

OSOBOWOŚĆ Z POGRANICZA – UJĘCIE HISTORYCZNE W KONTEKŚCIE ZMIAN W DSM-V

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER – HISTORICAL APPROACH IN THE CONTEXT OF CHANGES IN DSM-V

¹ Studentka Instytutu Psychologii UJ

² Doktorantka Instytutu Psychologii UJ

Dyrektor: prof. dr hab. Władysław Łosiak

borderline personality disorder history of mental disorders DSM-V

Artykuł ma na celu przedstawienie historii kształtowania się pojęcia zaburzenia osobowości z pogranicza (borderline) od czasów starożytnych do współczesnych. Autorki prezentują prekursorskie koncepcje w stosunku do obecnego rozumienia zaburzenia borderline. Przywołują teorie psychoanalityczne, na gruncie których powstał termin „borderline” oraz podejścia alternatywne, mające na celu wyodrębnienie głównych cech i symptomów zaburzenia z pogranicza. Odwołują się także do opisów tego zaburzenia, zawartych w piśmiennictwie polskim. Ukażą główne, współczesne podejścia do problematyki zaburzenia z pogranicza oraz zmiany w sposobie diagnozowania zaburzenia typu borderline w DSM-V wraz z krytyką tego ujęcia.

Summary: This article describes history of borderline personality disorder from the antiquity to the present. The authors begin their discussion with the presentation of the changes in the method of diagnosis of personality disorders, including the borderline personality disorder. These changes are caused by the introduction of the fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). The purpose of this paper is to present conceptions that could be called precursory in relation to current understanding of borderline disorder. The authors refer to psychoanalytic theories, on the basis of which the term “borderline” came into being and to an alternative approach designed to highlight the main features and symptoms of borderline disorder. They also refer to descriptions of borderline personality disorder contained in Polish literature. At the end they show the main, modern approaches to the issue of borderline personality disorder and return to the topic signaled in the introduction talking about changes in the method of diagnosis of borderline personality disorder in DSM-V together with the criticism of this conceptualization.

Summary

Wydana w maju 2013 roku, piąta edycja „Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V)” [1] niesie ze sobą istotne zmiany w sposobie diagnozowania zaburzeń osobowości. Diagnoza każdego z sześciu zaproponowanych tam specyficznych zaburzeń osobowości, w tym zaburzenia z pogranicza, nie będzie stawiana, tak jak to było do tej pory, na podstawie spełnienia określonej liczby kryteriów diagnostycznych. Zaproponowana w DSM-V zmiana polega na przyjęciu dla zaburzeń osobowości dwóch kryteriów. Pierwsze z nich, nazwane kryterium A, odnosi się do poziomu ostrości

pogorszenia funkcjonowania osobowościowego i oceniane jest w 4-stopniowej skali [2]. Drugie — kryterium B obejmuje natomiast cechy zawarte w pięcioczynnikowym modelu osobowości [3]. W diagnozie określa się stopień nasilenia ich występowania. Dodatkowo, kryterium B zawiera cechy patologiczne, wykraczające poza model pięcioczynnikowy, nie występujące powszechnie w populacji, ale charakterystyczne dla specyficznych zaburzeń osobowości [2].

Powyższa, dość radykalna, zmiana w sposobie diagnozowania zaburzeń osobowości, ma zdaniem zespołu pracującego nad DSM-V stanowić odpowiedź na oskarżenia formułowane pod adresem poprzedniego podejścia, obowiązującego w DSM-IV [2]. Nie brakuje jednak głosów krytycznych, sprzeciwiających się zmianom o takiej doniosłości. Głównym zarzutem stawianym proponowanemu podejściu w kontekście zaburzenia borderline jest jego oderwanie od podstaw teoretycznych. Krytycy wskazują na bogatą historię tego zaburzenia, podkreślając fakt, że jego definicja przetrwała w niemalże niezmienionej postaci od momentu wydania DSM-III w 1980 roku. Bazowanie na pięcioczynnikowym modelu osobowości w diagnozowaniu zaburzenia borderline jest według nich nieuprawnione [4].

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie historii kształtowania się terminu osobowości z pogranicza. Jest próbą ukazania teoretycznej bazy stanowiącej podstawę dzisiejszej krytyki podejścia zastosowanego w DSM-V.

Impulsywność, zmienny nastrój, niestabilność w kontaktach międzyludzkich oraz w obrazie własnej osoby to charakterystyczne cechy składające się na wzorec osobowości typu borderline. Jednostki z zaburzeniem z pogranicza angażują się w intensywne związki interpersonalne przebiegające od skrajnej idealizacji do równie skrajnej dewaluacji osób w nie uwikłanych. Będąc w takich związkach usiłują uniknąć realnego bądź jedynie wyimaginowanego porzucenia. Często dokonują samouszkodzeń, a także podejmują próby samobójcze, nierzadko o charakterze manipulacyjnym. Cechuje je nadmierna w stosunku do sytuacji, niekontrolowana złość [5].

Historia zaburzenia z pogranicza jest nie mniej burzliwa niż sam jego obraz. Chcąc przedstawić dzieje pojęcia borderline, należy jednocześnie opisać kształtowanie się znaczenia tego terminu [6]. Historycznego przeglądu pomysłów i koncepcji, z których wyłoniła się ostateczna, do dzisiaj funkcjonująca, charakterystyka osobowości z pogranicza, nie sposób jest jednak zacząć bez naświetlenia pewnej, bardzo istotnej z punktu widzenia omawianego tematu, kwestii.

