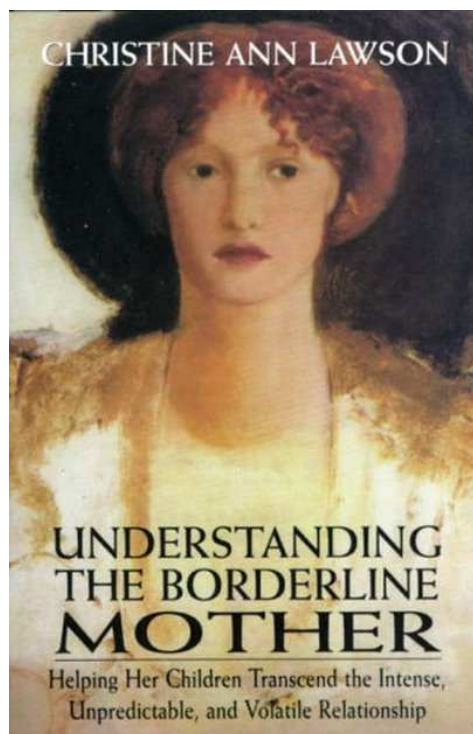


Matka z zaburzeniem borderline

Klinicysta Christine Ann Lawson, Ph.D. opracowała cztery różne typy osób z zaburzeniami osobowości typu borderline (BPD) w swojej książce „Zrozumieć matkę z pogranicza: pomaganie swoim dzieciom w przekraczaniu intensywnego, nieprzewidywalnego i niestabilnego związku” (2000).



Książka dr Lawsona dzieli matkę z pogranicza na cztery grupy: **Wiedźmy** (*The Witch*), **Królowe** (*The Queen*), **Pustelniki** (*The Hermit*) i **Sieroty** (*The Wajf*). „Królowe i Wiedźmy” są lepiej funkcjonującymi, działającymi „niewidzialnymi” BP, podczas gdy „Pustelnicy” i „Sieroty” są mniej funkcjonującymi, działającymi w „konwencjonalnych” typach. Większość osób z BPD prawdopodobnie posiada elementy drugorzędne innych kategorii. „Królowa” ma zarówno BPD, jak i narcystyczne zaburzenie osobowości (NPD).

Chociaż książka jest o matkach autorka zaznacza, że jej opisy dotyczą zarówno obu płci, jak i wszystkich relacji, nie tylko rodziców i dzieci.

Zachowanie wobec dzieci jest oczywiście poważniejsze, ponieważ dzieci nie są w stanie się chronić i nie mają punktu odniesienia dla dorosłych.

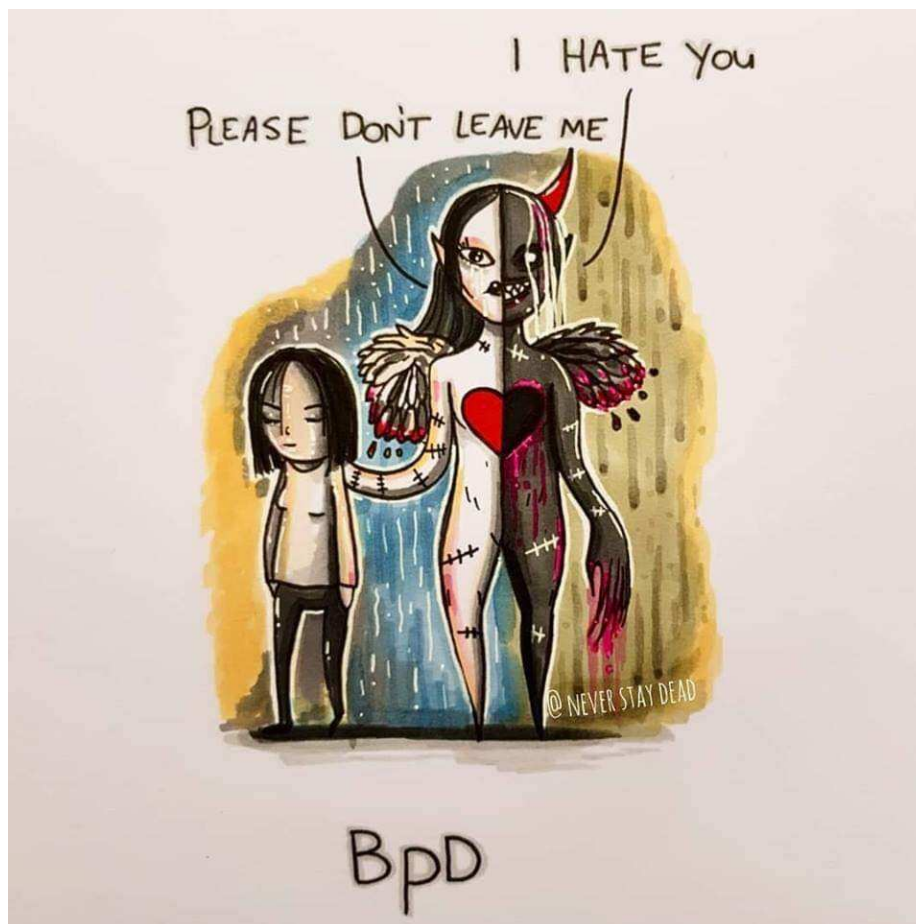
Dzieciństwo z matką z zaburzeniem borderline jest nieopisaną tragedią. Niewiele potrzeb rozwojowych dziecka jest zaspokojonych, ponieważ matka nie jest w stanie być rodzicem. W związku z tym dziecko jest zaprogramowane na dożywotnią walkę z niepowodzeniem.

Christina Crowthorn, autorka, „Kochana mamusiu”

Dzieci z matkami z zaburzeniem z pogranicza – **borderline (BPD)** zaczynają swoje życie od niepewnego przywiązania do niestabilnej emocjonalnie matki. Dlatego dzieci te mogą stać się impulsywne, pełne furii, opozycyjne, agresywne lub popadać w depresję. Są również narażone na ryzyko rozwoju BPD. Zaburzenia osobowości typu borderline można przenosić z pokolenia na pokolenie, co sprawia, że wczesne rozpoznanie i interwencja są niezbędne.

Matki borderline tworzą własną rzeczywistość, która rzadko jest potwierdzana przez ich dzieci lub inne osoby. Niezależnie od tego, jak oburzająca może być perspektywa matki, matki z BPD mogą karać swoje dzieci za wyrażanie swoich poglądów, przekonań i uczuć.

Matki z BPD negują perspektywę dziecka, sugerując, że perspektywa dziecka jest błędna. Czują się zdradzone i atakowane, gdy inni nie potwierdzają jej uczuć i percepcji. Niestety, odrzucają, porzucają, karzą lub oczerniają tych, których uważają za nielojalnych, tworząc przerażający dylemat dla swoich dzieci.



Zaufanie jest poważnym problemem między matkami z BPD a ich dziećmi. Dzieci nie mogą ufać matce z pogranicza z wielu powodów:

- Jest manipulacyjna
- Wypacza prawdę i może bez ogródek kłamać
- Może ich skrzywdzić
- Jest nieprzewidywalna
- Reaguje przesadnie
- Jest impulsywna
- Ma zły osąd sytuacji
- Ma wybiórczą pamięć
- Jest niespójna
- Jest zaborcza, nachalna

Konflikty i nieporozumienia mogą przerodzić się w przemoc, ponieważ matki z pogranicza mają trudności z kontrolą intensywności własnych emocji. W związku z tym przemoc fizyczna wśród niektórych matek z pogranicza i ich dzieci jest powszechna.

Ponieważ matka z pogranicza nie jest w stanie pamiętać intensywnych emocjonalnych wydarzeń, nie jest w stanie uczyć się na podstawie doświadczenia. Może powtarzać zachowania destrukcyjne, ponieważ nie przypomina sobie wcześniejszych konsekwencji. Dlatego matki z BPD zostają uwięzione w powtarzających się autodestrukcyjnych zachowaniach.

