

Opis zaburzeń osobowości typu *borderline* według DSM-IV

Alicja Kuczyńska*

Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław

APPLICATION OF DSM-IV TO BORDERLINE PERSONALITY DISORDER DIAGNOSIS

Application of DSM-IV to borderline personality disorder diagnosis Individuals with Borderline Personality Disorder experience very intensive and unstable affects, relationships and self-image, which make their life unusually dramatic and connected with high risk of mutilation and death (Macdonald, 1985; Perry, Frances, Clarkin, 1985; Stone, 1992). Taking into account the syntonetic attitude towards their symptoms and low level of knowledge about diagnostic criteria for this type of disorder it is very easy to make a mistake in diagnostic assessment. It is of particular importance to be able to precisely describe and diagnose this kind of disorder. The goal of the paper was to present the possibilities of employing DSM-IV to diagnose Borderline Personality Disorder.

Jest kilka ważnych powodów, dla których zaburzenia osobowości typu *borderline* są godne szczególnej uwagi klinicystów. Po pierwsze, osoby z zaburzeniami *borderline* doświadczają ogromnie intensywnych i niestabilnych emocji co sprawia, że ich życie charakteryzuje niezwykle dramatyzm oraz stałe ryzyko okaleczenia lub śmierci (Macdonald, 1985; Perry, Frances, Clarkin, 1985; Stone, 1992; Rosenhan, Seligman, 1994, Sokolik, 1995a). Po drugie, ludzie z zaburzeniami z tzw. pogranicza należą do najtrudniejszych z punktu widzenia prowadzenia terapii i jej skuteczności (Carlson, Butcher, Coleman, 1988; Lange, 1989; Grzesiuk, 1995a,b,c; Sokolik, 1995b). I w końcu po trzecie, pomimo swojej około 70-letniej historii, liczne modyfikacje kryteriów diagnostycznych, sprawiają, że ta kategoria zaburzeń w swej aktualnej postaci jest dość nowa.

Początkowo termin *borderline* obejmował szeroką grupę zaburzeń psychicznych z pogranicza nerwicy i psychozy, które z trudem mieściły się w uznawanych wówczas jednostkach nozologicznych i charakteryzowały się bardzo małą podatnością na terapię. W skład tych zaburzeń wchodziła m.in.: schizofrenia poronna, ambulatoryjna, rzekomonerwicowa, ukryta, a także różne nietypowe postaci psychoz afektywnych (por.

Jakubik, 1997; Kaplan, Sadok, 1998). Jako w miarę jednolita kategoria zaburzeń osobowościowych, „borderline” pojawiło się dopiero 20 lat temu, kiedy w 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przyjęło oficjalnie kryteria diagnostyczne opracowane przez twórców DSM na podstawie prac Otto Kernberga i Johna Gundersona. Chociaż wysiłki ostatnich lat doprowadziły do bardziej precyzyjnego dopracowania definicji zaburzeń typu *borderline* oraz pozwoliły na jej lepsze odróżnienie od innych kategorii, z którymi tak często zaburzenia te były i są mylone, wyodrębnienie tej kategorii oraz istota zaburzeń do dziś wzbudza wiele dyskusji i kontrowersji.

Stąd celem artykułu jest opis obrazu klinicznego osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* dokonany w oparciu o kryteria diagnostyczne zawarte w diagnostyczno-statystycznym systemie klasyfikacyjnym zaburzeń psychicznych DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, 1994).

NA ILE SYSTEM KLASYFIKACYJNY DSM-IV POMAGA ROZWIĄZAĆ WSPOMNIANE POWYŻEJ PROBLEMY DIAGNOSTYCZNE?

Pytanie to wydaje się jak najbardziej uzasadnione, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę fakt, że DSM nie jest jedynym systemem klasyfikacyjnym i na dodatek nie jest także pozbawiony słabości. Mało tego, sporo wątpliwości dotyczy właśnie osi II i umieszczonych na

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Alicja Kuczyńska, Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, ul. Dawida 1, 50-527 Wrocław.

e-mail:kuczyn@box43.pl

niej zaburzeń osobowości (Rosenhan, Seligman, 1994; Shea i in., 1999). Wielu autorów uważa, że definicje tych zaburzeń nie tworzą kategorii rozłącznych co zdecydowanie utrudnia ich diagnozę (Watson, Sinha, 1998; por. też Bornstein, 1998). Inni wskazują na to, że w pewnych typach zaburzeń osobowości, takich np. jak osobowość zależna czy histrioniczna, wskaźniki definicyjne nie mają charakteru psychiatrycznego (świadczącego o patologii), ale stanowią jedynie opis zachowań jakie z reguły wymusza na kobietach społeczeństwo, ze względu na ich gorszą (niż mężczyzn) pozycję społeczną (Funtowicz, Widiger, 1999; *The Harvard Mental Health Letter*, 1996). A jeszcze inni, jak np. Jakubik (1997) sugerują, że część z wylonionych w tym systemie kategorii zaburzeń osobowości (do których należy także zaburzenie typu *borderline*) jest zbędna lub przynajmniej kontrowersyjna.

