

JOANNA SOLARZ-BOGUSŁAWSKA¹, ALEKSANDER ARASZKIEWICZ², WOJCIECH BOGUSŁAWSKI³

Emocje i relacje interpersonalne u pacjentów z osobowością typu borderline

Emotions and interpersonal relationships of patients with borderline personality type

¹III Oddział Psychiatryczny, Szpital Powiatowy Lipno

²Katedra Psychiatrii Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Oddział Chorób Wewnętrznych, Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu

KEYWORDS

borderline personality disorder (BPD), emotional control, interpersonal relationships

SUMMARY

Borderline personality disorder is defined as a serious disruption of the regulation of affect, deficits in social relations and behavioral dysregulation. The concept of emotional control is an interdisciplinary issue in psychopathology that has received numerous studies, both empirical and experimental. In parallel, the correct social relationships are partly a reflection of the ability to recognize emotions as their own and other people. The article collected information on the processes of emotional and personal interaction with people who are emotionally unstable (borderline personality type).

The text analyzed various scientific publications relating to the following descriptors: borderline disorder, affect, emotion, emotional control, emotional awareness, emotional acceptance, social behavior, social exclusion, trust, loyalty. The main clinical features of patients with personality disorders (borderline) are irregularities in the mechanisms of emotional control and the defect in the course of social relations. The genesis of such disorders can be both genetic as well as environmental, affecting already at the stage of prenatal development. Diagnosis of these disorders is difficult, because the symptoms of borderline personality may overlap with other psychiatric disorders.

WSTĘP

Pojęcie „zaburzenia osobowości z pogranicza” zostało opisane pod koniec XIX wieku (1). Wówczas po raz pierwszy użyto sformułowania „borderline insanity” (2). Od czasu wprowadzenia terminu „borderline” do nazewnictwa psychopatologii przez Sterna (3), określenie to odnosiło się do dolegliwości psychicznych pacjentów, których sposób funkcjonowania nie mógł być zaklasyfikowany według obowiązujących wówczas kryteriów diagnostycznych jako choroba psychotyczna lub nerwica. Obecnie funkcjonująca terminologia diagnostyczna wskazuje, że osobowość borderline dotyczy pacjentów wykazujących zachwianą równowagę emocjonalną, niesprawną kontrolę impulsów, labilność interpersonalną oraz niestabilność obrazu własnej osoby (4). Diagnoza różnicowa powinna uwzględniać szerokie spektrum zaburzeń psychicznych, szczególnie zaś schizofrenii, zaburzeń afektywnych, nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń lękowych (5).

Współcześnie, zaburzenia osobowości typu borderline są diagnozowane częściej niż miałyby to miejsce w porównaniu

z latami wcześniejszymi. Szacuje się, że w ogólnej populacji zaburzenia osobowości z pogranicza występują z częstością do 5,9% (3). W grupie pacjentów leczonych z powodów psychiatrycznych, współwystępowanie osobowości typu borderline może dotyczyć nawet 30% chorych (6). Nadal jednak brak rzetelnych badań epidemiologicznych, zaś aktualne wskaźniki pochodzą z badań retrospektywnych, nierzadko niewychwyłujących objawów prodromalnych. Choroba częściej dotyka osób poniżej 30. roku życia ze środowisk o niskim statusie społecznym, rozwiedzionych lub w separacji. Diagnoza częściej dotyczy kobiet (7), co może wynikać z odmiennych względem mężczyzn wzorców społecznych oraz kulturowych (8).

OBRAZ KLINICZNY

Obecnie, osobowość z pogranicza przynależy nozologicznie do grupy zaburzeń osobowości (4). Psychologiczne wykładniki zaburzeń obejmują odmienny od normy kulturowej charakter zasobów wewnętrznych, tj. przewlekłe i niezmiennie nieprawidłowe wzorce zachowań i przeżyć

wewnętrznych, które prowadzą do psychicznej niepełnosprawności (9). Trudności osobowościowe zmierzające do borderline rozpoczynają się w okresie dojrzewania, szczyt rozpoznawalności przypada na 25. rok życia. Wraz z wiekiem maleje liczba zdiagnozowanych przypadków, co wskazuje na większą stabilność emocjonalną i behawioralną u dojrzałych osób.