Prekursorzy badań zaburzenia osobowości borderline

Poszczególne cechy składające się na syndrom zaburzenia borderline, funkcjonujące w obowiązującym do tej pory systemie diagnostycznym DSM-IV, mają w literaturze różne określenia. Dlatego też dyskusja nad osobowością z pogranicza nie powinna się ograniczać jedynie do tych jej opisów, w których zastosowano termin „borderline”. W literaturze istnieją dane dotyczące syndromów, nie nazwanych co prawda zaburzeniem borderline, ale zawierających opisy kliniczne jasno odpowiadające wzorcowi niestabilności afektywnej i interpersonalnej, charakterystycznej dla tego typu zaburzenia definiowanego w DSM-IV [7].

Już w starożytności odnaleźć można opisy przypadków osób przeżywających, rozbieżne względem siebie, intensywne nastroje, przejawiające się w stanach rozdrażnienia, euforii

lub depresji. Homer, Hipokrates czy Areteusz opisywali chwiejny charakter, występujący u niektórych osób, powiązanych ze sobą epizodów impulsywnego gniewu, manii i melancholii. Podawali też charakterystyki osobowości jednostek podatnych na tego typu zmienność nastroju. W średniowieczu opisy te uległy zapomnieniu. Czasy renesansu przyniosły ponowne zainteresowanie doniesieniami starożytnych Greków i Rzymian. Charakterystyki osobowościowe emocjonalnie niestabilnych pacjentów na nowo stały się przedmiotem badań [7].

Za ożywiiciela idei współwystępowania impulsywnych i kapryśnych nastrojów w ramach jednego syndromu uważa się Teophila Boneta, który termin *folie maniaco-melancolique* wprowadził do literatury w 1684 roku [8]. W wieku XVIII Schatch i Hersel do terminologii zaproponowanej przez Boneta dodali własne obserwacje. Zauważyli, iż w nastrojach przeżywanych przez osoby, o których pisał Bonet, da się odnaleźć pewną okresową regularność. Polegała ona na naprzemiennym poprawianiu się i obniżaniu ich nastroju [7]. Badacze działający po Bonecie, Schatchu i Herselu, opierając się na zebranych przez nich danych, nabrali przekonania co do nieuniknionej naprzemienności występowania u pacjentów nastrojów maniakałnych i depresyjnych. Jednakże opisy przypadków podawanych przez tych autorów rzadko spełniały wzorzec takiej właśnie regularności. Fluktuacje afektu przejawiane przez ich pacjentów miały raczej epizodyczny charakter. Były nieobliczalne i bezładne w swojej sekwencji. Zmiany w ich zakresie były niemalże przypadkowe, a przebiegały od depresji do gniewu, ekscytacji, znużenia czy normalności w niespójnych cyklach, których nie dało się przewidzieć [7].

W roku 1854 Jules Gabriel Francis Baillarger [9] i Jean-Pierre Falret [10] przedstawili rezultaty własnych, trzydziestoletnich doświadczeń z depresyjnymi oraz przejawiającymi tendencje samobójcze pacjentami. Opisywali, że dużą część owych pacjentów charakteryzowało długotrwałe odczuwanie symptomów depresji, sporadycznie przerywanych fazami irytacji, złości, ekscytacji czy też okresami przebiegającymi bezobjawowo. Oba wprowadzone przez tych autorów terminy: *la folie circulaire* (Falret) i *folie a double forme* (Baillarger) miały na celu podkreślenie kontrastowości i zróżnicowanego charakteru przejawianych przez ich pacjentów symptomów.

Przedstawione wyżej rozważania nad historią zaburzenia z pogranicza skłonić mogą do pewnej refleksji. Nazwy nadawane przez badaczy wyróżnionym przez nich zaburzeniom, jak również obraz, jaki się z nich wyłania, przypominają bardziej charakterystykę zaburzenia afektywnego dwubiegunowego niż samego zaburzenia borderline [11]. Obecnie wiadomo, że osobowość z pogranicza często współwystępuje z zaburzeniami nastroju. Jeżeli jedna osoba spełnia kryteria obydwu tych zaburzeń, obydwa powinny być u niej zdiagnozowane. Niektóre z charakterystyk składających się na syndrom zaburzenia z pogranicza pokrywają się z tymi zawierającymi się w opisie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Komplikuje to możliwość postawienia diagnozy różnicowej. Przykładowo, niestabilność emocjonalna oraz impulsywność charakterystyczna dla zaburzenia borderline może imitować cechy diagnostyczne zaburzenia dwubiegunowego, a szczególnie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Dane kliniczne pokazują, że osobowość typu borderline jest często mylnie diagnozowana jako zaburzenie dwubiegunowe [12]. Również na gruncie teoretycznym jedno z głównych podejść do zaburzenia osobowości typu borderline wskazuje na jego powiązania z zaburzeniami afektu. Nazywane też biologię

postuluje przynależność borderline do spektrum zaburzeń afektywnych [7]. Nie dziwi więc fakt, że historycznie wczesne koncepcje osobowości z pogranicza nasuwają skojarzenia z afektywnym zaburzeniem dwubiegunowym.