Oczywiście, że byłoby prościej móc rozróżniać kategorie zaburzeń w sposób rozłączny, jednakże takiego luksusu nie zapewnia żaden z uznawanych współcześnie systemów klasyfikacyjnych ani też najnowsze propozycje takich systemów, u podstaw których legła teoria systemowa (Jakubik, 1997) czy też teoria ewolucji (np.: Wakefield, 1999; Clark, 1999; Lilienfeld, Marino, 1999; Klein, 1999). Co więcej, jak dowiodły wyniki wielu badań, tradycyjny pogląd dotyczący tworzenia systemów klasyfikacyjnych zgodnie z którym, pojęcia mają charakter arbitralny, a ich struktura jest wytworem ludzkiego umysłu nie sprawdził się (Wojciszke, 1986; Cantor, Mischel, 1993). Zainspirowane pracą Wittgensteina (1972) badania na temat kategorii pojęciowych, jakimi posługują się ludzie w życiu codziennym, wykazały, że naturalne kategorie pojęciowe stanowią odzwierciedlenie niezależnej od obserwatora organizacji świata rzeczywistego, wyrażającej się m.in. częstszym lub rzadszym współwystępowaniem pewnych cech obiektów, zdarzeń czy ludzi. Stąd przynależność obiektów do danej kategorii nie jest warunkowana posiadaniem pełnego zbioru cech kryterialnych, ale podobieństwem rodzinnym obiektów stanowiących tę kategorię. Chociaż rozwinięta przez Rosch koncepcja prototypowości odnosiła się do pojęć naturalnych (podstawowych), znalazła ona również zastosowanie w ujmowaniu pojęć o innym charakterze¹, w tym pojęć klinicznych, takich jak pojęcia normalności i nienormalności (Rosenhan, Seligman, 1994) czy definicje kategorii klinicznych w systemie klasyfikacyjnym DSM-IV.

Wykorzystanie zasady podobieństwa rodzinnego w opisie kategorii klinicznych przyczyniło się do większej odpowiedności przyjętych definicji do rzeczywi-

¹ Fehr i Russel (1991) wykorzystali koncepcję prototypowości do badania emocji i odtworzenia rdzenia znaczeniowego pojęcia miłości, a Kuczyńska (1998) do rekonstrukcji społecznych definicji różnych rodzajów bliskich związków za pomocą konstytuujących je zachowań wiążących.

stego stanu rzeczy (Watson, Sinha, 1998) i znacznie zwiększyło rzetelność i trafność systemu DSM (*The Harvard Mental Health Letter*, 1996).

System ten ma również wiele swoistych zalet:

- Jest opracowywany i stale aktualizowany przez bardzo liczny interdyscyplinarny zespół ludzi, co zapewnia dobre porozumienie terminologiczne pomiędzy psychologami a specjalistami reprezentującymi nauki medyczne.
- Jest systemem statystycznym i ma charakter poza-teoretyczny, co pozwoliło na uniknięcie tendencyjności i ograniczeń w sposobie ujmowania poszczególnych zaburzeń psychicznych, a które to ograniczenia pojawiają się zazwyczaj jako prosta konsekwencja konieczności przyjęcia jednych a odrzucenia innych założeń teoretycznych w zależności od prezentowanych w tym zakresie przekonań.
- Jest systemem wielowymiarowym. Składa się z 5 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. Wieloosiowy system opisu wraz z wprowadzonymi wskaźnikami czasu trwania zaburzenia, sprzyja precyzji definiowanych kategorii i pozwala na uwzględnienie dynamiki zaburzeń oraz predykcję rokowania.
- I w końcu, chociaż DSM służy jedynie opisowi i klasyfikacji zaburzeń, system ten jest ściśle związany z ogólnym modelem diagnozy klinicznej, łączącym opisy z dowolną uznawaną przez siebie opcją teoretyczną wyjaśniającą powstały problem (por. Lewicki, 1974; Sęk, 1974; Kowalik, Brzeziński, 1991; Brzeziński, Kowalik, 1991a; Paluchowski, 2001), która obejmuje również wieloczynnikowy model etiologii zaburzeń psychicznych (Simons, Pardes, 1985). Umożliwia to 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 psycho-społecznych jak i biologicznych uwarunkowań problemu.

Biorąc więc pod uwagę wszystkie zalety i słabości systemu klasyfikacyjnego DSM-IV można jedynie dojść do wniosku, że w aktualnej sytuacji system ten jest najbardziej dogodnym sposobem opisu zaburzeń, w tym także zaburzeń osobowości typu *borderline* (por. Simons, Pardes, 1985; Rosenhan, Seligman, 1994; *The Harvard Mental Health Letter*, 1996; Shea i in., 1999).

DEFINICJA OGÓLNEJ KATEGORII ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Zaburzenia osobowości z pogranicza należą do szerszej kategorii zaburzeń osobowościowych, rozumianych jako trwałe układy doświadczeń i zachowań jednostki, który znacząco 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 szczególnym, zazwyczaj dość sztywnym sposobie spostrzegania 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 czym, 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 II osi systemu, co wskazuje na ich związek z procesem rozwojowym oraz niezależność od innych kategorii zaburzeń, które znajdują się na osi I. Oznacza to z jednej strony, że zaburzeniom osobowości mogą towarzyszyć inne zaburzenia (umieszczone na osi I), a z drugiej zaś, że niektóre z mieszczących się w zaburzonym wzorze zachowań można odnaleźć już w okresie dzieciństwa (por. Namysłowska, Witkowska-Ulatowska, 1992; Johnson, 1998). Nie mniej jednak uznaje się, że początek zaburzeń daje się określić wyraźnie w okresie adolescencji lub 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 psychoaktywnych (np. narkotyków, leków) lub też ogólnych uwarunkowań medycznych (np. urazu głowy).