Dzieci matek z BPD mają problemy z zarządzaniem emocjami takimi jak wstyd, wina, lęk i wściekłość.

Wstyd

Kiedy dziecko nie zgadza się z matką z BPD lub nie zaspokaja jej potrzeb lub życzeń, matka z BPD będzie próbowała zawstydzić, ukarać, poniżyć lub oczernić dziecko.

Niepokój

Większość czasu dzieci matek z BPD spędza na czytaniu nastroju matki, aby odeprzeć ewentualny kryzys lub zapobiec atakowi.

Wina

Małe dzieci naturalnie boją się utraty miłości matki. Kiedy matki z BPD czują się zdradzone, mogą przerwać komunikację, wsparcie i zasoby. Matki z borderline są wyjątkowo wrażliwe na krytykę i oczekują lojalności od swoich dzieci. Ponieważ matka borderline często zwraca się do jej dzieci, jako sprzymierzeńców, jej dzieci nie mają wyboru, muszą stanąć po jej stronie, nawet, jeśli muszą zwrócić się przeciwko własnemu ojcu.

Wściekłość

Dzieci matek borderline mogą być wyjątkowo sfrustrowane, ponieważ nikt nie rozumie, że ono tonie emocjonalnie. Pod powierzchnią fasady ich matek nikt nie widzi, że wciąga własne dzieci w ciemność. Niektóre dzieci boją się, że aby żyć, ich matka musi umrzeć.

Idealna matka	Matka borderline
Pociesza dziecko	Dezorientuje dziecko
Przeprasza za złe zachowanie	Nigdy nie przeprasza
Dbą o siebie	Oczekuje opieki
Zachęca dzieci do niezależności	Zniechęca i kara niezależność dziecka
Buduje poczucie własnej wartości u dzieci	Zaburza poczucie wartości dziecka
Odpowiada na zmieniające się potrzeby jej dzieci	Oczekuje od dziecka zaspokajania jej potrzeb
Uspokaja i pociesza swoje dzieci	Przeraża i denerwuje jej dzieci
Konsekwentna w logicznej i naturalnej dyscyplinie	Niekonsekwentna i nie logiczna w dyscyplinie
Oczekuje, że jej dzieci będą kochane przez innych	Czuje się pominięta i zazdrosna, jeśli jej dziecko kochane jest przez innych
Nigdy nie grozi porzuceniem	Straszy dziecko porzuceniem, aby je ukarać
Wierzy w dobroć jej dzieci	Nie wierzy w podstawową dobroć dzieci
Ufa dziecku	Nie ufa dziecku

Badania wskazują, że osoby narażone na przewlekły stres w dzieciństwie mają wyższy poziom hormonu związanego ze stresem i przekaźnika nerwowego w płynie rdzeniowym. Wydaje się, że silny stres w dzieciństwie ma długofalowy wpływ na mózg i układ odpornościowy.

Dzieci matek z BPD są narażone na różne zaburzenia fizyczne i emocjonalne w dorosłym wieku.

Powszechna ignorancja dotycząca BPD utrwała beznadziejną sytuację, jakiej doświadczają dzieci z rodzicami z borderline. Dzieci borderline są pochłonięte przez ciemność ich matek, których inni mogą nie zauważyć zanim będzie za późno.

Matki z BPD w obliczu stresujących sytuacji, takich jak koniec związku, śmierć ukochanej osoby, utrata pracy, odrzucenie lub porzucenie, mogą popaść w paranoje i stracić kontakt z rzeczywistością. Mogą czuć się odłączeni od ciała, a ich pamięć może być zaburzona. Epizody psychotyczne są traumatyczne, ponieważ wywoływane emocje są przytłaczające. W zależności od częstotliwości dziecko może wierzyć, że takie doświadczenia są normalne. Bycie samemu z psychotycznym rodzicem jest przerażające dla dzieci w każdym wieku.

Matki z BPD mogą zniszczyć to, co dobre i kochane przez ich dzieci, ponieważ są bardzo zazdrosne o kochany przedmiot. **Rozwścieczone najczęściej po rozwodzie matki z BPD mogą pozbawić dzieci kontaktu z ojcem, aby ukarać go lub dzieci.**



Dzieci z matkami z BPD przystosowują się do chaosu swojego życia, ucząc się oczekiwać nieoczekiwanego. Kojarzą miłość ze strachem, a życzliwość z niebezpieczeństwem. Szaleństwo staje się normalne, a życie bez chaosu może wydawać się nudne.

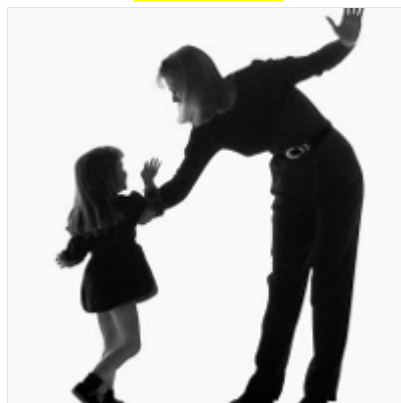
Matki z BPD projektują swoje zdezorganizowane życie na swoje dzieci a ich dzieci mogą ostatecznie zrezygnować z walki, by zachować zdrowie psychiczne.

Powszechne myśli dzieci matek z borderline:

- „Nigdy nie wiem, czego się spodziewać”
- „Nie ufam jej”
- „Mówi, że tak się nie stało”
- „Sprawia, że czuję się okropnie”.
- „Wszyscy inni myślą, że jest świetna”
- „To wszystko albo nic”
- „Ona jest taka negatywna”
- „Ona wybucha”
- „Czasami nie mogę jej znieść”
- „Doprowadza mnie do szalu”

Cztery rodzaje matek z pogranicza to **Wiedźma, Pustelnik, Królowa i Sierota**. Kategorie te mają jedynie na celu identyfikację zaburzenia i nie wykluczają się wzajemnie.

Wiedźma



Typowe myśli

Wiedźmy nieświadomie, nienawidzą siebie, ponieważ dorastały w środowisku, które „wymagało całkowitego poddania się wrogiemu lub sadystycznemu opiekunowi” (2000). Kontynuują ten cykl, postępując okrutnie wobec innych, zwłaszcza tych, którzy są zbyt słabi, młodzi lub bezsilni, aby sobie pomóc.

Typowe emocje

Nie odczuwają wyrzutów sumienia z powodu koszmarnych czynów, wykazując większe zainteresowanie własnym samopoczuciem niż troskę o sposób, w jaki ranili innych. Wyzwalacze (ang. triggers) Wiedźmy

obejmują zazdrość, krytykę, zdradę, porzucenie, poczucie wykluczenia i ignorowanie.

Typowe działania i centralny dylemat

Większość rodziców BP nie wykorzystuje fizycznie swoich dzieci. Ci, którzy to czynią prawdopodobnie należą do tej kategorii. Jednak nadużycie zwykle występuje, gdy nie ma innych kompetentnych osób dorosłych w pobliżu. W ten sposób członkowie rodziny mogą żyć w strachu, podczas gdy wszystko wydaje się dobrze dla świata zewnętrznego.

Wiedźmy chcą władzy i kontroli nad innymi, aby inni ich nie porzucili. Kiedy ktoś lub coś wywołuje strach przed porzuceniem wiedźm, te mogą stać się brutalne i pełne wściekłości, a nawet karać lub ranić członków rodziny, którzy staną im na drodze. Osoby z tym typem zaburzenia borderline są najbardziej odporne na leczenie: nie pozwolą innym na pomoc, a źródło nienawiści do samego siebie jest bardzo głębokie.

Typowe myśli, emocje i działania członków rodziny

- „*Spełnię to, czego ona chce. Opór jest daremny. Zostanę zasymilowany*”.
- Strach przed ofiarami.
- Odmowa ze strony tych, którzy mogliby chronić ofiary.
- Starają się nie wyzwać wiedźmy. Ale jej zachowanie tak naprawdę nie dotyczy non-BP, więc ta strategia nie działa.