Teoretykiem, który w roku 1882 na stałe wprowadził do literatury ideę cyklicznego następstwa manii i melancholii, był Karl Ludwig Kahlbaum [13]. Postrzegał on te stany jako przejawy pojedynczego zaburzenia manifestującego się na różne sposoby w różnym czasie. Mogło być ono widoczne momentami w stanach euforycznych, momentami melancholijnych. Innym razem manifestowało się w ekscytacji bądź gniewie. Kahlbaum wyodrębnił mniej ostrą formę tego zaburzenia, którą nazwał cyklotymią. Zdecydował się ją wyróżnić z powodu częstych okresów bezobjawowych, które istotnie różniły ją od formy ostrzejszej. Poważniejszej i bardziej chronicznej odmianie tego zaburzenia Kahlbaum nadał nazwę *vesania typica circularis*.

Opisy cech przejawianych przez pacjentów, począwszy od charakterystyk podawanych przez badaczy przedstawionych poniżej, w coraz większym stopniu zaczynają przypominać to, co w klasyfikacji DSM-IV określane jest syndromem borderline [11].

Do schyłku wieku spora liczba niemieckich i francuskich klinicystów naświetliła w swoich pracach innego rodzaju charakterystyki tych, jak ich nazywano, „cyrkularnych” czy też emocjonalnie niestabilnych pacjentów, u których dziś zdiagnozowano by osobowość z pogranicza. Jules Farlet [10] opracował zestaw cech, którym nadał wspólną nazwę *folie hysterique*. Pod pojęciem tym kryły się charakterystyki, takie jak zauważalna niestabilność emocjonalna, impulsywność, sprzeczność (*contradictoriness*) oraz skłonność do wywołania kontrowersji (*proneness to controversy*). Farlet swoich pacjentów opisał jako takich, u których miłość przechodzi w nienawiść, sympatia w pogardę, a pożądanie w odrazę.

Z dorobku wspomnianego wyżej Kahlbauma inspiracje czerpał Emil Kraepelin [14]. Tworzący w XIX wieku uczony, opierając się na odkryciach swojego niemieckiego poprzednika, wyróżnił dodatkowo „osobowościowe” oraz „temperamentalne” warianty kahlbaumowskiej cyklotymii. Kraepelin zaproponował, by etykieta „obłęd maniakalno-depresyjny” odnosiła się do szerokiego zakresu okresowo czy też cyrkularnie zmieniających się chorobliwych nastrojów. Kraepelin uważał, że stanowią one różne manifestacje wspólnego dla nich, leżącego u ich podłoża, pojedynczego procesu chorobowego. Bez względu na regularny bądź nieregularny charakter zaburzeń nastroju, jak również dominujący rodzaj obserwowanego w ich ramach afektu (mania, depresja, irytacja), rozpatrywane one były jako warianty tego samego, podstawowego defektu. Według Kraepelina wspólnym mianownikiem wszystkich tych zaburzeń była endogeniczna dysfunkcja metaboliczna ustroju w ogromnym stopniu niezależniona od wpływów zewnętrznych. Wśród czterech wyróżnionych przez Kraepelina temperamentalnych odmian choroby maniakalno-depresyjnej jedna przypominała cechy przypisywane dziś osobowości borderline. Mowa o „drażliwym temperamencie”, nazywanym także przez Kraepelina „osobowością pobudliwą”. Pacjentów, których Kraepelin zaliczał do tej grupy, charakteryzowała niezwykle labilność w zakresie równowagi emocjonalnej. Wszelkie wydarzenia wywoływały u nich poruszenie, często o negatywnym zabarwieniu afektywnym. Nierzadko zdarzały im się emocjonalne wybuchy, powodowane przez trywialne czynniki, a rozciągające się do rozmiarów bezgranicznej furii. Ich nastrój podlegał częstym zmianom. Okresowo przejawiali oni irytację, smutek, lęk, a nawet bezdusność (*spiritless*). Wybuchali płaczem nie potrafiąc przy tym wskazać jego

powodu, często zgłaszali hipochondryczne skargi, a niekiedy nawet przejawiali tendencje samobójcze. W swoich dążeniach byli bardzo niestali. Ich usiłowania cechowała duża podatność na zakłócenia. W konsekwencji, skłonność do irytacji oraz często zmieniające się nastroje, czyniły ich podatnymi na angażowanie się w wiele spraw i niedoprowadzanie ich do końca. Pacjenci ci podejmowali nagle decyzje po to, by zaraz gwałtownie je zmienić.

Na specjalną uwagę zasługuje duży zakres, w jakim opisy Kraepelina pokrywają się z centralnymi kryteriami diagnostycznymi borderline obecnymi w klasyfikacji DSM-IV. Można w nich odnaleźć charakterystyczną dla borderline impulsywność, nieadekwatny i intensywny gniew, labilność emocjonalną, a także niestabilne związki interpersonalne oraz akty fizycznego samouszkodzania (*physically self-damaging acts*) [11].