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI TYPU BORDERLINE

Borderline (Borderline Personality Disorder – BPD) definiowane jest jako całościowy wzór niestabilności (w zakresie: związków interpersonalnych, obrazu siebie i afektu), z zaznaczoną impulsywnością. Pojawia się w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości i daje się zaobserwować w różnych sytuacjach i aspektach funkcjonowania, o czym świadczy obecność pięciu lub więcej wymienionych poniżej wskaźników (APA: DSM-IV, 1994; por. też: Masiak, 1992; Jakubik, 1997; Scully, 1998; Kaplan, Sadok, 1998; Tomb, 1998). Są to:

1. Podejmowanie szalonych wysiłków w kierunku uniknięcia realnego lub wyobrażonego opuszczenia czy odrzucenia.
2. Tworzenie i utrzymywanie niestabilnych i intensywnych związków interpersonalnych, charakteryzujących się zmiennością od ekstremalnej idealizacji do dewaluacji.
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, karkołomna jazda samochodem, niewłaściwy wzór jedzenia).
5. Podejmowanie prób samobójczych, teatralność lub zastraszanie, samookaleczanie.
6. Niestabilność afektywna zgodna z wyraźną reaktywnością na nastroj (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 walki fizyczne).
9. Przemijające, chwilowe, związane ze stresem myśli paranoidalne lub poważne symptomy dysocjacji.

Przedstawione powyżej kryteria diagnostyczne dotyczące zaburzeń osobowościowych typu *borderline* mają charakter ogólny i nie odzwierciedlają tego kim są, co czują, jak myślą i w jaki sposób zachowują się osoby z tego typu zaburzeniem. Nie mówią też nic o problemach z jakimi osoby te się zmagają i ani o sposobach w jaki to robią. Próba odpowiedzi na te pytania jest szczegółowa charakterystyka osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* opracowana na podstawie zawartych w podręczniku DSM-IV kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia, danych zawartych w literaturze przedmiotu oraz własnych doświadczeń klinicznych.

Ad. 1. Ludzie z zaburzeniami osobowości typu *borderline* są niezwykle wrażliwi na wszystko to co się wokół nich dzieje, zwłaszcza gdy dotyczy to ich stosunków z innymi ludźmi. Ze względu na szczególną strukturę swojej osobowości, doświadczają oni niezwykle silnych lęków przed realnym lub wyobrażonym porzuceniem lub odrzuceniem. Lęki te są związane z nietolerancją na pozostawanie w samotności i silną potrzebą bycia z innymi osobami, które w danym momencie są uznawane za bliskie. *Podejmują więc szalone wysiłki w celu uniknięcia porzucenia.* Wysiłki te mogą przybierać postać nie odpowiadających normom społecznym zachowań, czego konsekwencją jest to, że nie są one zazwyczaj adekwatnie rozumiane przez otoczenie, ani też akceptowane. Spostrzeżenie zagrożenia separacji,

odrzućenia lub nawet utraty zewnętrznej struktury związanej np. z nieoczekiwaną przez taką osobę zmianą planów, może prowadzić do istotnych zmian w obrazie własnej osoby lub poczuciu siebie, których skutki wyrażają się w sferze afektywnej (w postaci silnych i gwałtownych emocji: strachu, rozpacz, nieadekwatnej wściekłości), poznawczej (w postaci nagłych zmian w zakresie przekonań dotyczących siebie i świata społecznego) i zachowaniu (które przyjmuje często postać impulsywną, z wybuchami słownymi, podejmowaniem zachowań agresywnych i samodestrukcyjnych). Ludzie ci często wierzą, że takie „porzucenie” wynika z tego, że to oni są źli.

Ad. 2. *Wzór niestabilnych i intensywnych związków interpersonalnych.* Osoby z zaburzeniem z pogranicza nerwicy i psychozy są skłonne do nagłych i dramatycznych zmian poglądów na temat innych. Zazwyczaj oceniają oni ludzi w sposób jednoznaczny jako idealnie dobrych lub całkowicie złych. Poznając nową osobę, która z jakiś powodów wzbudziła ich sympatię, są skłonne do silnego zaangażowania się w związek i pragną takiej samej postawy od swojego obiektu zainteresowania. Mogą domagać się spędzania razem dużej ilości czasu i dzielenia się najbardziej intymnymi szczegółami ze swojego życia już na samym początku znajomości. Często, zwłaszcza w pierwszym okresie spotkań, idealizują potencjalnego partnera, opiekuna czy kochanka. Jednakże, równie łatwo mogą zmienić swoje nastawienie z idealizacyjnego na deprecjujące (nawet w wyniku błahych nieporozumień), czując czy mając przekonanie, że osoby te nie spełniają ich oczekiwań, nie są dla nich wystarczająco dobre czy w ogóle nie są takie jak wcześniej myślały. Zmiany te często odzwierciedlają rozczarowanie dotyczące osoby uznanej za bliską (opiekuna lub innego obiektu uczuć), której działania mogły być wcześniej idealizowane albo też mogą wynikać z oczekiwania, że osoby te odrzucą lub porzucą je przy pierwszej nadarzającej się okazji.