Wpływ zachowania wiedźmy na dzieci

- Dzieci żyją w strachu przed kapryśnymi nastrojami wiedźm, są ofiarami tajnej wojny, której nie rozpoczęli, nie rozumieją i nie mogą kontrolować.
- Ataki są losowe, intensywne i okrutne. Dzieci automatycznie myślą, że są winne i mogą zostać zawstydzone, przygnębione, niepewne, zdysocjowane i nadmiernie czujne.
- Jako dorośli mogą mieć wiele trudności z sobą, problemy w relacjach z innymi, choroby fizyczne, a nawet pourazowego zespołu stresu PTSD.

Królowa



Typowe myśli

„Chcę więcej uwagi. Zasluguje na więcej uwagi. A tak przy okazji, co ostatnio dla mnie zrobiliście?”

Ponadto: „Moje dzieci powinny spełniać moje potrzeby, a nie na odwrót. Nie kochają mnie ani nie szanują, jeśli się ze mną nie zgadzają, wbrew moim życzeniom lub mają własne potrzeby”.

Typowe uczucia

Należą do nich: należy mi się, pustka, złość, frustracja lub samotność z powodu niedostatku, który odczuwali, jako dzieci. Królowe są niecierpliwie i mają niską tolerancję na frustrację, a także bez skrupułów przekraczają granice innych.

Typowe działania i centralny dylemat

Kierując się poczuciem pustki i niezdolnością do uspokojenia się, królowe robią wszystko, aby zdobyć to, na co tak „bardzo” zasługują - w tym mściwe czyny, takie jak szantaż. Początkowo mogą imponować innym swoimi zdolnościami społecznymi, ale kiedy „przyjaciele” nie mogą już jej zadowolić, Królowa odcina ich bez namysłu. Królowe są zdolne do prawdziwej manipulacji (w porównaniu z bardziej prymitywną obroną odmianą borderline), aby uzyskać to, czego chcą.

Typowe myśli, emocje i działania członków rodziny

- „Nie mogę zaspokoić potrzeb tej osoby; wszystko, co najlepsze to za mało”.
- „Czy ja nigdy nie potrzebuję żadnych potrzeb? (Lepiej tego nie mów, bo królowa mnie zostawi).”
- „Dlaczego wszystko jest zawsze o niej?”
- „Gdyby ludzie wiedzieli tylko, co czyni królowa, na pewno byliby zszokowani”.

Członkowie rodziny, których Królowa zawstydza, ignoruje lub powierzchownie zwraca uwagę, dowiadują się, że ich wartość zależy od rzeczy zewnętrznych (samochody, ważne tytuły).

Cierpi także samoocena osób nie-BP szczególnie izolowanych przez Królową lub byłych partnerów Królowej

Z czasem nie-BP czują się wykorzystywane, zmanipulowane i wściekle - gniew na BP i na samych siebie za poddanie się tak bardzo, że już siebie nie rozpoznają.

Nie BP poddają się jej życzeniom, ponieważ jest to łatwiejsze niż utrzymywanie osobistych granic.

Mniej stanowcze osoby nie-BP są głównie narażone na kampanie zniekształcające – fałszywe zarzuty, są niechętnie lub niezdolne do ochrony siebie lub swoich dzieci.

Konsekwencje dla dzieci z rodzicem-królową

Dzieci Królowej są prywatną publicznością, która ma dawać miłość, uwagę i wsparcie, gdy Królowa tego potrzebuje. Dzieci czują się zdezorientowane i zdradzone, gdy ich normalne zachowanie jest czasami karane (zgodnie z aktualnymi potrzebami Królowej). **Ponieważ królowe nie pozwalają ani nie pomagają dzieciom stać się jednostkami (autonomia jest odradzana - a nawet karana), dzieci naśladują zachowanie, które widzą. W ten sposób rodzi się nowa generacja BP - Królowej.**

W miarę dorastania dzieci wzrasta konflikt z Królową. Dzieci tęsknią za aprobatą, uznaniem, konsekwencją i bezwarunkową miłością za to, kim są, a nie za to, co osiągają. Dzieci królowej nigdy nie nauczą się, czym jest bezwarunkowa miłość od matki.

Sierota



Typowe myśli

„Jestem bezwartościową ofiarą. Chcę być kochany i chroniony, ale nie jestem tego wart”.

Filozofia: Szklanka jest nie tylko w połowie pusta, ale zaraz rozleje się na podłogę, którą właśnie umylem.

Typowe uczucia

Bezradny, beznadziejny i zrozpaczony. Wściekłość może być maskowana przez smutek i depresję, ale uwalniana przez odrzucenie lub porzucenie. Sieroty zniekształcają własne błędy lub rozczarowania, prowadząc do większego wstydu. Czują się bezbronni, ulomni, niespokojni, nastrojowi i irracjonalnie przerażeni.

Typowe Działania i Centralny dylemat

Patrzą na innych, aby ich uratowali, aby ostatecznie odmówić pomocy. Bezradności sprawia, że czują się bezpiecznie. Jak na ironię, jeśli nie ufają wszystkim i nie pozwalają nikomu się zbliżyć, zachowują kontrolę i nikt nie może ich porzucić ani rozczarować. Sieroty mogą zranić się, by wyrazić wstyd, ale potrafią szaleć, jeśli czują się odrzuceni lub porzuceni. Nie proszą o to, czego potrzebują, a potem wyglądają jak męczennicy, ponieważ inni nie mogą czytać w ich myślach i im tego dać. Nie są w stanie zapewnić opieki innym.

Typowe myśli, emocje i działania członków rodziny

- *„Im większą ofiarą, tym bardziej pokazuje, że ją kocham”.*
- *„Desperacko potrzebuje pomocy, więc muszę ją uratować, bez względu na wszystko”.*
- *„Moje potrzeby nie są tak ważne jak jej”.*
- *„Jeśli dowiem się wystarczająco dużo o BPD, mogę ją wyleczyć”.*
- *„Lubię być potrzebny, ale czasami czuję się przytłoczony potrzebą BP”.*
- *„Czuje się zmieszany i sfrustrowany, kiedy odrzuca moją pomoc”.*
- *„Jej zachowanie nie jest wcale takie nienormalne. Mogę sobie z tym poradzić, podobnie jak dzieci.”*
- *„Czuje się wykorzystany, a moja samoocena na początku nie była aż tak wysoka”.*
- *„Próbuję pomóc, ale ona ciągle odmawia”.*
- *„Jeśli metoda radzenia sobie z tym nie działa, planuję nadal próbować. W końcu się uda”.*
- *„Nie jestem w stanie ochronić moich dzieci ani siebie przed takim zachowaniem”.*

Wpływ zachowania „Sieroty” na dzieci

- Czują się źle, przestraszone i samotne.
- Dzieci mogą czuć się winne z powodu nieuszcześliwienia BP lub mogą próbować i próbować aż do śmierci matki. To zakłócenie (niezdolność do rozdzielenia) może utrudniać relacje dorosłego dziecka, które może być obciążone zależnością.

- Dziecko może stać się cyniczne, wściekle i czuć się zmanipulowane lub stać się nieodpowiedzialnymi pielęgniarzkami szukającymi nieuchwytnej aprobaty.
- Przesłanie dla dzieci jest takie, że życie trzeba przetrwać, dopóki nie umrzesz.
- BP chroni dzieci w takim stopniu, że uważają autonomię za niepokojącą.

Pustelnik



Typowe myśli

„To świat, w którym pies zjada psa, a ja jestem kotem. Wszyscy tam są dla siebie i żadne miejsce nie jest bezpieczne. Ponieważ ludzie zawsze mnie zdradzą, muszę być czujna na podpowiedzi lub ukryte znaczenia w rzeczach, które inni uznaliby za nieszkodliwe ”.

Typowe uczucia

Przerażony brakiem kontroli, strach przed pochłonięciem uniemożliwia im uzyskanie komfortu. Nic dziwnego, że wszędzie widzą potencjalną katastrofę. Pustelnicy traktują krytykę, jako globalne potępienie samych siebie. Polegają na pracy i hobby, aby wzmacniać poczucie własnej wartości. Ich wewnętrzny wstyd wyraża się w ciągłej krytyce innych.