Kolejne opisy przypadków, które uznać można za prekursorskie w stosunku do obecnych kryteriów diagnostycznych borderline, przedstawił Ernst Kretschmer [15]. Jego pacjenci przejawiali typ temperamentu, który nazwał mieszanym cykloidalno-schizoidalnym. Dostarczone przez niego dane pokrywały się treściowo z niektórymi elementami składającymi się na syndrom zaburzenia z pogranicza. Swoich pacjentów opisywał jako pozbawionych poczucia humoru z tendencją do oschłości, hipochondrycznych. Ich postawa wobec świata nacechowana była wrogością, byli nerwowi, a w zmienności ich nastrojów nie dało się dostrzec cykliczności. Ich odpowiedzi emocjonalne były często nieodpowiednie. Zręczliwość połączona z odczuwaniem braku satysfakcji oraz postawa pesymistyczna również nie była wśród tych osób rzadkością.

Rok 1923 przyniósł opis jeszcze bardziej zbliżony do dzisiejszej charakterystyki osobowości borderline. Dokonał go Kurt Schneider [16]. W nakreślonej przez niego sylwetce osoby o labilnej osobowości (*labile Persönlichkeit*) odnaleźć można właściwości takie jak nagle, szybkie zmiany nastroju czy gwałtowne reakcje w odpowiedzi na najmniejsze bodźce. Według niego tym, co leżało u podstaw gniewnych zachowań tej grupy pacjentów, była pewna konstytucjonalnie uwarunkowana tendencja. Osoby o tego typu usposobieniu były według Schneidera w sytuacjach społecznych niezaradne, a w związkach interpersonalnych niestabilne. Ich stosunek do innych osób szybko zmieniał się z sympatii w antypatię, a nawet w odrazę. Jednostki te łatwo popadały w zniecierpliwienie. Te bardziej drażliwe, ze względu na impulsywność i skłonność do przemocy, były częściej narażone na angażowanie się w problematyczne sytuacje, te bardziej niestałe natomiast — na błędy i omyłki czy też niewykorzystywanie życiowych sytuacji w sposób dla siebie optymalny. Co istotne, Schneider podkreślał odrębność osobowości labilnej od cyklotymii. Krótkotrwałość nastrojów oraz ich nieprzewidywalność stanowiły według niego główny wyróżnik labilnej osobowości.

Borderline w psychoanalizie

Korzenie samego już terminu „osobowość typu borderline” tkwią w literaturze nurtu psychoanalitycznego. Pierwotnie osobowości z pogranicza nie wyodrębniano jako osobnego zjawiska. Była ona raczej opisywana w kontekście innych zaburzeń osobowości. W tamtych czasach funkcjonowało pojęcie „borderland” (pogranicze) [17], a Bleuler, dla którego tego typu zaburzenia należały do spektrum psychopatii, używał terminu „borderline insanity” [za: 18]. Psychoanalicy odkryli, że wśród pacjentów, z którymi pracują,

wyodrębnia się pewna specyficzna grupa. Pacjenci określani początkowo jako neurotyczni, czyli zdolni do poddania się procesowi terapii, okazali się wysoce na ten proces oporni [19]. Niewystarczająco chorzy, by móc otrzymać diagnozę psychozy, i jednocześnie zbyt chorzy, by skorzystać z psychoanalizy, byli kimś na pograniczu neurozy i psychozy. Znajdowali się — jak to określali psychoanalitycy — pomiędzy możliwością analizy a jej niemożnością [6]. Z drugiej strony zainteresowanie pracujących w szpitalach klinicystów wzbudzała pacjenci, którzy, pomimo że skłonni do psychotycznej regresji, działali na poziomie wyższym od większości schizofreników [20].

Mówiąc o psychozie, zaznaczyć należy, iż zawartość semantyczna tego pojęcia bardzo się zmieniła na przestrzeni wieków. Pierwotnie pojęcie psychozy zawierało w sobie kategorię upośledzenia umysłowego, podobnie jak niektórych innych poważnych zaburzeń psychicznych. Następnie stało się ono synonimem psychopatii oraz psychoneurozy [21]. W drugiej połowie XIX wieku za psychozę uznawano wszystkie zaburzenia psychiczne. Terminem „psychoza” określano zarówno „zaburzenie psychiczne” (*mental disorder*), „chorobę psychiczną” (*mental illness*), jak i „obłąd” (*insanity*) [22]. Zmiany w rozumieniu terminu „psychoza” pojawiły się w rezultacie przeobrażeń w definiowaniu konceptu „neurozy”. Stało się to za sprawą odkryć w obszarach neuropatologii oraz psychoanalizy. W wydanym w 1887 roku podręczniku Strümpella „neuroza” została zdefiniowana jako choroba układu nerwowego z nierozpoznaną anatomiczną podstawą [23]. Korzystając z prac Charcota nad histerią, który uważał ją za formę słabości psychicznej z degeneratywną, w sensie biologicznym, etiologią, Freud i Breuer [24] podkreślali znaczenie indywidualnej biografii oraz seksualności pacjenta w pochodzeniu nerwicy histerycznej (*hysterisch Neurose*). Zmiany w rozumieniu terminu „neuroza” utrwaliły się po roku 1924, kiedy to Freud [25] zaprzestał używania określenia „neuroza narcystyczna” (*narzisstische Neurose*) w powiązaniu z zaburzeniami psychotycznymi, takimi jak schizofrenia, paranoja czy melancholia. Od tego momentu termin „neuroza” wiązany był z patologią psychiczną oraz psychiczną genezą (*Psychogenesis*). Nierozwiązane konflikty z dzieciństwa, stanowiące podłoże neurozy, miały być w tym kontekście przywoływane w specyficznych, wyzwających sytuacjach. Jej obserwowalne syndromy traktowano jako symboliczne ekspresje nieświadomych, intrapsychicznych konfliktów oraz próbę osiągnięcia kompromisu pomiędzy pragnieniami a obroną przed nimi [25].