Ad. 3. W zaburzeniach typu *borderline* mogą występować nagle i dramatyczne *zakłócenia tożsamości* charakteryzujące się *zaznaczoną i uporczywą niestabilnością obrazu własnej osoby lub poczucia siebie*. Zmiany obrazu siebie wyrażają się zazwyczaj w postaci zmiany celów, wartości i zawodowych aspiracji. Mogą również występować nagle zmiany w opiniach i planach dotyczących kariery, seksualnej tożsamości, typu przyjaciół, ale także, szczególnie trudne do zaakceptowania, zmiany poczucia własnej wartości, oceny własnych możliwości i wiary we własne siły. Osoby te mogą zmieniać swoje role z nieśmiały, proszących o pomoc, niewinnych ludzi, na zdesperowanych lub agresywnych i żądnych zemsty mścicieli. Chociaż w zasadzie obraz własnej osoby tworzony jest na bazie przekonania, że są zлыми lub złem, czasami osoby z

tym zaburzeniem mogą mieć poczucie, że w ogóle nie istnieją. Takie dramatyczne doznania pojawiają się zazwyczaj w sytuacjach, kiedy jednostka odczuwa brak doświadczeń potwierdzających istnienie znaczącego dla niej związku, opieki czy wsparcia z określoną osobą. Pomimo tego, iż osoby takie lepiej funkcjonują w ustrukturalizowanej pracy czy sytuacjach szkolnych, robią wiele, aby się tej strukturze nie podporządkowywać (por. Kobaasi, 1993), sprawdzając przy okazji do jakich zachowań mogą się one posunąć w swoich próbach oddziaływania na innych.

Ad. 4. Osoby z tym typem zaburzenia *przejawiają impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie samoniszczące*: np. niewłaściwe jedzenie (unikanie jedzenia lub obżeranie się podobnie jak to ma miejsce w anoreksji czy bulimii) nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, różnego typu narkotyków, leków), zaangażowanie w niebezpieczny seks (np. przypadkowy czy sytuacyjny wybór partnera, nie stosowanie zabezpieczeń), nieodpowiedzialne wydawanie pieniędzy, ale także uprawianie hazardu, czy lekkomyślna jazda samochodem.

Ad. 5. Osoby te często *podejmują zachowania samobójcze, stosują zastraszanie, ujawniają swoje myśli i uczucia niezależnie od tego jak zostaną odebrane*. Spośród wszystkich takich osób udane samobójstwo popełnia 8 – 10%, ale zastraszanie, próby samobójcze i samookaleczenia (nacinania, podpalenia) są częstym symptomem tego zaburzenia. Ponawiające się próby samobójcze sprawiają, że osoby te wymagają pomocy (por. też Runeson, Beskow, 1991; Mehlum, i in., 1994). Samodestrukcyjne zachowania są zazwyczaj wywołane przez lęk przed separacją lub odrzućeniem. Niekiedy jednak do podobnych konsekwencji prowadzić może oczekiwanie, że będą one zobligowane do większej odpowiedzialności za własne życie. Samookaleczenie może pojawić się podczas doświadczeń dysocjacyjnych i często przynosi ulgę poprzez reafirmację zdolności odczuwania siebie lub ekspiację indywidualnego poczucia bycia złem. W sytuacjach kiedy osoba nie wie kim jest i czy w ogóle jest, ból jest najprostszym dostępnym dla niej doznaniem uwiarygodniającym jej istnienie. Ekspiacja jest formą obrony przed własną niechęcią, a nawet wrogością w stosunku do drugiego człowieka. Osoba z zaburzeniem osobowości typu *borderline* potępia u siebie taką postawę, ale nie chce lub nie jest w stanie jej zmienić. Stara się więc wynagrodzić mu krzywdę (które uczyniła jej zazwyczaj w myślach), jest wtedy dla niej przesadnie dobra, uważna i pomocna, a siebie obwinia i karze za akty niechęci czy wrogości. Z terapeutycznego punktu widzenia samookalecznie, a zwłaszcza próby samobójcze stanowią bardzo poważny problem, ponieważ bardzo trudno jest odróżnić czy podjęte zachowanie było manifestacją „wołaniem o pomoc”, manipulacją czy rzeczywistym

motywem pragnienia śmierci traktowanej zazwyczaj jako wybawienie siebie i innych od konieczności życia i ponoszenia konsekwencji z tego, co jest niezrozumiałe i nie do naprawienia.

Ad. 6. Osoby z zaburzeniami *borderline* ujawniają *afektywną niestabilność*, która wyraża się w nastrojach intensywnej dysforii, złości, lęku. Epizody te trwają zazwyczaj kilka godzin i tylko w rzadkich przypadkach kilka dni. Oldham i Morris (1997) analizując oba krańce emocjonalnie zmiennej osobowości uważają, że siłą napędową takich osób są emocje, a ich nieprzewidywalność i intensywność sprawia, że ich życie można porównać do życia na wulkanie. Jednakże w swojej skrajnej postaci osoby z zaburzeniami osobowości typu *borderline* nie wyrażają jednakowo wielu emocji pozytywnych co negatywnych. Podstawowym nastrojem jest dysforia, często przerywana okresową złością, paniką lub desperacją. Osoby takie rzadko doświadczają ulgi związanej z dobrym samopoczuciem czy satysfakcją. Niestabilne stany afektywne odzwierciedlają zazwyczaj ekstremalną reaktywność na stres, zwłaszcza gdy ma on charakter interpersonalny.