Pacjenci z osobowością z pogranicza często zdają sobie sprawę z kruchości swojej tożsamości. Objawy obejmują wyraźną ambiwalencję w licznych obszarach funkcjonowania. Częste są u nich gwałtowne zmiany nastrojów, mocno zarysowana skłonność do negatywnego afektu. Postrzeganie „self” nacechowane jest zarówno afirmacją, jak i dewaluacją. Ogromne są deficyty w relacjach interpersonalnych przejawiające się jako: nieumiejętność nawiązania dialogu i współpracy, nieprzerwana krytyka i obwinianie innych oraz techniki bezuczuciowej manipulacji. Globalnie, wyraźna jest emocjonalna i społeczna chaotyczność życia, do której ukojenia dążą, podejmując akty autodestrukcji. Należą tu początkowo agresja werbalna, zaś finalnie nieumiejętność poradzenia sobie z negatywnymi emocjami prowadzi do samookaleceń i prób samobójczych (10).

REGULACJA EMOCJI

Zaburzenia osobowości z pogranicza charakteryzują się wyraźnie jako nieadaptacyjne sposoby kontroli emocji. Kontrola emocji jest w literaturze przedmiotu różnie definiowana. Fletcher i wsp. (11) podają, że definicja ta jest prawidłowa i obowiązująca, niemniej kontrola emocji jest konstruktem wielowymiarowym. Jak wskazują Gratz i Romer (12), w kontroli emocji ważne są nie tylko monitorowanie i ocena oraz modyfikacja afektywnego doświadczenia, ale również świadomość i rozumienie tych procesów. W ujęciu podstawowym równowaga w mechanizmach kontroli emocji wyrażona jest jako deprecjonowanie negatywnych i wzmacnianie pozytywnych emocji (13).

Jednocześnie, istnieją liczne definicje opisujące niestabilność emocjonalną. Według „Diagnostyczno-Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiatrycznych” DSM V („The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”) labilność emocjonalna charakteryzowana jest jako permanentne zmiany nastroju i brak stabilnych doświadczeń emocjonalnych (4). Wcześniejszy, szerszy opis został zaproponowany przez Koenigsberga (14) i wskazywał, że pojęcie „niestabilności emocjonalnej” opisuje łatwo wzbudzone, intensywne i/lub nieproporcjonalne do doświadczeń emocje oraz opóźniony czas powrotu do emocjonalnej stabilności.

Według Cole i wsp. (15) brak równowagi emocjonalnej jest najbardziej istotną charakterystyką kliniczną wszystkich pacjentów. Wykazano, że eskalacja emocji jest u nich wyraźnie nasilona w porównaniu do osób zdrowych (16), nawet gdy nie doświadczają zaburzeń nastroju (17). Dodatkowo zauważono, że u pacjentów z osobowością borderline dzienne zmiany nastroju są też istotnie silniejsze w porównaniu do miesięcznych fluktuacji

nastroju raportowanych przez chorych na depresję (18). Wskazuje to na zwiększoną impulsywność emocjonalną, której wykładnikami są ruminacje oraz katastrofizacja, a przyczyną zaburzone wyciszenie aktywności nerwowej związanej z emocjami (10). Jednocześnie wykazano, że niestabilność emocjonalna jest silniejszym niż impulsywność predyktorem objawów charakterystycznych dla osobowości z pogranicza (19). Wyraźna ekspresja emocji u osób zdrowych ma bowiem przemijający charakter, co zwraca uwagę na wartość diagnostyczną dynamiki reakcji emocjonalnych w zaburzeniach osobowości (18).