Rozróżnienie nozologiczne pomiędzy „psychozą” a „nie psychozą” czy też „neurozą”, do nomenklatury psychiatrycznej weszło w 1913 roku za sprawą Jaspersa [26]. Psychoza była rozpatrywana wówczas jako rezultat choroby somatycznej i traktowana jako proces. Za neurozę uważano natomiast zaburzenie, którego przyczyn upatrywano w biograficznych, psychologicznych czynnikach i plasowano na kontinuum ze zdrowiem psychicznym. Późniejsze odrzucenie w nazewnictwie psychiatrycznym zarówno terminu „neurozy”, jak i „psychozy” przyniosło wprowadzenie trzeciej edycji „Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-III)” w 1980 roku. Od tego momentu używanie rzeczownika „psychoza” zostało ograniczone do jego przymiotnikowej formy: „psychotyczny”. W wydanym w 1994 roku DSM-IV w rozdziale Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne (*Schizophrenia and other psychotic disorders*), określono pewien zbiór zaburzeń, w których symptomy psychotyczne stanowią dominujące objawy.

Zaznaczono dodatkowo, że innego rodzaju zaburzeniom, takim jak demencji czy wielkiej depresji, towarzyszyć mogą objawy psychotyczne [22].

Początków krystalizowania się pomysłów dotyczących cech i zachowań charakterystycznych dla borderline szukać można u Wilhelma Reicha [za: 6]. Ów psychoanalityk własną propozycję „impulsywnego charakteru” oparł na wysiłkach, nieudanych zresztą, prób zastosowania psychoanalizy wobec swoich wiedeńskich pacjentów. Zrębem owego „impulsywnego charakteru” miało być jednoczesne występowanie dwu przeciwnych sobie uczuć bez równoczesnego odczuwania wobec tego dyskomfortu.

W roku 1933 opisanych zostało przez Kasasina [za: 6] dziewięć przypadków pacjentów szpitala bostońskiego. Byli to pacjenci ze zdiagnozowaną kraepelinowską *dementia praecox*, u których osobowość przedchorobowa oraz emocjonalność przedstawiały się nietypowo. Kasasin użył wobec nich terminu „osobowość schizoafektywna”. Wielu z nich można by umieścić gdzieś pośrodku — między chorującymi na kraepelinowską schizofrenię a cierpiącymi na zaburzenie dwubiegunowe. Byli to ludzie korzystający z życia, dający sobie radę w pracy, samoświadomi, raczej towarzyscy niż wycofani i co prawda o nieuporządkowanym życiu seksualnym, ale z pewnością nie można było ich nazwać ekscentrykami. Poziom ich inteligencji oscylował pomiędzy średnim a wysokim. Łączyły ich ponadto doświadczone w niedalekiej przeszłości nietypowe środowiskowe trudności.

W psychopatologii termin „borderline” pojawił się w roku 1938. Stało się to za sprawą psychoanalytka Adolfa Sterna [27]. Owym terminem posłużył się on w celu opisania tak zwanej pogranicznej grupy nerwic. Od tej pory uważany był za twórcę terminu „zaburzenia z pogranicza” (borderline). Zaburzenia te miały się według niego charakteryzować dziesięcioma następującymi cechami: narcyzmem, masochizmem, bólem psychicznym, tworzeniem negatywnej relacji terapeutycznej, zaburzeniem w badaniu rzeczywistości, nadwrażliwością, poczuciem obniżonej wartości, organicznym poczuciem braku bezpieczeństwa, mechanizmami projekcyjnymi oraz sztywnością psychosomatyczną. Osoby z tym zestawem cech określane były ponadto przez Sterna jako będące w złym stanie psychicznym, odporne wobec leczenia psychoanalitycznego oraz nie współpracujące w terapii. Stern zakładał również istnienie pewnego dziedzicznego bądź też konstytucjonalnego czynnika, jak to określał „głęboko osadzonego w osobowości pacjenta”, który miałby wspierać jego deficyty w samoocenie oraz powodować niezdolność do tolerowania silnego stresu. Niektórzy z pacjentów opisywani byli przez niego jako melancholijni, inni jako osoby z niedojrzałą, infantylną osobowością

Rok 1941 przyniósł inny termin — opisaną przez Gregory’ego Zilboorga „schizofrenię ambulatoryjną” [za: 5]. Zilboorg uważał schizofrenię za pewną ogólną nazwę procesu psychopatologicznego. To, co było dla niego istotne, to nie stan, w jakim znajduje się chory, ale wykazywane przez niego cechy. Jeśli dało się je zauważyć — pacjent nawet mając łagodne kliniczne symptomy — zaliczany był do cierpiących na schizofrenię. Wśród owych schizofreników dała się wyodrębnić grupa osób o mniejszym nasileniu objawów, ale przejawiająca myślenie autystyczne, charakteryzująca się płytkimi związkami interpersonalnymi i niezdolna do utrzymania się w jednej pracy oraz realizowania celów życiowych. Osoby te, nazwane zostały przez Zilboorga „ambulatoryjnymi”, gdyż, jak stwierdził, ich społeczna fasada była dobrze zachowana, a hospitalizacja nie była w ich przypadku potrzebna.