Typowe działania i centralny dylemat

Twarda skorupa sprawia, że ci BP wydają się pewni siebie, zdeterminowani, niezależni, a nawet społecznie wdzięczni. Ale to maska. Podobnie jak wiele BP, pustelnicy pokazują jedną twarz światu, a drugą bliskim. Bliscy członkowie rodziny doświadczają „nieufności, perfekcjonizmu, niepewności, niepokoju, wściekłości i paranoi” (2000). Trzymają wszystkich w tym samym ideale doskonałości, kając innych przez szaleństwo lub wykluczanie. Pustelnicy obawiają się, że się zgubią, co przekłada się na zaborczość wobec ich rzeczy.

Typowe myśli, emocje i działania członków rodziny

- „*Jak mówi BP, świat jest niebezpieczny i nie powinienem ryzykować zaufania ludziom*”.
- „*Muszę chronić BP przed terrorem świata zewnętrznego*”.
- „*Jestem wierna, lojalną osobą i nigdy nie opuściłbym BP, aby sam sobie radzić*”.
- „*Czuję się uwięziony i odizolowany strachem Pustelnika*”.
- „*Mam problem z ufaniem i popełnianiem błędów, ponieważ wiem, że BP powie: „Mówiłem ci to”*”.
- „*Porzucam swoje życie towarzyskie, ponieważ zbyt trudno jest je utrzymać i być pomocną osobą dla BP, która nie chce wychodzić ani się przyjaźnić*”.
- „*Będę usprawiedliwiać BP, żeby nikt nie podejrzewał prawdziwych problemów*”.

Wpływ zachowania pustelnika na dzieci

- W wieku dorosłym cierpią na wiele dolegliwości wynikających z uwięzionych uczuć, takich jak ataki paniki lub fobie.
- Dzieci, które nie są zachęcane do odkrywania i uczenia się, mogą się niepokoić w obliczu nowych sytuacji. Mogą nie nauczyć się odpowiednich umiejętności radzenia sobie, zbyt łatwo zrezygnować z kontroli, mieć trudności z zaufaniem i być mniej zdolni do naturalnego odejścia od rodzica.

Appendix

Joanna Solarz-Bogusławska

Osobowość chwiejna emocjonalnie typ *borderline* - etiologia i obraz kliniczny

Cztery podejścia definiujące osobowość *borderline*

(1) Podejście psychoanalityczne

Po raz pierwszy terminu "*borderline*" użył wywodzący się z kręgu psychoanalitycznego Adolf Stern. W 1938 roku opisał on grupę pacjentów, którzy nie pasowali do używanych wówczas kategorii nerwicy ani psychozy. Umieszczani byli na pograniczu między tymi dwoma stanami. Stern wyodrębnił u nich dziesięć cech, które odpowiedzialne były za pogarszanie się ich stanu, słabą reakcję na leczenie psychoanalityczne lub w ogóle brak odpowiedzi na proponowane metody lecznicze. Wśród nich opisał m.in. "psychiczne krwawienie", czyli paraliż w obliczu kryzysów, niezwykłą nadwrażliwość, jako przesadną reakcję nawet na łagodną krytykę oraz organiczny brak pewności, oznaczający niezdolność do znoszenia dużego stresu, zwłaszcza w sferze interpersonalnej.

Helen Deutsch w 1942 opisała osoby, które przeżywały depersonalizację, narcystycznie identyfikowały się z innymi, miały w pełni zachowaną władzę nad rzeczywistością, zdolne były tylko do powierzchownych związków i często przejmowały cechy osób, z którymi się kontaktowały.

W 1947 Melitta Schmeidler przedstawiła patologię z pogranicza, jako "stabilną postać zaburzeń osobowości cechującą się brakiem stabilności". Pacjenci ci byli niezdolni do tolerowania rutyny i porządku, łamali konwencje społeczne, często spóźniali się na umówione spotkania i nie można było na nich polegać w sprawie płatności. Nie osiągnęli znaczącego wglądu, cechowali się słabą motywacją do leczenia, trudno było z nimi nawiązać współpracę podczas sesji. Schmeidler zauważyła, że prowadzili oni chaotyczne życie, w którym zawsze zdarzało się coś strasznego, popełniali drobne czyny kryminalne i nie byli zdolni do kontaktu emocjonalnego.

Knight w 1953 podkreślał problem słabości ego w osobowości *borderline* i jego związek z kryzysami psychotycznymi. Uważał, że pod naciskiem traumatycznych zdarzeń ego źle pracuje.

Rado w 1956 roku opisał osobowość z pogranicza, jako "zaburzenie wymuszające". Za charakterystyczne cechy uznał niecierpliwość i brak tolerancji na frustrację, wybuchy złości, nieodpowiedzialność, pobudliwość, pasywność, hedonizm, epizody depresyjne i głód uczuć.

Esser i Lesser w 1965 roku użyli pojęcia "zaburzenia histeroidalne". Mieszczący się w tej kategorii pacjenci byli nieodpowiedzialni, ich kariera zawodowa miała nieregularny przebieg a relacje interpersonalne charakteryzował chaos. Ujawniali oni wczesnodziecięce problemy emocjonalne i zaburzone wzorce nawyków np. moczenie mimowolne w starszym wieku.

Najwięcej do teorii psychodynamicznych wniósł jednak Kernberg (1967), twórca modelu konfliktu, w którym opisał kryzys tożsamości i obecność prymitywnych mechanizmów obronnych.

W 1984 roku Gunderson przedstawił cztery zjawiska kliniczne charakteryzujące pacjentów z pogranicza:

- osoby te pozornie dobrze funkcjonowały, ale wykazywały dysfunkcyjne style myślenia;
- słabo radziły sobie podczas psychoanalizy, często terapię trzeba było przerwać i zalecić hospitalizację;
- w trakcie wspierającego leczenia stacjonarnego dochodziło u nich do pogorszenia stanu psychicznego pod względem behawioralnym;
- wywoływali złość u terapeuty, gdy podejmowali terapię ich stan emocjonalny i stan zdrowia terapeuty wydawał się pogarszać.

(2) Podejście biologiczne

Chwiejności nastroju i dużej reaktywności emocji sprzyjają pewne biologiczne nieprawidłowości. Już Kraepelin w 1921 roku opisał cztery temperamenty, z których jeden tj. osobowość pobudliwa w swoim opisie zawierała "chwiejność emocjonalną". Za jej przyczynę podawał nieprawidłową przemianę materii.

Schneider w 1950 roku opisał osobowość labilną, którą cechowały szybkie zmiany nastrojów a słaby bodziec wystarczał często do wzbudzenia nadmiernej reakcji. Problem miał, w jego ocenie, podłoże konstytucjonalne.

Teoretycy biologiczni traktowali osobowość z pogranicza, jako zespoły kliniczne, gdzie każdy miał swoją etiologię, przebieg i rokowanie. Stone w 1980 roku zaproponował trzy podtypy zaburzenia z pogranicza:

- związany ze schizofrenią;
- związany z zaburzeniem afektywnym;
- związany z organicznym uszkodzeniem CUN.

Akiskal w 1981 roku badał związek między osobowością z pogranicza a zaburzeniami afektywnymi. Uważał, że osobowość taka odzwierciedla warunkujące ją zaburzenia nastroju o podłożu biologicznym. Dlatego, według niego, leczenie farmakologiczne stosowane u pacjentów *borderline* poprawiało nastrój i jednocześnie korzystnie wpływało na pozostałe objawy zaburzenia. Uważał, że pacjenci chwiejni emocjonalnie i ich rodziny posiadają temperament cyklotymiczny. Doświadczali oni częstych huśtawek nastroju przypominających zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Kroll prezentował pogląd, że uzasadnione jest leczenie farmakologiczne zaburzeń osobowości tylko przy współistnieniu zaburzeń nastroju.