Pacjenci z zaburzeniami osobowości z pogranicza eliminują emocje wywołane negatywnym afektem, co z jednej strony przekłada się na nieumiejętność rozróżniania stanów emocjonalnych, a z drugiej na brak tolerancji dla ekspresji negatywnych stanów emocjonalnych. Czynniki te w połączeniu z biologicznymi predyspozycjami do zaburzeń osobowości oraz niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi działającymi w okresie dzieciństwa, a charakteryzującymi się niewłaściwym kształtowaniem kontroli emocji dziecka przez opiekunów, mogą ostatecznie znaleźć odzwierciedlenie w zaburzeniach osobowości typu borderline (20). Młody człowiek nie korzysta bowiem z własnych emocji, błędnie je interpretując, stąd szuka nowych, często nierzeczywistych celów i oczekiwań wobec własnej osoby (21). Jednocześnie, u jednostek wychowywanych w rodzinach hamujących doświadczenie pełnego wachlarza emocji, stopniowo pielęgowany jest brak akceptacji dla nadmiernej wrażliwości, nasilonej ekspresji emocji oraz trudności w powrocie do równowagi emocjonalnej po wystąpieniu afektywnego doświadczenia określanego wspólnie mianem emocjonalnej podatności na zranienie (22). Model konfliktu pomiędzy „self” a „obiektem” – rodzicem – był również analizowany przez Kernberga i wsp. (23). Zakładał on, że agresja w okresie wczesnego dzieciństwa zaburza przebieg procesów integracji osobowości i doprowadza do osłabienia ego poprzez uruchomienie mechanizmów rozszczepienia i skrajnych form projekcji. Poza rozszczepieniem badacz wskazywał również na inne prymitywne mechanizmy obronne dobrego „self”, ale i „obiekta”, takie jak zaprzeczenie, wszechmocna kontrola, idealizacja i dewaluacja. Wewnętrzne mechanizmy sterowania emocjami zapobiegają osobistym konfliktom, jednak doprowadzają do poważnych deficytów kontroli nad złością (24). Tak kształtowany w dzieciństwie typ osobowości jednostki nie może być zaklasyfikowany do żadnej z organizacji osobowości, umiejscawiając się na ich „pograniczu” (25).

Należy podkreślić, że u pacjentów z zaburzeniami osobowości z pogranicza występują poważne deficyty w świadomości emocjonalnej, niezbędnej dla kontroli afektu. Zaburzona jednostka nie jest zdolna do eksploracji własnych doświadczeń wewnętrznych, nie potrafi też nazwać przeżywanych emocji, stąd jej mechanizmy samoregulacyjne w konkretnych sytuacjach nie mają charakteru adaptacyjnego. Co więcej, brak świadomości emocjonalnej implikuje deficyty w relacjach społecznych, potęgując upośledzoną

samoregulację emocji. (26). Beblo i wsp. (27) ocenili świadomość emocjonalną u 19 osób z diagnozą osobowości borderline i 20 ochotników, wykorzystując technikę ankiety. Autorzy wykazali, że brak świadomości doświadczanych emocji jest istotnie wyższy w grupie badanej, jednocześnie konkludując, że intensywnie negatywne doświadczenia dnia codziennego u chorych mogą wywoływać poważną labilność emocjonalną, przy czym dysfunkcje emocjonalne nie dotyczą kompetencji poznawczych, a jedynie przejawianych zachowań.

Kolejnym obszarem deficytów emocjonalnych w omawianej jednostce chorobowej jest akceptacja emocji, niezbędna dla komfortu psychicznego, ale i dobrostanu fizycznego oraz społecznego. Jak podaje literatura przedmiotu, akceptacja pełnego zestawu emocji wraz z aspektem behawioralnym nastawienia do emocji stanowi o akceptacji afektywnych doświadczeń bez ich dewaluacji/wyhamowania, a tym samym jest jednym z filarów strategii regulacyjnych. Liczne opracowania dowiodły, że tłumienie własnych emocji, zwłaszcza negatywnych, wywołuje agresję oraz pobudzenie (28). W badaniu z 2009 roku (29) udowodniono, że akceptacja negatywnych emocji (lęku) jest najskuteczniejsza w sterowaniu własnym stanem emocjonalnym. Podobne obserwacje poczynili wcześniej inni badacze (30). Według Schramma i wsp. (31) unikanie emocji jest nierozdzielnie związane z obrazem klinicznym osobowości z pogranicza, prowadząc do braku mechanizmów kontroli emocji. W obserwacjach klinicznych pacjentów, którym demonstrowano fotografie twarzy wyrażających różne stany emocjonalne, zauważono, że chorzy są istotnie bardziej wrażliwi na zdjęcia obrazujące negatywne emocje. Inne badania potwierdzają, że w zaburzeniach osobowości typu borderline brakuje tolerancji zarówno dla neutralnych, jak i pozytywnych oraz negatywnych afektów (32).