Rok później kolejna przedstawicielka nurtu psychoanalitycznego, Helena Deutsch [28], opisała grupę pacjentów, których nazwała mianem „jak gdyby” („*as-if*”). Cechy objawiające się u tych osób określiła w następujący sposób: depersonalizacja, powodzenie w testowaniu rzeczywistości, powtarzająca się narcystyczna identyfikacja z innymi, brak tendencji agresywnych, zubożona relacja z obiektem oraz chroniczne poczucie wewnętrznej pustki. Deutsch nazywała te osoby pustymi, biernymi, zdolnymi do jedynie powierzchownych związków interpersonalnych. Pacjenci z osobowością „jak gdyby” przejmowali również często cechy osób, z którymi pozostawali w kontakcie.

Melitta Schmideberg [29], również publikująca w latach 40. XX wieku, była z kolei przedstawicielką psychoanalizy posługującą się już samym terminem *borderline*. W porównaniu ze „sternowskimi pacjentami”, osoby opisane przez Schmideberg funkcjonowały gorzej, ale wykazywały mniej negatywnej, depresyjnej emocjonalności. Tym, co skłoniło badaczkę do ujęcia tej grupy osób w odrębną kategorię, była stabilność symptomów przez długi czas. O niektórych pacjentach z osobowością *borderline* mówiła jako o przebywających we wczesnej fazie schizofrenii. Charakteryzowała ich jako osoby, dla których niemożnością jest tolerowanie regularności i rutyny, niezmotywowane do terapii, z tendencją do łamania społecznych norm i nakazów, niezdolne do refleksyjnego wglądu, często spóźniające się na spotkania i nie dbające o regulację kwestii finansowych, jak również niezdolne do tworzenia wolnych skojarzeń w trakcie sesji oraz wiodące pełne chaosu życie obfitujące w okropne sytuacje.

W roku 1960 kolejny psychoanalityk, John Frosch [30], wyrażenia „charakter psychotyczny” użył w kontekście opisu pacjentów cechujących się infantylnymi relacjami z obiektem, prymitywnymi mechanizmami obronnymi oraz zdolnością do szybkiej rekonwalescencji po epizodach psychotycznych. Twierdził, że najprawdopodobniej większość owych pacjentów nigdy nie popadnie w stan ostrej psychozy, ale przez całe życie pozostanie w stanie pośrednim pomiędzy psychozą a nerwicą.

Terminu „zaburzenia z pogranicza” (*borderline*) użył ponownie w 1953 roku Robert Knight [31]. Określił on nim stan pacjenta, u którego nie można było zdiagnozować schizofrenii i który równocześnie nie przejawiał symptomów charakterystycznych dla osób neurotycznych. Rola, jaką odegrał Knight w dziejach terminu „borderline”, polegała głównie na tym, iż był on pierwszym badaczem próbującym zastosować ustalenia na gruncie psychologii ego do wytłumaczenia zaburzenia z pogranicza. Podkreślał słabość ego u pacjentów z osobowością typu *borderline*. Owa słabość wyznaczała według niego poziom ich funkcjonowania — Knight nazwał go stanem pośrednim pomiędzy neurotycznym a psychotycznym podkreślając przypuszczalną możliwość jego wyleczenia. Słabość ego obejmowała realistyczne planowanie, procesy wtórnego myślenia, obronę zamiast prymitywnych impulsów. Knight zauważył, że podczas wywiadu, obejmującego tworzenie wolnych skojarzeń, pacjenci z zaburzeniem z pogranicza ujawniają niewielkie oznaki kliniczne schizofrenii. Wypowiadane przez nich słowa nie pozostają ze sobą w związku. Ponadto objawy te dają o sobie znać w trakcie wykonywania testu Rorschacha. Dlatego zdefiniował *borderline* jako pewien stan, który objawowo w ogromnym stopniu odzwierciedla najmniej poważne przypadki schizofrenii. Cechami charakterystycznymi dla osobowości typu *borderline* wyróżnionymi przez Knighta były: brak troski o własną sytuację (związany ze wspomnianym uprzednio osłabieniem ego), nieobecność stresu aktywowującego zaburzenia,

skłonności do eksternalizacji, dziwaczne sny, brak ostrej granicy pomiędzy marzeniami sennymi a życiem na jawie, brak osiągnięć oraz snucie nierealistycznych planów.