Istnieje teoria, która głosi, że jednostki z osobowością *borderline* rodzą się z silnie zaznaczonymi cechami temperamentu tj. impulsywnością, drażliwością, nadwrażliwością na bodźce oraz emocjonalną chwiejnością. Reaktywność i intensywność emocji mają silne biologiczne uwarunkowania. Oczywiście nikt nie rodzi się z osobowością z pogranicza, ale opisane wyżej skrajne cechy występujące w dzieciństwie korelują ze skrajnościami w wieku dorosłym np. duża reaktywność emocji sprzyja intensywności relacji w starszym wieku. **Pierwsze reakcje tego typu zachodzą między matką a dzieckiem. Jeśli w rodzinie panuje chaos, dziecko ma niewielkie szanse na prawidłowy rozwój.**

(3) Podejście opisowe

Definiuje ono zaburzenia z pogranicza jako zbiór kryteriów. Gunderson i wsp. w 1987 roku wyodrębnił siedem cech opisujących zaburzenia z pogranicza. Należą do nich:

1. Niski poziom osiągnięć pomimo talentów i zdolności;
2. Impulsywność;
3. Manipulacyjne próby samobójcze;
4. Podwyższona afektywność obejmująca różnorodne, silne, negatywne uczucia;
5. Łagodne epizody psychotyczne;
6. Wysoki poziom socjalizacji połączony z trudnościami w znoszeniu samotności;
7. Zaburzone bliskie związki.

Zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, zaburzenia osobowości z pogranicza F60.31, to obok typu impulsywnego F60.30 podtyp osobowości chwiejnej emocjonalnie F60.3.

F60.3 Osobowość chwiejna emocjonalnie

F60.30 Typ impulsywny

A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń osobowości.

B. Występują, co najmniej trzy z następujących, przy czym jednym z nich jest (2):

1. Wyraźna skłonność do działań impulsywnych bez uwzględniania ich konsekwencji.
2. Wyraźna skłonność do kłótliwego zachowania i do konfliktów z innymi, w szczególności, gdy impulsywne działania są udaremniane lub krytykowane.
3. Łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami.
4. Trudności podtrzymywania działań, które nie wiążą się z natychmiastową nagrodą.
5. Nastroj niestabilny i kapryśny.

F60.31 Typu *borderline* (z pogranicza):

A . Spełnione ogólne kryteria zaburzeń osobowości.

B. Występują co najmniej trzy objawy z kryterium B dla F60.30 oraz dodatkowo, co najmniej dwa z następujących:

1. Niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym także seksualnych).
2. Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych.
3. Usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia.
4. Powtarzające się groźby lub działania samouszkodzające.
5. Stałe poczucie pustki wewnętrznej.

Kryteria diagnostyczne DSM-5 Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zaburzenia osobowości typu *borderline* (graniczne) oznaczone kodem 301.83 opisują ten typ osobowości, jako stały wzorzec zachowań i doświadczania emocji, polegający na niestabilności związków międzyludzkich, zmienności w zakresie postrzegania samego siebie i reakcji emocjonalnych, rozpoczynający się u młodych dorosłych i występujący w różnych warunkach, charakteryzujący się co najmniej pięcioma z poniższych:

1. Desperacki wysiłek wkładany w unikanie wyobrazonego odrzucenia przez innych.
2. Niestabilne i burzliwie przebiegające związki międzyludzkie, charakteryzujące się wahaniem między skrajnymi stanami - idealizowaniem lub pozbawieniem wartości.
3. Zakłócenie poczucia własnej tożsamości: wyraźny i trwale niestabilny obraz samego siebie lub własnego "ja".
4. Impulsywność, okazywana, w co najmniej dwóch obszarach, stwarzająca potencjalne zagrożenie np. wydatki, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się.
5. Nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samookaleczenia.
6. Niestabilność reakcji emocjonalnych spowodowana zmiennością nastroju w zależności od warunków np. nasilone epizody dysforii, drażliwość lub lęk utrzymuje się od kilku godzin, rzadko dłużej niż kilka dni.
7. Przewlekłe poczucie pustki.
8. Niedostosowane zachowania, poczucie gniewu i trudności w panowaniu nad nim np. częste wybuchy złości, utrzymujące się poczucie gniewu, powtarzający się udział w bójkach.
9. Związane z czynnikami stresowymi, przemijające wyobrażenia paranoidalne lub bardzo nasilone objawy dysocjacyjne.

(4) Podejście biospoleczne

Millon (1981) użył określenia "osobowość cykloidalna", aby wyraźnie pokazać behawioralną i afektywną chwiejność. Podkreślał on wzajemne oddziaływanie czynników biologicznych i procesów społecznego uczenia się w etiologii osobowości z pogranicza.

Linehan przedstawiła wzorce behawioralne w osobowości *borderline*, opierając się także na biospolecznej teorii uczenia. Według tej teorii osobowość z pogranicza powstaje, gdy na pewne nieprawidłowości biologiczne nałożą się czynniki środowiskowe. Unieważniające środowisko we wczesnym okresie dzieciństwa odpowiedzialne jest za rozregulowane emocje, które stanowią istotę osobowości *borderline*. Unieważniające środowisko to takie, gdzie wyrażanie emocji, przeżyć, jest często lekceważone, a nawet karane. Młody człowiek nie potrafi rozpoznawać swoich emocji, otoczenie jest nietolerancyjne na wyrażane negatywne uczucia. Emocjonalna podatność na zranienie obejmuje dużą wrażliwość na bodźce emocjonalne, intensywność emocji oraz powolny powrót do stanu wyjściowego sprzed wzbudzenia afektu. Osoby te reagują emocjonalnie nawet na niewielką dezaprobatę. Ich reakcje są skrajnie nasilone. Obawa może osiągnąć rozmiary paniki, drażliwość łatwo przechodzi we wściekłość.

Etiologia

Za powstanie osobowości *borderline* odpowiada wiele czynników, nie ma jednej przyczyny, która

byłaby odpowiedzialna za jej powstanie. Do czynników etiologicznych zaliczamy uwarunkowanie genetyczne, zaburzenia w neuroprzebieżności CUN oraz traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie.

Podłoże biologiczne

W 2007 roku dokonano przeglądu dotychczasowych badań na temat genetycznego i neurobiologicznego podłoża zaburzeń osobowości z pogranicza. Badania wykazały, że osobowość chwiejna emocjonalnie związana jest nierozdzielnie z układem limbicznym i ciałem migdałowatym, czyli z centrami kontroli emocji. Skany mózgu osób z rozpoznaniem tych zaburzeń wykazały, że ich ciało migdałowate i hipokamp są zdecydowanie mniejsze (o 16 %) niż osób populacji ogólnej. Im mniejsze ciało migdałowate, tym bardziej wrażliwe i nadaktywne. To zjawisko tłumaczy, dlaczego osoby te doświadczają emocji bardzo intensywnie i dłużej zajmuje im powrót do poziomu przed wzburzeniem. Hipokamp natomiast odpowiada za pamięć długo- i krótkoterminową oraz analizuje dane powiązane z emocjami. To ta część mózgu decyduje, czy dany bodziec zewnętrzny wywoła reakcję walki i ucieczki czy też nie. Osoby z osobowością *borderline* mają stale pobudzony hipokamp, dlatego błędnie interpretowane bodźce neutralne uznawane są przez nie jako zagrażające. U osób z osobowością *borderline* kora przedczołowa pracuje mniej efektywnie, co powoduje, że ludzie ci nie radzą sobie ze swoją impulsywnością.

Nadal nie wiemy, czy dysfunkcja mózgu to przyczyna zaburzenia, czy skutek przemocy. Coraz więcej dowodów jest na to, że zaburzenie to interakcja podatności mózgu i niesprzyjającego środowiska.