Jak sugerują badania, etiologia oraz patomechanizm osobowości typu borderline opierają się nie tylko na osobniczych uwarunkowaniach genetycznych i biologicznych, ale i czynnikach środowiskowych. Niekorzystne czynniki mogą działać już w życiu płodowym, wpływając głównie na funkcje rozwijającego się układu nerwowego. Należą tu: infekcje wirusowe, ekspozycja płodu na leki, alkohol, narkotyki przyjmowane przez matkę (22). Inne, najczęściej środowiskowe determinanty rozwoju emocjonalnego, ze szczególnym uwzględnieniem doświadczeń traumatycznych (np. wykorzystywaniem seksualnym), zwykle w wieku dziecięcym, powodować mogą również zmiany strukturalne na poszczególnych piętrach układu nerwowego, pogłębiając deficyty funkcjonalne (15). Istotnie, badania neurokognitywistyczne rekrutujące pacjentów z osobowością borderline wykazały, że na poziomie komórkowym dochodzi do zmian w przekaźnictwie nerwowym, przy czym dotyczą one zarówno mediatorów pobudzających korę mózgową, tj. serotoniny, oksytocyny czy kwasu L-glutaminowego, jak i neuroprzebieżników hamujących, tj. peptydów opioidowych. Ustalono, że zmiany funkcjonalne najczęściej dotyczą ciała migdałowatego, hipokampa, kory orbitofrontalnej

i zakrętu obręczy, z których każda pełni fundamentalną rolę w mechanizmach kontroli emocji (33).

Dotyczy tego psychobiologiczna koncepcja przetwarzania emocji, w myśl której ciało migdałowate oraz wyspa są centralnymi obszarami mózgowia, w których dokonywana jest ewaluacja bodźców wywołujących emocje. Kolejno, impulsy są przekazywane do podwzgórza oraz pnia mózgu celem wywołania autonomicznych odpowiedzi behawioralnych. Jednocześnie w przedczołowych oraz ciemieniowych obszarach kory mózgowej dochodzi do alokacji uwagi, zaś w bocznej i przyśrodkowej korze czołowej – do kontroli i modulacji afektu. Ponadto, postuluje się, że grzbietowo-boczne obszary kory przedczołowej kontrolują pracę struktur układu limbicznego, tj. zakrętu obręczy oraz amygdali (34). Kolejno, badania neuroobrazowe potwierdziły, że struktury mózgowia zaangażowane w mechanizmy kontroli emocji są zmienione u pacjentów z osobowością borderline. Wykazano, że objętość hipokampa, ciała migdałowatego, zakrętu obręczy i zakrętu wrzecionowatego są zmniejszone u chorych (35). Badania z dziedziny neurobiochemii dodatkowo udowodniły, że zaburzenia emocjonalne u pacjentów z osobowością z pogranicza mogą być również wynikiem niesprawnego funkcjonowania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (2).

Zakłócone przewodnictwo nerwowe, którego mediatorem jest serotonina, stanowi czynnik ryzyka zaburzeń emocjonalnych (36). Wykazano, że pacjenci z zachowaniami impulsywnymi i agresywnymi mają istotnie obniżone stężenie metabolitów serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym, zaś efekt farmakologiczny po podaży agonistów receptorów serotonergicznych jest u nich niewielki. Ustalono też, że u pacjentów metabolizm w obrębie struktur nerwowych jest zmieniony, zwłaszcza w obrębie przedniej części kory zakrętu obręczy, a zmiany ustępują po podaży inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Inny neuroprzebieżnik – oksytocyna – odpowiedzialny jest za uległość, ufność, przywiązanie i inne zachowania prospołeczne. U rodziców wykazujących ogromne przywiązanie i intensywną opiekę nad potomstwem stężenie oksytocyny jest zwiększone (37). Jednocześnie udowodniono, że u pacjentek z zaburzeniami osobowości borderline stężenie tego neurohormonu we krwi obwodowej jest wyraźnie zmniejszone i koreluje ujemnie z traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie (38). Z drugiej strony udowodniono, że egzogenna podaż oksytocyny pomaga wyciszać emocje wywołane afektywnym doświadczeniem (39), jednak u pacjentów z osobowością borderline takie podejście terapeutyczne może jedynie zmniejszyć wrażliwość na zagrożenie (40).