Ważnym — w kontekście problematyki związanej z osobowością z pogranicza — teoretykiem jest Otto Kernberg [32]. W 1977 roku przedstawił on swoją — nazwaną strukturalną — propozycję ujęcia zaburzenia borderline. Duży nacisk w owej koncepcji położył na komplikacje pojawiające się już we wczesnym dzieciństwie i dotyczące relacji dziecka z opiekunem (obiektem). Według Kernberga, u każdej jednostki w tym okresie ustala się jedna z trzech form „strukturalnej organizacji” osobowości: neurotyczna, psychotyczna albo pograniczna. Najmniej zaawansowaną jest forma psychotyczna, najbardziej neurotyczna, a dla pogranicznej charakterystyczny jest pośredni poziom funkcjonowania. Nadmienić trzeba, że ów pograniczny poziom „strukturalnej organizacji” nie oznacza bynajmniej przejściowej czy krótkotrwałej fazy formowania się osobowości. Z czasem owa pograniczna struktura ulega utrwaleniu wpływając na funkcjonowanie człowieka. Kernberg obstawał również przy stanowisku, które głosiło konieczność istnienia pewnych psychicznych cech do zdiagnozowania osobowości z pogranicza. Owymi cechami były: brak dojrzałych mechanizmów obronnych skoncentrowanych na wyparciu, a zamiast nich obecność prymitywnych mechanizmów skupiających się na rozszczepieniu; słabe rozgraniczenie pomiędzy ja i inni, wynikłe z kryzysu tożsamości, oraz zachowana umiejętność dokonywania analizy rzeczywistości, pomimo istnienia mechanizmów obronnych opartych na skrajnych postaciach projekcji. Oprócz wspomnianego rozszczepienia oraz skrajnej projekcji do prymitywnych mechanizmów obronnych występujących u osób z osobowością typu borderline Kernberg zaliczał pewne mechanizmy pokrewne, specyficzne dla tego typu osobowości: wszechmocną kontrolę, zaprzeczanie, identyfikację projekcyjną oraz idealizację i dewaluację. Owe mechanizmy miałyby według niego chronić reprezentację dobrego self i obiektu przed agresją ze strony dziecka, zapobiegając tym samym konfliktom wewnętrznym. Ponośnym kosztem tych zabiegów miałyby być jednak osłabienie funkcjonowania ego.

Jak to zostało przedstawione, większość pierwszych opisów zaburzeń osobowości typu borderline oparta była na analizie charakterystyk pojedynczych klinicznych przypadków. Była to metoda powszechnie stosowana i typowa dla teoretyków wywodzących się z nurtu psychoanalitycznego [7].

Podejście badawcze do zaburzenia z pogranicza

Oprócz psychoanalitycznego podejścia do zaburzenia borderline, istnieje jeszcze inne, które przez ostatnie lata zyskiwało na popularności. Wydaje się, że owa druga perspektywa stanowi odpowiedź na ogromne zróżnicowanie opisów osobowości z pogranicza, które znaleźć można w literaturze psychoanalitycznej. Podejście to skupia psychiatrów praktyków, dla których najistotniejszą sprawą jest opisanie zaburzenia borderline w prosty, rzetelny i uzasadniony sposób. Najważniejsze są dla nich cechy i symptomy borderline, szczególnie te, które pozwalają odróżnić zaburzenie z pogranicza od innych problemów psychicznych. Dokonują przeglądów literatury, opracowują plany badawcze, a do identyfikacji symptomów borderline używają metod statystycznych [5].

Badania na bardzo licznej grupie pacjentów przeprowadził w 1968 roku wraz ze współpracownikami Roy Richard Grinker [33]. Grupę badaną stanowiły osoby, w przypadku których problematyczne było postawienie diagnozy i które w związku z tym uznane zostały za cierpiące na zaburzenie z pogranicza. Cztery główne cechy pacjentów wyodrębnione w tych badaniach przedstawiały się następująco: defekt w kontaktach emocjonalnych (interpersonalnych), złość jako główny lub wręcz jedyny afekt, brak spójnej tożsamości self oraz depresja. Badacze wyłonili również cztery typy zaburzeń osobowości z pogranicza: typ I – pogranicze psychozy — cechować się miał nieprawidłową tożsamością i wadliwym poczuciem rzeczywistości, nieadekwatnym, niedostosowanym, negatywnym zachowaniem oraz złością i depresją. Typ II — nazwany centralnym zespołem pogranicznym — przejawiać się miał z kolei pełnym złości, wybuchowym zachowaniem, chwiejnością kontaktów interpersonalnych oraz depresją i niespójną tożsamością. III typ tworzyły przystosowane, pozbawione afektu obronne osobowości określane mianem „jak gdyby” (Deutsch [28]). Pacjenci o tym typie osobowości zachowywali się adekwatnie, ich relacje były komplementarne, ale afekt oraz spontaniczność zubożone. Stosowanymi przez nich mechanizmami obronnymi były wycofanie i intelektualizacja. Ostatni, IV typ — nazwany pograniczem nerwicy — cechowała depresja analityczna, lęk oraz podobieństwo do neurotycznej, narcystycznej osobowości.