Ad. 7. Poważnym problemem jest również *chroniczne poczucie pustki*. Osoby z zaburzeniami osobowości typu *borderline* łatwo się nudzą i stale dążą do tego, żeby coś robić. Jednakże zazwyczaj nie są wytrwałe w realizacji podejmowanych przez siebie zadań. Często nie wiedzą co robić, ani jaką podjąć decyzję. Z uwagi na małe przywiązanie do ról społecznych, trudności w wyborze drogi życiowej, a nade wszystko ze względu na problemy w poznawczym i afektywnym definiowaniu siebie, odznaczają się brakiem pewności dotyczącym podstawowego pytania związanego z ich tożsamością, a mianowicie ze znalezieniem zadawalającej je odpowiedzi na pytanie: kim naprawdę jestem? Poczucie pustki wiąże się także z dotkliwie odczuwanym brakiem poczucia sensu życia. Trudności ze znalezieniem sensu życia wynikają zazwyczaj z niezwykle przekonującej analizy stosunków władzy i podporządkowania, krytycznego podejścia do stabilizujących porządek społeczny wartości mieszczańskich, wszechogarniającej świat konsumpcji oraz dogmatów religijnych. Idea ubiegania się o idealne człowieczeństwo przemija z upływem czasu, ale negatywne doświadczenia wynikające z otwartego przedstawiania swoich poglądów na długo zamyka tym ludziom możliwość bardziej optymistycznego widzenia świata.

Ad. 8. *Nieadekwatna, intensywna złość lub trudności w kontrolowaniu złości*. Osoby z zaburzeniami typu *borderline* są zazwyczaj bardzo pesymistyczne, ujawniają ekstremalny sarkazm i zgorzkniałość. Często wybuchają złością, która zazwyczaj ma charakter słowny. Jednakże czasem przybiera ona postać agresji fizycznej skierowanej na przedmioty, ale niekiedy rów-

niez na osoby, które w danym momencie są obwiniane za określone zdarzenie lub stan dyskomfortu. Złość jest często wyzwalana, kiedy osoba z którą są one związane (przyjaciel, opiekun czy kochanek) spostrzegana jest jako nieakceptująca, niechętna, wycofująca się, niewystarczająco opiekuńcza, a zwłaszcza, kiedy jej zachowanie interpretowane jest jako zagrożenie porzuceniem. Wybuchy złości zazwyczaj wyzwalają wstyd i poczucie winy, utwierdzając te osoby w przekonaniu, że są one złe lub nic nie warte.

Ad. 9. *Przemijające, chwilowe, związane ze stresem myśli paranoidalne lub symptomy dysocjacji*. W okresach silnego stresu u osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* mogą pojawiać się myśli paranoidalne lub symptomy dysocjacji (np. depersonalizacja). Jednakże ze względu na niewystarczającą intensywność oraz w miarę krótki czas trwania (kilka minut do kilku godzin) nie są one opisywane w kategoriach zaburzeń paranoidalnych czy dysocjacyjnych. Stany te zazwyczaj przemijają, kiedy osoba powraca do stanu równowagi (tzn. kiedy mija stres), co na ogół wiąże się z przywróceniem odpowiedniej relacji (kontaktu) z osobą, z którą jednostka w tym czasie jest związana. Zdaniem niektórych badaczy osoby z zaburzeniem osobowości typu *borderline* mogą także przejawiać epizody psychotyczne trwające kilka tygodni (nawet wówczas, kiedy nie towarzyszy im inne zaburzenie z osi I). W badaniach Millera i jego współpracowników (1993) obejmujących 92 pacjentów z BPD epizody takie dotyczyły 27% badanych.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Historia zaburzeń osobowościowych z pogranicza nerwicy i psychozy wskazuje na konieczność ukazania ich specyfiki w świetle tych zaburzeń, z którymi najczęściej były i niestety wciąż są mylone. Stąd kolejnym krokiem opisu tego zaburzenia powinno być przedstawienie podobieństw i różnic w obrazie klinicznym zaburzeń typu *borderline* w odniesieniu do najbardziej typowych błędów diagnostycznych popełnianych w tym zakresie przez psychologów i psychiatrów. Taką krótką diagnozę różnicową, która została opracowana na podstawie podręcznika DSM-IV zawiera Tabela 1.

Dane zawarte w tabeli nie obejmują wszystkich zaburzeń, z którymi zaburzenia osobowości typu *borderline* mogą współwystępować, ani też z którymi mogą być mylone. Do ważnych działań diagnostycznych należy także dobre zróżnicowanie symptomów typowych dla problemów dojrzewania (Goldmani i in., 1993; Wi-xom i in., 1993) oraz konieczność uwzględnienia cech typowych dla osobowości *borderline* w zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Koep i in., 1993; Miller i in., 1993).

Tabela 1

Diagnoza różnicowa opracowana na podstawie podręcznika DSM-IV (American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 1994*) Washington, DC.