Pacjenci z zaburzeniami osobowości z pogranicza wykazują stłumioną percepcję wrażeń bólowych określaną mianem relatywnej analgezji (41), co sugeruje udział peptydów opioidowych w patogenezie tego schorzenia (42). Stanley i wsp. (43) u pacjentów z osobowością borderline dokonujących samookaleceń bez skłonności samobójczych wykazali zmniejszone stężenie endorfin oraz enkefalin w płynie mózgowo-rdzeniowym. W pozytonowej tomografii

emisyjnej udowodniono, że u osób z zaburzeniami osobowości z pogranicza ekspresja receptorów opioidowych, a tym samym aktywność endogennego układu opioidowego jest uzależniona od stanu emocjonalnego (44).

Jak donoszą liczne opracowania, deficyty funkcjonalne opisanych molekuł mogą być wynikiem zmian genetycznych w genach kodujących neuroprekażniki. Badania molekularne wykazały, że zmiany polimorficzne u opisywanych chorych mogą dotyczyć genów kodujących receptor serotoniny czy hydroksylazę tryptofanu (45). Badania asocjacyjne genomu przeprowadzone w grupie ponad 8000 pacjentów przez Lubke i wsp. (46) zwróciły uwagę na udział polimorfizmów w obrębie genu kodującego białko uczestniczące w procesach mielinizacji. Jak dotąd jednak nie udało się jednoznacznie ustalić *locus/loci* odpowiedzialnych za fenotyp zaburzeń osobowości z pogranicza (2).

Inne badania pozwoliły wysunąć tezę, że aktywność osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej u pacjentów wykazujących cechy osobowości z pogranicza jest zmieniona, co finalnie prowadzi do deregulacji mechanizmów kontrolujących emocje. Niemniej, wyniki przeprowadzonych badań są często sprzeczne, głównie ze względu na niewielkie liczebności grup badanych i odmienną charakterystykę kliniczną pacjentów, głównie współchorobowość, co nie pozwala ostatecznie stwierdzić, czy aktywność osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej jest zwiększona czy obniżona u osób z osobowością chwiejną emocjonalnie (1).

RELACJE INTERPERSONALNE

Obok dysregulacji mechanizmów kontroli emocji, zaburzenia w kontaktach międzyludzkich są kolejnym z centralnych deficytów raportowanych od lat u osób z osobowością typu borderline (47). Prawidłowe relacje społeczne są wykładnikiem niezakłóconych procesów poznawczych, tj. zdolności do rozpoznawania emocji i intencji drugiego człowieka. U opisywanej grupy pacjentów zaburzenia interpersonalne dotyczą trzech domen społecznych, tj. społecznej afiliacji, współdziałania oraz wrogości w kontaktach. Dane literaturowe wskazują, że chorzy z osobowością typu borderline nieprawidłowo interpretują nawet neutralne społecznie sytuacje, czują się wyobcowani, czasem odrzuceni w obrębie swojej społeczności i cierpią z powodu nieumiejętności naprawy nadszarpniętych relacji (48).

Prawidłowe funkcjonowanie społeczne może być interpretowane w oparciu o wynik skali ogólnej oceny funkcjonowania interpersonalnego (ang. *global assessment of functioning* – GAF) wynoszący przynajmniej 61 punktów (4). Tymczasem badania oceniające skuteczność terapii stosowanych u pacjentów z osobowością borderline wskazują, że średnio połowa chorych nie osiąga wyniku 60 punktów w skali GAF nawet po zakończeniu leczenia (49). Równolegle, wyniki badań naukowych potwierdzają, że u podłoża tych deficytów leżą nieprawidłowości w transmisji sygnałów nerwowych w obrębie części czołowej kory limbicznej.