Badania bliźniąt jednojajowych wykazały dziedziczenie osobowości *borderline* w 35% natomiast bliźniąt dwujajowych w 7%. U krewnych pierwszego stopnia częściej występują zaburzenia psychiczne. Pacjenci, u których obserwujemy nasiloną impulsywność, nierzadko posiadają w rodzinie krewnych nadużywających środki psychoaktywne czy mających rozpoznane osobowości antyspołecznej. W przypadku fluktuacji nastroju częściej u krewnych występuje depresja. Krótka wersja genu transportera serotoniny oraz genu monoaminooksydazy A występują częściej u osób z osobowością *borderline* ale zależności te wyjaśniają jedynie 1 % wariacji dziedziczenia.

Neurorzeźniki

Siever i Davis (1991) wiążą występowanie osobowości z pogranicza z nieprawidłowościami przekazywania impulsów, za które odpowiedzialny jest niedobór serotoniny i nadmiar noradrenaliny. Konsekwencją tego jest przewaga procesów aktywacji nad hamowaniem. Badania wykazały, że największe nieprawidłowości w zakresie przewodnictwa serotoninergicznego wykazują osoby z dużym poziomem autoagresji. Ustalono, że u osób z osobowością *borderline* poziom metabolitu serotoniny 5HIAA w płynie mózgowo-rdzeniowym

jest wyraźnie zmniejszony. Badana jest także rola układu dopaminergicznego. Dysfunkcja w tym układzie może być odpowiedzialna za zaburzenia regulacji impulsów. Dodatkowo wiadomo, że leki przeciwpsychotyczne blokujące receptor dopaminergiczny są skuteczne w leczeniu niektórych objawów zaburzeń osobowości z pogranicza. Ponadto substancje psychoaktywne przyjmowane przez pacjentów chwiejnych emocjonalnie to głównie kokaina, heroina, amfetamina, alkohol, konopie i nikotyna, czyli środki powodujące wzrost transmisji dopaminergicznej w jądrze wstępującym.

Często obserwujemy także zmniejszony poziom endogennych opioidów tj. beta-endorfiny. Nadmierna aktywacja receptorów opioidowych może być związana z pojawieniem się zjawiska depersonalizacji.

Beta-endorfiny są niezbędne do tworzenia więzi interpersonalnych, co tłumaczy ich zmniejszony poziom w osobowości *borderline*. Związek z nieprawidłowym poziomem endorfin ma także tzw. rozszczepienie (*splitting*), czyli ciągła zmiana postawy emocjonalnej wobec osób poczynając od przyjaznej do wrogiej. W okresie zakochania wzrasta u tych osób aktywacja nakrywki brzusznej związanej z wydzielaniem endorfin. Gdy stan zakochania mija, aktywacja kory prowadzi do sprzecznych uczuć. Wobec faktu, że te dwa obszary CUN właściwie ze sobą nie współpracują, pacjent odczuwa raz miłość, raz nienawiść.

Z aktywacją układu dopaminergicznego mezolimbicznego i wydzielaniem opioidów, dopaminy i oksytocyny związane są ryzykowne zachowania seksualne oraz poszukiwanie uwagi ze strony otoczenia przejawiające się napadami złości. Dysfunkcja wydzielania endorfin odpowiedzialna jest także za występowanie charakterystycznych zmian nastroju od stanów depresyjnych, poczucia pustki do euforii.

Rola urazu w BPD

Herman w swojej pracy wykazała, że aż u 81% pacjentów z rozpoznaniem BPD przeżyło traumę w dzieciństwie, w tym u 71% była to przemoc fizyczna, u 68% wykorzystywanie seksualne, 62% to świadkowie przemocy w rodzinie. Poza czynnikami przemocowymi dużą rolę przypisuje się także zaniedbaniom ze strony rodziców. Chodzi tu o rzeczywiste porzucenie i odrzucenie lub postrzegane jako "odrzucenie". Thomas i Chess sugerują, że dobre dopasowanie (*goodness of fit*) lub słabe dopasowanie (*poorness of fit*) dziecka do środowiska ma decydujące znaczenie dla zrozumienia późniejszego funkcjonowania behawioralnego.

Dobre dopasowanie występuje wtedy, kiedy właściwości środowiska dziecka oraz jego oczekiwania i wymagania są zgodne z możliwościami, cechami i stylem zachowania jednostki. Ze słabym dopasowaniem mamy do czynienia, gdy widzimy rozdźwięk między okolicznościami środowiska a możliwościami i cechami dziecka. W obu przypadkach dochodzi do zniekształconego rozwoju i nieadaptacyjnego funkcjonowania. Zdaniem Linehan rodzajem środowiska, które tworzy słabe dopasowanie jest unieważniające środowisko. Według wielu badań zaniedbania rodzicielskie korelowały z osobowością z pogranicza i histrioniczną. Już Young odwoływał się do traumatycznych wydarzeń z dzieciństwa, w wyniku, czego nie zostały

zaspokojone podstawowe potrzeby dziecka. Sformułował on teorię wczesnych schematów dezaptacyjnych. Do tego, aby powstało zaburzenie, nie wystarczy samo przeżycie stresu, potrzebna jest jeszcze tzw. podatność biologiczna, osobnicza wrażliwość. Oba czynniki etiologiczne często współlistnieją ze sobą.

Zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy stopniem ciężkości wykorzystywania w okresie dzieciństwa a nasileniem zaburzeń. Nadużycia seksualne to czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń osobowości *borderline*, ale same nie są specyficzne dla jego rozwoju. Badania Lobbetal i wsp. nad występowaniem negatywnych doświadczeń w dzieciństwie a rozwojem zaburzeń osobowości dowiodły, że nadużycia seksualne korelowały z kilkoma typami zaburzeń osobowości: paranoiczną, schizoidalną, *borderline* i unikającą, a doświadczenia przemocy fizycznej z osobowością antyspołeczną. Według badań Parisa wśród osób z rozpoznaniem osobowości z pogranicza 1/3 to osoby, które przeżyły ciężkie nadużycia, kolejne 1/3 to osoby doświadczające stresu, jaki u większości nie prowadzi do zaburzeń, natomiast u 1/3 nie stwierdzono przemocy w rodzinie.

Trauma jest czynnikiem rozwoju także wielu innych zaburzeń psychicznych tj. zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, napadów paniki czy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Często z osobowością *borderline* współlistnieją także inne zaburzenia co znacznie pogarsza rokowanie i utrudnia proces leczenia. Niektórzy badacze uważają, że osobowość z pogranicza z współlistniejącymi zaburzeniami, gdzie uraz odgrywa jedną z zasadniczych przyczyn zaburzeń, należy nazwać *compex PTSD* i uznać go za podtyp BPD. Badania Goliera natomiast wskazują, że uraz w dzieciństwie był silniej związany z osobowością paranoiczną niż *borderline*.

Cechy obrazu klinicznego

Zaburzenia osobowości *borderline* najczęściej dotyczą kobiet, gdzie stanowią 75% rozpoznań. Początek rozwoju objawów szacuje się na 13 rż., do pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej dochodzi zazwyczaj około 22 rż. Osoby te są pełne sprzeczności zarówno w sferze uczuć jak i zachowań, naprzemiennie przeżywają złość i euforię. Źle radzą sobie ze stresem i problemami, boją się odrzucenia jednocześnie nie dopuszczając do bliskości.

Zaburzenia tożsamości

Jednostki z osobowością z pogranicza często doświadczają zaburzeń własnej tożsamości, widoczne jest to chociażby w przewlekłym uczuciu pustki, czy doświadczaniu stanów dysocjacji. Linehan uważa, że jednym z powodów, dla których osoby te są zagubione w odniesieniu do własnej tożsamości, jest fakt, że nie doświadczyły one zasadniczego związania z innymi ludźmi. Tożsamość staje się nieprzewidywalna i zmienna. Często mówią one o braku poczucia "Ja", twierdzą, że nie wiedzą, kim są, czują się puste i bezwartościowe.