Diagnoza różnicowa		
Właściwości charakterystyczne dla zaburzeń typu <i>borderline</i>	Cecha wspólna	Właściwości charakterystyczne dla innych zaburzeń
wczesne rozpoczęcie charakterystycznego dla <i>borderline</i> wzoru zachowań oraz jego długotrwały przebieg	spadek nastroju, poczucie niskiej wartości i brak poczucia sensu życia	zaburzenia nastroju: chociaż mogą imitować zaburzenia <i>borderline</i> , rozpoczynają się zwykle później i trwają znacznie krócej
zachowania samodestrukcyjne, złość, która rujnuje stosunki z innymi ludźmi oraz chroniczne poczucie pustki i osamotnienia	dążenie do skupiania uwagi na sobie, prezentowanie zachowań manipulacyjnych oraz nagłe zmiany w stanach emocjonalnych	histrioniczne zaburzenia osobowości: brak zachowań samodestrukcyjnych, a stosunki z innymi są podtrzymywane
mają one bardziej charakter przejściowy, związany z afektywną reakcją na stres	myśli i urojenia paranoidalne	schizotypowe zaburzenia osobowości: mają bardziej trwały charakter, niezależny tak bardzo od sytuacji
niestabilny obraz własnej osoby (<i>self-image</i>), zachowań samodestrukcyjne, impulsywność i poczucie opuszczenia	silna, nieadekwatna złość wyzwalana przez nieznaczące bodźce	narcystyczne i paranoidalne zaburzenia osobowości: zaburzenia te charakteryzuje stabilny obraz własnej osoby (<i>self-image</i>), relatywny brak zachowań samodestrukcyjnych, impulsywność i poczucie opuszczenia
zachowania te zmirzają przede wszystkim do utrzymania uwagi opiekuna (partnera, kochanka)	zachowania manipulacyjne	antyspołeczne zaburzenia osobowości: zachowania te podejmowane są ze względu na określone korzyści, siłę, moc (władzę) lub gratyfikację materialną
osoby z <i>borderline</i> reagują na opuszczenie uczuciem emocjonalnej pustki, wściekłością i żądaniem; stosunki interpersonalne osób z <i>borderline</i> cechuje ponadto niestabilność oraz intensywność	lęk przed opuszczeniem	unikające zaburzenia osobowości: osoby te reagują na opuszczenie wzmożoną tendencją do wyciszenia potencjalnego konfliktu, podporządkowania i nagłego przemieszczenia (przeformułowania) relacji tak, by zapewniała ona opiekę i wsparcie
wczesne występowanie i ciągłość	np. niektóre zachowania związane z podejmowaniem dużego ryzyka, dysforyczne stany emocjonalne, złość	zmianami osobowości wynikłymi z ogólnych uwarunkowań medycznych (które są wynikiem bezpośrednich zmian w centralnym układzie nerwowym) oraz zaburzeniami związanymi z nadużywaniem substancji występowanie w stanach użycia substancji psychoaktywnych lub fazy występowania zespołu abstynencyjnego
wczesne, stałe i ciągłe	poczucie pustki, bezsensu życia	zaburzenia identyfikacji: są traktowane jako charakterystyczne dla określonej fazy rozwojowej i zazwyczaj nie są klasyfikowane jako zaburzenia psychiczne

PODSUMOWANIE

Celem artykułu było przedstawienie obrazu klinicznego zaburzeń osobowości typu *borderline* na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w systemie klasyfikacyjnym DSM-IV, które zostały rozwinięte i uzupełnione danymi uzyskanymi z analizy literatury

przedmiotu oraz spostrzeżeniami z własnych doświadczeń klinicznych.

System DSM-IV stanowi jedynie deskryptywną część diagnozy, która zgodnie z podstawowym modelem diagnozy zaburzeń psychicznych, powinna odpowiadać nie tylko na pytanie co się dzieje? ale również 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 patomechanizm. Ze względu na swój poza-teoretyczny charakter oraz ścisły związek z wieloczynnikowym modelem etiologii zaburzeń psychicznych, system diagnostyczny DSM-IV umożliwia interpretowanie zachowań i przeżyć osoby w terminach różnych opcji teoretycznych, wskazując jednocześnie kierunki dalszych prób konceptualizacji oraz wymagań wobec planowanych badań empirycznych, co w niedalekiej przyszłości pozwolić może na kumulowanie danych prowadzących do lepszego zrozumienia istoty zaburzeń w funkcjonowaniu osób z *borderline*.

Przeprowadzenie prawidłowej diagnozy osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* nie jest łatwe pomimo wprowadzenia do systemu DSM-IV, jak się wydaje, bardzo precyzyjnych kryteriów diagnostycznych. Powodem takiego stanu rzeczy jest m.in.:

- podobieństwo niektórych symptomów zaburzeń *borderline* do objawów charakteryzujących inne zaburzenia kliniczne (patrz tabela 1) oraz
- traktowanie swoich symptomów przez większość osób z zaburzeniami osobowości w ogóle jako syntonicznych (Simons, Pardes, 1985). Z jednej strony prowadzi to do braku gotowości takich osób do współpracy w procesie diagnostycznym (a później trudności w podjęciu i utrzymaniu decyzji o uczestniczeniu w ewentualnej terapii), z drugiej zaś do wyzwalania silnych i nie zawsze zrozumiałych emocji u dokonującego diagnozę klinicysty, powodujących ukształtowanie się nieobiektywnej postawy wobec diagnozowanego klienta (por. Brzeziński, Kowalik, 1991b).