Codziennie relacje społeczne u opisywanej grupy pacjentów są ubogie i wyraźnie niestabilne. Liczne obserwacje kliniczne donoszą, że życie społeczne tych osób charakteryzują: burzliwe, niestabilne związki partnerskie, brak satysfakcji z małżeństwa, silna niepewność przywiązania czy problemy z komunikacją. Deficyty społeczne są często kompensowane przy wykorzystaniu nieprzystosowanych źródeł wsparcia (50), doprowadzając początkowo do przemocy psychicznej, a następnie też fizycznej. Dane empiryczne wskazują, że osoby chwiejne emocjonalnie wybierają istotnie częściej na partnerów życiowych osoby z zaburzonym zdrowiem psychicznym (51). Również relacje rodzic-dziecko są często zakłócone. Matki z osobowością typu borderline odczuwają niepokój, przytłoczenie, a nawet złość wobec potomka. Często prezentują niespójne reakcje odpowiedzi na potrzeby dziecka i nieumiejętnie odczytują jego afekt. Jednocześnie wykazują tendencję do powielania traumatycznych wydarzeń, których mogły doświadczyć w dzieciństwie (52).

Relacje międzyludzkie w literaturze fachowej analizowane są najczęściej metodami ankietowymi, poprzedzonymi swobodną lub kierowaną sytuacją wymagającą uruchomienia mechanizmów behawioralnych. Subiektywnie, pacjentów z osobowością borderline charakteryzują wyjątkowa zmienność i ekstremalizm w relacjach interpersonalnych, tj. wyraźnie nasiloną kłótniowość, wrogość, słabe przywiązanie. Jednocześnie wykazują oni tendencję do nieprawidłowej interpretacji neutralnych zdarzeń społecznych, mają problemy z włączeniem się do grupy i naprawą problemów społecznych (48). Istnieją również badania potwierdzające, że u osób chwiejnych emocjonalnie typu borderline doświadczenie negatywnego afektu wywołuje zaburzenia w sferze pozawerbalnej pod postacią nieodpowiedniej do sytuacji wysokości czy intonacji głosu. U chorych z tendencją do aktów autodestrukcji przejawiają się one również jako nieumiejętność odczytywania i interpretacji sygnałów pozawerbalnych innych osób (53).

W kohortach pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline przeprowadzane są również eksperymenty indukujące odrzucenie społeczne. Williams i Jarvis (54) do oceny stopnia nasilenia ostracyzmu zastosowali grę komputerową „Cyberball”. Gra polegała na odbijaniu piłeczki pomiędzy 3 lub 4 graczami, przy czym poza badanym pozostali uczestnicy byli wirtualni, a ich ruchy w grze kontrolowane przez programistę w taki sposób, aby wywołać u badanego zarówno neutralne odczucia interpersonalne, jak i reakcję przynależności do grupy graczy (równomierne odbijanie piłeczki pomiędzy wszystkimi graczami) lub wykluczenia z niej (unikanie podawania piłeczki do badanego przez dłuższy czas). W badaniach przeprowadzonych w grupie pacjentów chwiejnych emocjonalnie typu borderline wykazano, że u osób tych odrzucenie społeczne jest silnie nie tylko w warunkach wykluczenia z gry, ale nawet podczas neutralnych i pozytywnych jej okoliczności. Społeczne odrzucenie manifestowało się ekspresją pogardy, niechęci i złości

kierowanych do współgraczy, zaś na poziomie komórkowym objawiało się zaburzeniami aktywności mózgowej w obrębie bruzdy i przedklinka (55).

Zaburzenia relacji społecznych mogą być także wynikiem zakłóconych mechanizmów współdziałania, wzajemności i zaufania w grupie. W badaniach analizujących zachowania społeczne w podanych aspektach Unoka i wsp. (56) oraz King-Casas i wsp. (57) zastosowali grę opartą na współpracy pomiędzy inwestorem a powiernikiem. Warunkiem uzyskania korzyści dla obu stron było wzajemne zaufanie pomiędzy graczami, którego wykładnikiem w grze były wysokie inwestycje i tym samym wysokie wygrane. Unoka i wsp. (56) zauważyli, że osoby z zaburzeniami osobowości typu borderline odgrywające rolę inwestora nie potrafiły nawiązać z powiernikiem wspólnych, opartych na zaufaniu reakcji, były mniej optymistyczne wobec korzyści wynikających z kooperacji, ale jednocześnie skłonne podejmować ryzyko w grze. Podobnie wyniki badań King-Casas i wsp. (57)

potwierdziły głębokie deficyty w zdolnościach do współpracy, wskazując jednocześnie na nieumiejętność naprawy nieprawidłowych interakcji z współgraczami.