Stephan Hurt i John Clarkin zebrali dane poddając hierarchicznej analizie wiązek osiem kryteriów DSM-III. Wyodrębnili wiązkę impulsu, wiązkę afektywną oraz wiązkę tożsamości zawierając w

niej poczucie przewlekłej pustki, nudy oraz brak tolerancji na samotność. Wielu badaczy podkreśla rolę pamięci wydarzeń afektywnych, szczególnie interpersonalnych w etiologii osobowości *borderline*. Williams opisał tezę braku pamięci autobiograficznej, stwierdził, że wcześniejsze wydarzenia i przeżywane emocje muszą być zapamiętane, jeśli mają pełnić rolę łagodzącą i być wykorzystywane w terażniejszości.

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie mają zintegrowanej koncepcji siebie i osób znaczących. Klinicznie przejawia się to zaburzeniami tożsamości płciowej, niestabilnym obrazem siebie i innych oraz problemami interpersonalnymi. Funkcjonują na skrajnych biegunach jako "absolutnie dobrzy" lub "absolutnie źli", ich samoocena jest albo bardzo zawyżona lub skrajnie niska. Mogą oni także przejmować tożsamość osób z którymi przebywają.

Psychotyczne dekompensacje

Objawy psychotyczne pod postacią urojeń czy omamów pojawiające się u osób z osobowością *borderline* trwają krótko- od kilku minut do maksymalnie kilku dni, a pacjent ich doświadczający jest wobec nich częściowo krytyczny. Do takich dekompensacji dochodzi w sytuacjach kryzysowych.

Rozszczepienie

Według Kernberga dla ukształtowania osobowości z pogranicza kluczowym momentem w rozwoju dziecka jest okres zaczynający się pomiędzy szóstym a ósmym, a kończący się między osiemnastym a trzydziestym szóstym miesiącem życia. W tym czasie dziecko nabywa umiejętności odróżniania reprezentacji *self* od reprezentacji obiektu. Nie jest w stanie jeszcze doświadczać w pełni *self* ani obiektu. Gdy jego potrzeby są zaspokojone, nie pamięta o negatywnych emocjach, a gdy przeżywa stres, nie pamięta pozytywnych uczuć. Rozdziela *self* i obiekt na "dobre" i "złe", co świadczy o jego niedojrzałości. Dziecko obawia się, że "złe" reprezentacje *self* i obiektu zniszczą te "dobre", co doprowadza do konfliktu. Pojawiają się mechanizmy obronne, a jednym z nich jest rozszczepienie. Jej celem jest złagodzić lęk i rozwiązać konflikt poprzez rozdzielenie "dobrych" i "złych" reprezentacji *self* i obiektu. Jeśli w tym czasie dziecko przeżywa nadmierną agresję, to wzmacnia się jego lęk przed zniszczeniem "dobrych" reprezentacji *self* i obiektu. Aby ten lęk zredukować, włączają mechanizm obronny rozszczepienia. Dziecko nie konsoliduje tożsamości tylko podlega fiksacji. Tożsamość zostaje rozproszona oraz naruszone są inne funkcje ego tj. umiejętność neutralizowania złości czy kontrola nad impulsami. Kernberg zaznacza także rolę konstytucjonalnych predyspozycji dziecka, które definiują sposób postrzegania opiekuna.

Winnicott z kolei uważa, że jeśli matka stwarza dziecku bezpieczne "otoczenie opiekuńcze", to wówczas przekonuje się ono, że nadmierna agresja go nie niszczy i to przekonanie zabezpiecza je przed rozszczepieniem.

Zaburzone emocje

Zaburzenia osobowości z pogranicza cechują nieadaptacyjne sposoby kontroli emocji. Według Cole (*et al.*) brak równowagi emocjonalnej to najistotniejszy aspekt kliniczny pacjentów z osobowością z pogranicza. Udowodniono, że eskalacja emocji jest u nich wyraźnie bardziej nasiloną w porównaniu do osób zdrowych, nawet gdy nie przejawiają zaburzeń nastroju. Zmiany nastroju w ciągu dnia także są u nich silniejsze niż pacjentów z depresją. Świadczy to o zwiększonej impulsywności emocjonalnej, której wykładnikami są ruminacje i katastrofizacja, a przyczyną zaburzone wyciszanie aktywności nerwowej związanej z emocjami. Wykazano, że niestabilność emocjonalna jest silniejszym niż impulsywność predyktorem objawów charakterystycznych dla osobowości z pogranicza.

Młody człowiek nie korzysta z własnych emocji błędnie je interpretując, dlatego szuka nowych, często nierzeczywistych celów i oczekiwań wobec własnej osoby. Dzieci wychowywane w rodzinach deprywujących ich emocje nie potrafią akceptować nadmiernej wrażliwości, nasilonej ekspresji emocji oraz mają trudności w powrocie do równowagi emocjonalnej. Stany te określane są wspólnym mianem emocjonalnej podatności na zranienie.

Kolejnym obszarem deficytów emocjonalnych jest akceptacja emocji. Nierozzerwalnie z obrazem osobowości *borderline* związane jest ich unikanie. Podczas demonstrowania fotografii twarzy wyrażających różne stany emocjonalne zaobserwowano, że chorzy znacznie bardziej wrażliwi byli na zdjęcia pokazujące negatywne emocje. Inne badania natomiast wskazują, że brakuje im tolerancji zarówno dla neutralnych jak i pozytywnych oraz negatywnych afektów.

Zaburzenia relacji interpersonalnych

Dane literaturowe dowodzą, że chorzy z osobowością z pogranicza nieprawidłowo interpretują nawet neutralne społecznie sytuacje, czują się wyobcowani, a nawet odrzuceni w obrębie swojej społeczności i cierpią z powodu nieumiejętności naprawy nadszarpniętych relacji. Prawidłowe funkcjonowanie społeczne może być mierzone np. skalą ogólnej oceny funkcjonowania interpersonalnego (*global assessment of functioning - GAF*) wynoszącej przynajmniej 61 punktów. Połowa osób z BDP nie osiągnęła 60 punktów nawet po zakończeniu leczenia.

Codzienne relacje interpersonalne są u nich niestabilne i ubogie. Życie ich charakteryzują burzliwe, niestabilne związki partnerskie, brak satysfakcji z małżeństwa, silna niepewność przywiązania oraz problemy z komunikacją. Deficyty społeczne są często kompensowane przez nieprzystosowawcze źródła wsparcia, doprowadzając ostatecznie do przemocy psychicznej i fizycznej. Istotnie częściej wybierają oni partnerów z zaburzeniami sfery psychicznej.

Zaburzone są także relacje matka-dziecko. Matki z osobowością z pogranicza odczuwają niepokój, przytłoczenie a nawet złość wobec potomka. Często nie potrafią prawidłowo odpowiedzieć na potrzeby dziecka i nieumiejętnie odczytują jego afekt. Jednocześnie mają tendencję do powielania traumatycznych wydarzeń, których mogły doświadczać w dzieciństwie.

Chorzy wykazują wyjątkową zmienność i ekstremalizm w relacjach międzyludzkich tj. wyraźnie nasiloną klótlwość, wrogość, słabe przywiązanie. Nieprawidłowo interpretują neutralne społeczne zdarzenia, mają problemy z włączaniem się do grupy i nie potrafią naprawiać problemów społecznych.

Zachowania samobójcze i zachowania autodestrukcyjne

Konsekwencją zaburzeń regulacji emocji są zachowania autoestrukcyjne, w tym tendencje samobójcze. Znajduje to potwierdzenie w wielu przeprowadzonych dotychczas badaniach. Linehan w 2012 roku badając 75 osób z rozpoznaniem BPD opisała dokonane próby samobójcze oraz zachowania para samobójcze, czyli zachowania samouszkodzające bez skutku śmiertelnego, które służą głównie, jako sposoby wyrażania złości, ukarania siebie oraz regulacji emocji.