Wielu autorów uważa, że czynnikiem ułatwiającym prawidłową diagnozę jest dostęp do odpowiednich narzędzi stosowanych przy jej przeprowadzaniu. W ostatnich latach pojawiło się sporo prac poświęconych sposobom dokonywania diagnozy zaburzeń osobowości, których rezultaty mogą przyczynić się do zwiększenia rzetelności dokonywanej diagnozy (Hunter, 1998). Prace te pokazują korzyści i słabości związane z wykorzystaniem różnych metod i narzędzi w diagnozie zaburzeń osobowości typu *borderline* i dobrego ich różnicowania od innych kategorii klinicznych. Część z nich dotyczy wykorzystania w tym celu metod niespecyficznych takich choćby jak tablice Rorschacha (np.: Cooper i in., 1991; Blais i in., 1999; Di Nuovo, 2000), kwestionariusza MMPI (Zalewski, Archer, 1991; Gandolfo i in., 1991) czy kwestionariusza Millona MCMI (Patrick, 1993; Divac-Jovanovic i in., 1993), inne koncentrują się wokół metod specyficznych jak np. *Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder* czy *Borderline Syndrom Index* (Lewis, Harder, 1991; O'Leary i in., 1991) i nawiązują m.in. do kryteriów diagnostycz-

nych zawartych w DSM-IV. Zdaniem autorki formułowanie określonych kryteriów diagnostycznych czy konstruowanie odpowiednich metod diagnostycznych jest koniecznym etapem w dynamicznym procesie zdobywania wiedzy i rozumienia psychiki człowieka. Nowe dane wynikające z badań empirycznych i doświadczeń klinicznych pozwalają będą na stałe zwiększanie trafności i rzetelności diagnozy. Stanie się ona prostsza i pozbawiona ryzyka błędu tylko wtedy, kiedy w pełni zrozumiemy określone zaburzenia i będziemy umieli wykorzystać tę wiedzę w procesie prawidłowego dokonywania klinicznej oceny klienta.

Na zakończenie warto dodać, że zamierzeniem autorki nie było podjęcie dyskusji na temat zasadności przedstawionych kryteriów, ani ustosunkowanie się do zagadnień związanych z różnym sposobem rozumienia normy i patologii w ogóle. Chociaż problemy te są niezwykle istotne z teoretycznego, moralnego i praktycznego punktu widzenia związanego m.in. ze społecznymi konsekwencjami jakie taka ocena może nieść w postaci formalnych interwencji klinicznych czy stygmatyzacji, uznano, że brak takiej oceny lub niewłaściwa interpretacja zachowań osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* niesie za sobą znacznie większe ryzyko. Prowadzić może do jeszcze silniejszego zaburzenia relacji interpersonalnych tych osób, eskalacji natężenia przeżywanych przez nie emocji (i niepożądanego zmienności czy labilności doznań afektywnych), zachwiania poczucia tożsamości oraz wzmożenia zachowań autodestrukcyjnych prowadzących do poważnego ryzyka utraty zdrowia i/lub życia. Co więcej, przy chwiejnym, ale na ogół negatywnym obrazie siebie i świata, niewłaściwe zrozumienie ludzi z zaburzeniem osobowości typu *borderline*, które sprzyja podejmowaniu nieadekwatnych zachowań w stosunku do takiej osoby (choć zgodnych z ogólnie i osobiście uznawanymi zasadami czy normami), zwiększa się ryzyko wystąpienia epizodów psychotycznych. Koszty indywidualne takiej dekompensacji nie są znane. Zakłada się jedynie, że z punktu widzenia jednostki doświadczenia takie są porównywalne z najbardziej traumatycznymi doświadczeniami życiowymi, zaś dla społeczeństwa stanowi one mogą nieprzewidywalne spektrum doznań od niejasnego poczucia dyskomfortu z kontaktu z taką osobą do poważnego zagrożenia psychofizycznego z ich strony.

LITERATURA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (1994). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Blais M.A., Hilsenroth M.J., Fowler J.Ch., Conboy C.A. (1999). A Rorschach exploration of the DSM-IV Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 5, 563–572.
- Bornstein R.F. (1998). Dependency in the personality disorder