WNIOSKI

Nieprawidłowości mechanizmów kontroli emocji oraz przebiegu relacji społecznych stanowią główne charakterystyki kliniczne osób dotkniętych zaburzeniami osobowości typu borderline. U podłoża zaburzeń mogą leżeć czynniki zarówno genetyczne, jak i środowiskowe, działające już na etapie rozwoju prenatalnego. Jednocześnie, tożsamość objawów klinicznych osobowości z pogranicza z innymi zaburzeniami psychicznymi stwarza problemy diagnostyczne. Istnieje potrzeba przeprowadzenia dalszych badań zmierzających do określenia bezsprzecznych czynników etiologicznych i ustalenia objawów swoistych dla schorzenia, a tym samym projektowania optymalnych rozwiązań terapeutycznych.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Joanna Solarz-Bogusławska
Szpital Powiatowy Lipno
ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno
tel. +48 602-189-110
aboguslawska@poczta.onet.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Kaess M, Hille M, Parzer P et al.: Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37: 157-161.
2. Schmahl C, Herpertz SC, Bertsch K et al.: Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014; 1: 12.
3. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ: Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* 2014; 28(5): 734-750.
4. American Psychiatric Association: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association, Arlington 2013.
5. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B et al.: Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2014; 5: 10.
6. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Boonyanaruthee V et al.: Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1091-1096.
7. Bourke ME, Grenyer BF: Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis. *Psychother Res* 2010; 6: 1-12.
8. Mandal E, Kocur D: Makiawelizm i taktyki manipulacji podejmowane przez pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline w życiu codziennym i podczas terapii. *Psych Pol* 2013; XLVII(4): 667-678.
9. Brüne M: Borderline Personality Disorder: Why 'fast and furious'? *Evol Med Public Health* 2016; 2016(1): 52-66.
10. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell SL: Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Res* 2015; 225: 425-432.
11. Fletcher K, Parker G, Bayes A et al.: Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: differences and relationships with perceived parental style. *J Affect Disord* 2014; 157: 52-59.
12. Gratz LK, Roemer L: Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation. Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26(1): 41-54.
13. Quoidbach J, Berry E, Hansenne M, Mikolajczak M: Positive emotion regulation and well-being: comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Pers Individ Differ* 2010; 49: 368-373.
14. Koenigsberg HW: Affective instability: toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *J Pers Disord* 2010; 24: 60-82.

