*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1995c, s. 323-338.
- Herman J.L., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
- Hunter E.E., *An Experiential-Descriptive Method for the Diagnosis of Personality Disorders*, „Journal of Clinical Psychology” 1998, vol. 4(5), 673-678.
- Internet Mental Health, www.mentalhealth.com, 1996.
- Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.
- Johnson S.M., *Humanizowanie narcystycznego stylu*, Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co, Warszawa 1993a.
- Johnson S.M., *Osobowość symbiotyczna i jej leczenie*, Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co, Warszawa 1993b.
- Johnson S.M., *Przemiana charakterologiczna – cud ciężkiej pracy*, Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co, Warszawa 1993c.
- Johnson S.M., *Style charakteru*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1998.
- Kaplan H.I., Sadock B.J., *Zaburzenia osobowości*, [w:] *Psychiatria kliniczna*, red. S. Sidorowicz, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, s. 169-185.
- Klein D.F., *Harmful Dysfunction, Disorder, Disease, Illness, and Evolution*, „Journal of Abnormal Psychology” 1999, 108, 3, 421-429.
- Kobayasi R., *Characteristics of those Who Refuse to Attend School in Fukuoka City: An Analysis Based on Teachers Reports*, „Japanese Journal of Psychiatry & Neurology” 1993, 47,3, 545-553.
- Koepf W., Schildbach S., Schmager C., Rohner R., *Borderline Diagnosis and Substance Abuse in Female Patients with Eating Disorder*, „International Journal of Eating Disorder” 1993, 14, 1, 107-110.
- Korfine L., Hooley J., *Directed Forgetting of Emotional Stimuli in Borderline Personality Disorder*, „Journal of Abnormal Psychology” 1999, 108, 3, 214-221.
- Lange J., *Leczenie stacjonarne adolescentów z borderline. Rozwój norweskiego „Domu Leczniczego”*, „Psychoterapia” 1989, 3, 70, 67-72.
- Lilenfeld S.O., Marino L., *Essentialism Revisited: Evolutionary Theory and the Concept of Mental Disorder*, „Journal of Abnormal Psychology” 1999, 108, 3, 400-411.

- Macdonald J.M., *The Personality Disorders*, [w:] *Understanding Human Behavior in Health and Illness*, red. R. Simons, Williams & Wilkins, New York 1985.
- Masiak M., *Zaburzenia osobowości*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, PZWL, Warszawa 1992.
- Mehlum L., Friis S., Vaglum P., Karterud S., *The Longitudinal Pattern of Suicidal Behaviour in Borderline Personality Disorder: A Prospective Follow-up Study*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1994, 90, 2, 124-130.
- Miller F.T., Abrams T., Dulit R., Fyer M., *Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder and Concurrent Axis I disorder*, „Hospital and Community Psychiatry” 1993, 44, 1, 59-61.
- Namysłowska I., *Psychoanalityczna teoria związków z obiektem*, „Psychiatria Polska” 1983, t. XVII, 5-6, 120-127.
- Namysłowska I., Witkowska-Ulatowska H., *Diagnoza borderline u dzieci i młodzieży*, „Psychiatria Polska” 1983, t. XXVI, 6, 451-460.
- Oldham J.M., Morris L.B., *Twój psychologiczny autoportret*, Jacek Santorski & CO Wydawnictwo, Warszawa 1997.
- Perry S., Frances A., Clarkin J., *A DSM-III Casebook of Differential Therapeutics. A Clinical Guide of Treatment Selection*, Brunner/Mazel, Publishers, New York 1985.
- Rosenhan D.L., Seligman M.E.P., *Psychopatologia*, PTP, Warszawa 1994.
- Runeson B., Beskow J., *Borderline Personality Disorder in Young Swedish Suicides*, „Journal of Nervous & Mental Disease” 1991, 179, 3, 153-156.
- Rymarsky M., *Diagnoza i terapia zaburzeń osobowości typu borderline w modelu psychodynamicznym*, wykład i seminarium wygłoszone w Instytucie Psychologii UW, 1998.
- Salzman C., *What Drug Treatments are Available for Borderline Personality Disorder?*
- Scully J.H., *Zaburzenia osobowości*, [w:] *Psychiatria*, red. J. Rybakowski, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, s. 327-348.
- Shea M.T., Benjamin L.S., Clarkin J.F., Magnavita J., *Personality Disorders: A Discussion of Current Status and Future Directions for Research, Practice, and Policy*, „Journal of Clinical Psychology” 1999, vol. 55(11), 1371-1384.
- Simons R.C., Pades H., *The Classification of the Mental Disorders*, [w:] *Understanding Human Behavior in Health and Illness*, red. R. Simons, Williams & Wilkins, New York 1985.
- Sokolik Z., *Psychoanaliza z parametrami*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzebiuk, PWN, Warszawa 1995a, s. 315-317.
- Sokolik Z., *Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Stosowanie psychoanalizy u pacjentów głębiej zaburzonych*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzebiuk, PWN, Warszawa 1995b, s. 308-315.
- Sokolik Z., *Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Psychoterapia zorientowana psychoanalitycznie*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzebiuk, PWN, Warszawa 1995a, s. 317-319.
- Sokolik Z., *Schizofrenia oraz zaburzenia z pogranicza nerwicy i psychozy*, [w:] *Psychoterapia*, red. L. Grzebiuk, PWN, Warszawa 1995b, s. 295-306.
- Stone M.H., *The Fate of Borderline Patients*, Internet Mental Health, www.mentalhealth.com.
- The Harvard Mental Health Letter, *Personality and personality disorders*, www.mentalhealth.com, 1997.
- Tomb D., *Psychiatria*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.
- Wakefield J.C., *Evolutionary versus Prototype Analyses of Concept of Disorder*, „Journal of Abnormal Psychology” 1999, 108, 3, 374-399.
- Watson D.C., Sinha B.K., *Comorbidity of DSM – IV Personality Disorders in Nonclinical Sample*, „Journal of Clinical Psychology” 1998, 54(6), 773-780.
- Wittgenstein L., *Dociekania filozoficzne*, PWN, Warszawa 1972.
- Wixom J., Ludolph P., Western D., *The Quality of Depression in Adolescents with Borderline Personality Disorder*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 1993, 32,6, 1172-1177.

Wojciszke B., *Teoria schematów społecznych*, Ossolineum, Wrocław 1986.
Young J.J.E., *Schema-Focused Therapy for Borderline Personality Disorder*,
<http://www.schematherapy.com/contents.htm>, 1989.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AS A NON-TYPICAL OR INCOMPREHENSIBLE DISORDERS?

Summary

In the paper the most important reasons which make BPD difficult to understand are indicated. Some suggestions how to overcome the existing difficulties in understanding BPD by means of both theoretical considerations and experimental work are also given.

The paper deals with such problems as:

- difficulties of BPDs definitions and their correct diagnosis,
- multifactor etiology of BPDs and different forms of their treatments,
- the fate of borderline patients – on the basis of Stone' (1992) research,
- questions which need answers.

Alicja Kuczyńska – dr hab., prof. nadzwyczajny w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Zdrowia Uniwersytetu Wrocławskiego.