W badaniu James i Taylor wykazano, że nasilenie objawów zaburzeń osobowości silnie u kobiet korelowały z występowaniem prób samobójczych, u mężczyzn natomiast z zachowaniami autoagresywnymi. Holm i Severinsson opisali kobiety, które aby znieść ból emocjonalny stosowały strategię autodestrukcyjne. Samookaleczenia okazały się sposobem na obniżenie napięcia, ucieczką od niechcianych uczuć. 70-75% pacjentów z osobowością *borderline* ujawnia co najmniej jeden akt samouszkodzający tj. przypalanie ciała, podcinanie żył, poprzeczne nacięcia skóry na przedramionach, zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji odurzających oraz myśli i tendencje samobójcze. Szacunkowe wartości wskaźnika samobójstw to około 9%. Wśród zachowań autodestrukcyjnych wyróżniamy także ryzykowne zachowania seksualne, zaburzenia odżywiania, ryzykowna jazdę samochodem czy uprawianie sportów ekstremalnych.

Samouszkodzenia poza oczywistymi skutkami negatywnymi, mają także swoją pozytywną rolę. Autoagresja staje się, bowiem sposobem na obniżenie poziomu napięcia, reakcją na trudne sytuacje emocjonalne czy wręcz próbą komunikacji z otoczeniem. Stanowi to, w niektórych sytuacjach, specyficzną formę próby utrzymania własnej integralności, wewnętrznej spójności, przywraca poczucie kontroli i panowania nad sytuacją.

Impulsywność i zaburzenia kontroli impulsów

Impulsywność w BPD jest definiowana, jako nagle i niezaplanowane działanie. Osoby z osobowością *borderline* wybierają natychmiastową gratyfikację zamiast opóźnionej nagrody. Potwierdziły to badania Lawrence'a i wsp., którzy badali 30 pacjentów z rozpoznaniem BPD Skalą Impulsywności Barratta. Wnioski wypływające z badania mówią o preferencji do

natychmiastowej nagrody i tendencji do zaniżania długoterminowych korzyści. Badania Millera i wsp. pokazały, że rozpoznanie ADHD u osoby dorosłej zwiększa prawdopodobieństwo diagnozy zaburzeń osobowości z klastra B, w szczególności osobowości z pogranicza. Kolejne badania włoskiej grupy badaczy wykazały rozpowszechnienie ADHD wśród pacjentów z BPD w 59,5%.

Lęk przed opuszczeniem

Osoby te panicznie boją się opuszczenia, lecz równocześnie obawiają się bliskości drugiego człowieka. Ich związki są burzliwe, kochają lub nienawidzą, funkcjonują na dwóch przeciwległych biegunach. Balansują pomiędzy wchodzeniem w relacje a ich opuszczeniem. Dewaluacja i idealizacja to stałe cechy relacji interpersonalnych. Zrobią niemal wszystko aby uniknąć rzeczywistego lub wymyślanego opuszczenia.

Aktywna bierność

Oznacza aktywność jednostki do angażowania innych w rozwiązywanie swoich problemów życiowych. Nie rozwiązuje ona trudności własnymi siłami. Jest to sposób radzenia sobie podobny do tego opisanego przez Lazarusa i Folkmana "radzenia sobie zorientowanego na emocje". Jednostka dąży do zredukowania emocji wywołanych stresem poprzez odwrócenie uwagi czy poszukiwanie otuchy u innych. Aktywna bierność różni się od wyuczonej bezradności tym, że chory poszukuje pomocy u innych, nie poddaje się, nie rezygnuje z walki. Pacjenci z osobowością *borderline* często nie widzą sposobu rozwiązania problemu lub nie wierzą, że mogliby sobie z nim poradzić. W ich środowisku od najmłodszych lat utrwalany był wzorec bagatelizowania trudności. Wobec tego często wyolbrzymiają swe problemy, aby ktoś mógł je dostrzec.

Linehan w 1987 roku badając pacjentki z osobowością z pogranicza przyjęte na oddział po działaniach parasamobójczych i porównując je do tych bez myśli samobójczych wykazała, że występuje u nich znacznie niższy poziom umiejętności aktywnego rozwiązywania problemów i nieznacznie wyższy poziom biernego rozwiązywania trudności. Perry i Cooper donoszą o powiązaniu między osobowością *borderline* a niskim poziomem wewnętrznej skuteczności i wysokim poziomem zależności od innych. Ludzie ci nie potrafią rozwiązywać swoich problemów interpersonalnych i emocjonalnych. Niejednokrotnie proszą o pomoc innych. Może to przybrać formę całkowitego polegania i zależności. Badania Eliasza wskazują, że ludzie z wysoką reaktywnością będą wybierać bierne style samoregulacji, czyli takie, które wymagają włożenia minimalnego aktywnego wysiłku w rozwiązanie swoich problemów.

Pozorna kompetencja

Osoby z osobowością *borderline* w niektórych sytuacjach, najczęściej w tych, gdzie mają poczucie pewności i kontroli, zachowują się kompetentnie, a innym razem brakuje im tych zdolności. Kompetencja jednostki jest skrajnie zmienna i zależna od wielu czynników. Jednym z nich jest zmienny nastrój i niezdolność do uczenia się i generalizowania danych kompetencji podczas

powtarzających się sytuacji. Osoby te nie potrafią także niewerbalnie pokazać swoich emocji. Mogą, podczas przeżywania bólu psychicznego, prezentować obojętny nastrój i spokój. Jest to dla otoczenia komunikat, że jednostka jest kompetentna i ma poczucie kontroli. Często między werbalnym a niewerbalnym komunikatem nie ma spójności, a pacjent nie zdaje sobie sprawy z takiego rozdzwieku. Są przekonani, że komunikują się w sposób zrozumiały. Kompetencja ich rośnie także wówczas, gdy znajdują się we wspierającym środowisku.

Podtypy BPD

Przedstawiony w DSM-5 wzorzec osobowości z pogranicza częściowo pokrywa się z cechami zaburzonych osobowości, w których innych ludzi stawia się w centralnym punkcie ich życia. Pragnienie akceptacji, wsparcia od drugiego człowieka świadczą o słabym ego, zaburzonej tożsamości i niestabilności w relacjach interpersonalnych. Znacznie częściej osobowość *borderline* rozpoznawana jest u kobiet, dlatego spodziewamy się współwystępowania cech zależnego, histrionicznego, unikającego, depresyjnego czy negatywistycznego rysu osobowości.

Według Theodora Millona i Rogera Davisa istnieją pewne odmiany osobowości *borderline*.

Osobowość z pogranicza zniechęcona z cechami osobowości unikającej, depresyjnej lub zależnej. Strategią jej funkcjonowania jest poleganie na znaczących osobach, którym jest w pełni uległa. Ciągłe skupiona na braku bezpieczeństwa, przekonana o swojej bezradności, kurczowo trzyma się partnera i robi wszystko, aby go nie stracić. Wymaga od innych, by się nią opiekowali. Samookaleczenia i samobójstwo mogą przybierać tu formę samokarania lub próbę radzenia sobie ze stresem.

Osobowość z pogranicza autodestrukcyjna z cechami osobowości depresyjnej lub masochistycznej, kieruje własną złość przeciwko sobie. Odczuwa lęk przed autonomią, stara się podporządkować innym, jest miła i szanuje innych. Domaga się nadmiernej uwagi i wsparcia. W sytuacjach kryzysu oskarża innych o złe traktowanie, niedoceniecie jej zaangażowania i poświęcenia. Ryzyko popelnienia samobójstwa jest tutaj duże.

Osobowość z pogranicza impulsywna z cechami osobowości histrionicznej lub antyspołecznej musi być w centrum uwagi. Bardziej niż w innych typach zaburzona jest tu kontrola emocji, zarówno pozytywnych jak i negatywnych. Okazuje nadmierną wylewność, jest towarzyska, pokazuje powierzchowną ekscytację, uwodzi.

Osobowość z pogranicza drażliwa z cechami osobowości negatywistycznej to osoba, która jest niespokojna, niecierpliwa, stale niezadowolona, narzekająca, szybko się obraża. Nienawidzi tych, od których jest zależna i tych, których musi prosić o pomoc. Popada często w stany depresyjne, wypowiada urojenia winy, łatwo wpada w furję.