- ders: intensity, insight, expression and defense. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 2, 175–189.
- Brzeziński J., Kowalik S. (1991a). Diagnoza kliniczna w kontekście praktyki społecznej. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (s. 187–212). Warszawa, PWN.
- Brzeziński J., Kowalik S. (1991b). Modelujący wyniki badania psychologicznego (diagnostycznego) wpływ osoby badanej (pacjenta) i badacza (klinikisty). W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (s. 269–302). Warszawa, PWN.
- Cantor, N., Mischel, W. (1993). Prototypy w spostrzeganiu osób. W: T. Maruszewski (red.), *Poznanie, afekt, zachowanie*. Warszawa, PWN.
- Carson, R.C., Butcher, N., Coleman, J.C. (1988). *Abnormal psychology and modern life*. Boston-London, Scott, Foresman and Company.
- Clark, L.A. (1999). Introduction to the special section on the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 371–373.
- Cooper, S.H., Perry, J.C., O'Connell, M. (1991). Rorschach Defense Scale; Longitudinal perspectives. *Journal of Personality Assessment*, 56, 2, 191–201
- Di Nuovo, S. (2000). Diagnoza zaburzeń osobowości typu „borderline” za pomocą testu Rorschacha. *Przegląd Psychologiczny*, 43, 1, 101–114.
- Divac-Jovanovic, M., Svrakic, D., Lecic-Tosevski, D. (1993). Personality Disorders: Model for conceptual approach and classification. Part I: General model. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 4, 558–571.
- Fehr, B., Russel, J.A. (1991) The concept of love viewed from a prototype perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 425–438.
- Funtowicz, M.N., Widiger, Th. A. (1999). Sex bias in the diagnosis of personality disorder: An evaluation of the DSM-IV Criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 195–201.
- Gandolfo, R.L., Templer, D.I., Cappeletty, G.G., Cannon, W.G. (1991). Borderline, depressive and schizophrenic discrimination by MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 6, 783–787.
- Goldman, S.J., D'Angelo, E.J., DeMaso, S.R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 12, 1832–1835.
- Grzesiuk, L. (1995a). Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Wprowadzenie. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia* (s. 307–308). Warszawa, PWN.
- Grzesiuk, L. (1995b). Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Podejście behawioralno-poznawcze. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia* (s. 319–322). Warszawa, PWN.
- Grzesiuk, L. (1995c). Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Psychoterapia humanistyczno-egzystencjalna. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia* (s. 323–338). Warszawa, PWN.
- Hunter, E.E. (1998). An experiential-descriptive method for the diagnosis of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 5, 673–678.
- Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Johnson, S.M. (1998). *Style charakteru*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). Zaburzenia osobowości. W: S. Sidorowicz (red.), *Psychiatria kliniczna* (s. 169–185). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Klein, D.F. (1999). Harmful dysfunction, disorder, disease, illness, and evolution. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 421–429.
- Kobayasi, R. (1993). Characteristics of those who refuse to attend school in Fukuoka City: An analysis based on teachers reports. *Japanese Journal of Psychiatry & Neurology*, 47, 3, 545–553.
- Koepp, W., Schildbach S., Schmager C., Rohner R. (1993). Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 14, 1, 107–110.
- Kowalik, S., Brzeziński, J. (1991). Diagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (s. 213–239). Warszawa: PWN.
- Kuczyńska, A. (1998). *Sposób na bliski związek. Zachowania wiążące w procesie kształtowania się i utrzymania więzi w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lange, J. (1989). Leczenie stacjonarne adolescentów z borderline. Rozwój norweskiego „Domu Leczniczego”. *Psychotherapia*, 3, 70, 67–72.
- Lewicki, A. (1974). Psychologia kliniczna w zarysie. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Lewis, S.J., Harder, D.W. (1991). A comparison of four measures to diagnose DSM-III-R Borderline Personality Disorder in outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 6, 329–337.
- Lilenfeld, S.O., Marino, L. (1999). Essentialism revisited: Evolutionary theory and the concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 400–411.
- Macdonald, J.M. (1985) The Personality Disorders. W: R. Simons (red.), *Understanding human behavior in health and illness* (s. 772–779). New York: Williams & Wilkins.
- Masiak, M. (1992). Zaburzenia osobowości. W: A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Mehlum, L., Friis S., Vaglum P., Karterud S. (1994). The longitudinal pattern of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 2, 124–130.
- Miller, F.T., Abrams, T., Dulit, R., Fyer, M. (1993). Psychotic symptoms in patients with Borderline Personality Disorder and concurrent axis I disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 1, 59–61.
- Namysłowska, I., Witkowska-Ulatowska, H. (1992). Diagnoza borderline u dzieci i młodzieży. *Psychiatria Polska*, 26, 6, 451–460.
- Oldham, J.M., Morris, L.B. (1997). *Twój psychologiczny autoportret*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Wydawnictwo.
- O'Leary, K.M., Brouwers, P., Gardner, D.L., Cowdy, R.W. (1991). Neurological testing of patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 106–111.
- Paluchowski, W.J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Patric, J. (1993). Validation of the MCMI – I Borderline Personality Disorder Scale with the well defined criterion sample. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 9, 28–32.
- Perry, S., Frances, A., Clarkin, J. (1985). *A DSM-III casebook of differential therapeutics. A clinical guide of treatment*

- selection. New York: Brunner/ Mazel, Publishers.
- Rosenhan, D.L., Seligman, M.E.P. (1994). *Psychopatologia*. Warszawa: PTP.
- Runeson, B., Beskow, J. (1991). Borderline Personality Disorder in young Swedish suicides. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 179, 3, 153–156.
- Scully, J.H. (1998). Zaburzenia osobowości. W: J. Rybakowski (red.), *Psychiatria* (s. 327–348). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Sęk, H. (1974). Zadania psychologa w klinice psychiatrycznej. W: A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Shea, M.T., Benjamin, L.S., Clarkin, J.F., Magnavita, J. (1999). Personality Disorders: A discussion of current status and future directions for research, practice, and policy. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 11, 1371–1384.
- Simons, R.C., Pardes, H. (1985). The classification of the mental disorders. W: R. Simons (red.), *Understanding human behavior in health and illness* (s. 533–540). New York: Williams & Wilkins.
- Sokolik, Z. (1995a). Schizofrenia oraz zaburzenia z pogranicza nerwicy i psychozy. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia* (s. 295–306). Warszawa: PWN.
- Sokolik, Z. (1995b). Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. Stosowanie psychoanalizy u pacjentów głębiej zaburzonych. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia* (s. 308–315). Warszawa: PWN.
- Stone, M.H. (1992). The fate of borderline patients. *Internet Mental Health*, www.mentalhealth.com
- The Harvard Mental Health Letter* (1987). Personality and Personality Disorders.
- Tomb, D. (1998). *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Wakefield, J.C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 374–399.
- Watson D.C., Sinha, B.K. (1998). Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 6, 773–780.
- Wittgenstein, L. (1972). *Dociekania filozoficzne*. Warszawa: PWN.
- Wojciszke, B. (1986). *Teoria schematów społecznych*. Wrocław: Ossolineum.
- Zalewski, C., Archer, R.P. (1991). Assesment of Borderline Personality Disorder. A review of MMPI and Rorschach findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 6, 338–345.