15. Cole PM, Llera SJ, Pemberton CK: Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Dev Psychopathol* 2009; 21(4): 1293-1310.
16. Becerra R, Cruise K, Murray G et al.: Emotion regulation in bipolar disorder: are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders? *Open J Psychiatry* 2013; 3: 1-7.
17. Hay AC, Sheppes G, Gross JJ, Gruber J: Choosing how to feel: emotion regulation choice in bipolar disorder. *Emotion* 2015; 15: 139-145.
18. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW: *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Washington 2008: 1-24.
19. Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R, Trull TJ: The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *J Pers Disord* 2007; 21(6): 603-614.
20. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 922-928.
21. Chapman AL, Derbidge ChM, Cooney E et al.: Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2009; 23(2): 122-140.
22. Ogłodek E: Emotional dysregulation in borderline personality disorder. *Pol Merkur Lekarski* 2011; 30(176): 160-163.
23. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN: Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal* 2008; 89(3): 601-620.
24. Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N et al.: An approach to the psychobiology of personality disorders. *Dev Psychopathol* 2003; 15(4): 1093-1106.
25. Caligor E, Diamond D, Yeomans FE, Kernberg OF: The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *J Am Psychoanal Assoc* 2009; 57(2): 271-301.
26. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM: A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull* 2009; 135(3): 495-510.
27. Beblo T, Pastuszek A, Griepentrog J et al.: Self-reported emotional dysregulation but no impairment of emotional intelligence in borderline personality disorder: an explorative study. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198(5): 385-388.
28. Campbell-Sills L, Barlow DH: Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. [In:] Gross JJ (ed.): *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press, New York 2007: 542-559.
29. Hofmann SG, Heering S, Sawyer AT, Asnaani A: How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behav Res Ther* 2009; 47(5): 389-394.
30. Roemer L, Orsillo SM: An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Ther* 2007; 38: 72-85.
31. Schramm AT, Venta A, Sharp C: The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. *Pers Disord* 2013; 4: 138-144.
32. Veague HB, Hooley JM: Enhanced sensitivity and response bias for male anger in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2014; 215: 687-693.
33. Ochsner KN, Gross JJ: The Neural Bases of Emotion and Emotion Regulation: A valuation Perspective. [In:] Gross JJ (ed.): *Handbook of Emotion Regulation*. 2nd ed. Guilford Press, New York 2014: 23-42.
34. Buckholtz JW, Sust S, Tan HY et al.: fMRI evidence for functional epistasis between COMT and RGS4. *Mol Psychiatry* 2007; 12: 893-895.
35. Niedtfeld II, Schulze L, Krause-Utz A et al.: Voxel-based morphometry in women with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder. *PLoS One* 2013; 8: e65824.
36. Fineberg NA, Potenza MN, Chamberlain SR et al.: Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 591-604.
37. Feldman R, Zagoory-Sharon O, Weisman O et al.: Sensitive parenting is associated with plasma oxytocin and polymorphisms in the OXTR and CD38 genes. *Biol Psychiatry* 2012; 72: 175-181.
38. Bertsch K, Schmidinger I, Neumann I, Herpertz S: Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Horm Behav* 2013; 63: 424-429.
39. Kirsch P, Esslinger C, Chen Q et al.: Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *J Neurosci* 2005; 25: 11489-11493.

40. Bertsch K, Gamer M, Schmidt B et al.: Oxytocin and reduction of social threat hypersensitivity in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1169-1177.
41. Pavony MT, Lenzenweger MF: Somatosensory processing and borderline personality disorder: pain perception and a signal detection analysis of proprioception and exteroceptive sensitivity. *Pers Disord* 2014; 5: 164-171.
42. Bandelow B, Schmahl C, Falkai P, Wedekind D: Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychol Rev* 2010; 117: 623-636.
43. Stanley B, Sher L, Wilson S et al.: Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord* 2010; 124: 134-140.
44. Prossin AR, Love TM, Koeppel RA et al.: Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 925-933.
45. Calati R, Gressier F, Balestri M, Serretti A: Genetic modulation of borderline personality disorder: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1275-1287.
46. Lubke GH, Laurin C, Amin N et al.: Genome-wide analyses of borderline personality features. *Mol Psychiatry* 2014; 19: 923-929.
47. Stern A: Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938; 7: 467-489.
48. Lis S, Bohus M: Social interaction in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15: 338.
49. Doering S, Hörz S, Rentrop M et al.: Transference-focused psychotherapy treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 389-395.
50. Stepp SD, Pilkonis PA, Yaggi KE et al.: Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 484-491.
51. Bouchard S, Godbout N, Sabourin S: Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. *J Sex Marital Ther* 2009; 35: 106-121.
52. White H, Flanagan TJ, Martin A, Silvermann D: Mother-infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls. *J Reprod Infant Psychol* 2011; 29: 223-235.
53. McKay D, Gavigan CA, Kulchysky S: Social skills and sex-role functioning in borderline personality disorder: relationship to self-mutilating behavior. *Cogn Behav Ther* 2004; 33: 27-35.
54. Williams KD, Jarvis B: Cyberball: a program for use in research on interpersonal ostracism and acceptance. *Behav Res Methods* 2006; 38: 174-180.
55. Domsalla M, Koppe G, Niedtfeld I et al.: Cerebral processing of social rejection in patients with borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014; 9(11): 1789-1797.
56. Unoka Z, Seres I, Aspán N et al.: Trust game reveals restricted interpersonal transactions in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2009; 23(4): 399-409.
57. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L et al.: The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science* 2008; 321: 806-810.

nadesłano: 20.07.2017

zaakceptowano do druku: 16.08.2017