Najbardziej znanym przykładem drugiego podejścia jest praca Gundersona i Singer z 1975 roku [19]. Na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych badacze owi ukuli pierwszą zoperacjonalizowaną definicję zaburzenia osobowości borderline. Dokonany przez nich przegląd dotychczasowych prac na temat osobowości z pogranicza pozwolił im na opracowanie narzędzia diagnostycznego służącego wyłącznie do diagnozowania jednostek z osobowością borderline. Diagnostic Interview for Borderlines (DIB), bo o nim mowa, zawiera 97 pytań pozwalających ocenić funkcjonowanie osoby w czterech wymiarach: emocjonalnym, poznawczym, interpersonalnym oraz w obszarze impulsywnych działań. Gundersonowi i Singer udało się również zidentyfikować sześć cech charakterystycznych dla pacjentów z osobowością typu borderline. Były nimi: obecność intensywnego afektu, zazwyczaj depresyjnego lub gniewnego, dość wysoki poziom społecznego przystosowania, zachowanie impulsywne, utrata logicznego myślenia w zaskakujących sytuacjach, krótkie epizody psychotyczne w warunkach silnego stresu oraz relacje interpersonalne oscylujące pomiędzy przejściową powierzchownością a intensywnym uzależnieniem.

Kety i wsp. [34] w swoich badaniach opublikowanych w 1976 roku poszukiwali genetycznych związków między schizofrenią a osobowością z pogranicza. Posługując się duńskimi danymi adopcyjnymi, zidentyfikowali grupę schizofreników zaadoptowanych wkrótce po urodzeniu. Udało się im także dotrzeć do ich biologicznych i adopcyjnych krewnych. Prócz wyodrębnienia w badanej próbie podgrupy schizofreników „ostrych” oraz „chronicznych” wyłonili oni grupę pacjentów znajdujących się w „stanie borderline” („*borderline state*”). Grupa ta charakteryzowała się występowaniem przejściowych okresów zniekształceń poznawczych, trudności w myśleniu, anhedonii, depersonalizacji i derealizacji, mikropsychoz, symptomów neurotycznych, brakiem głębokiego zaangażowania w związki interpersonalne, w tym także zaangażowania uczuciowego, oraz nieregulowanym życiem seksualnym. Związki genetyczne pomiędzy grupą pacjentów z osobowością typu borderline a chronicznymi schizofrenikami okazały się niejasne. Autorzy doszli do wniosku, że chcąc wykazać takie powiązania trzeba mieć więcej mocnych, wspierających dowodów.

Borderline jako oficjalna kategoria diagnostyczna — DSM-III

Wszystkie te rozważania doprowadzają do obowiązującej nomenklatury psychiatrycznej. Przez wiele lat termin zaburzenia z pogranicza nie był w niej uwzględniany. Do zmiany w tym obszarze doszło dzięki presji wywartej przez klinicystów z Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA). Doprowadziła ona do tego, że do wydanych kolejno w roku 1980 oraz 1987 diagnostycznych i statystycznych podręczników zaburzeń psychicznych (DSM-III i DSM-III-R) dołączył termin zaburzenia osobowości typu borderline, stając się tym samym obowiązującym oficjalnym rozpoznaniem [5].

Wyzwaniem, z jakim musieli się zmierzyć twórcy DSM, była obecność dwóch rozbieżnych głównych form terminu borderline. Pierwsza, zgodna z podejściem zarówno Kernberga [32], jak i Gundersona i Singer [19], przedstawiała borderline jako pewną konstelację cech zawierających w sobie niestabilność. Druga — której reprezentantami byli Wender, Kety i Rosenthal, Schulsinger i Jacobsen [34] — określała zaburzenie z pogranicza jako pewną charakterystykę psychopatologiczną stabilną w czasie i genetycznie związaną ze spektrum schizofrenii. Ostatecznie stworzono dwie listy zgodne z owymi podejściami. Dla pierwszej użyto terminu „zaburzenie osobowości typu borderline”, dla drugiej — „osobowość schizotypowa”. Listy te na podstawie 800 kwestionariuszy wypełnionych przez psychiatrów poddano statystycznej analizie i ostatecznie do DSM-III włączono osobno osobowość typu borderline oraz osobowość schizotypową — obie określone jako zaburzenia osobowości diagnozowane na osi II [19].

DSM-III zawierał opis ośmiu kryteriów diagnostycznych zaburzenia z pogranicza. Aby można było dokonać jego diagnozy, musiało być spełnionych co najmniej pięć. Nowszy, DSM-IV, wniósł jedno, dodatkowe kryterium, jakim były przelotne, związane ze stresem, myśli paranoiczne lub poważne symptomy rozpadu osobowości. Prócz niego na obowiązujący w DSM-IV obraz osobowości z pogranicza składają się następujące symptomy: gorączkowe wysiłki uniknięcia rzeczywistego lub wyimaginowanego odrzucenia, niestabilne i intensywne związki interpersonalne, charakteryzujące się wahaniem między ekstremami idealizacji i dewaluacji, zaburzenia tożsamości — wyraźnie i uporczywie niestabilny obraz samego siebie lub utrata poczucia własnego ja, impulsywność w co najmniej dwóch sferach, które są potencjalnie autodestrukcyjne (np. wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, lekkomyślne prowadzenie pojazdów, kompulsywne jedzenie), nawracające zachowania, groźby samobójcze albo działania o charakterze samookaleczającym, niestabilność emocjonalna spowodowana wyraźnymi wahaniami nastroju (np. poważnym epizodycznym głębokim obniżeniem nastroju (*dysphoria*), drażliwością lub łękiem trwającymi zazwyczaj kilka godzin, rzadko dłużej niż kilka dni), chroniczne uczucie pustki oraz niestosowny, intensywny gniew lub trudności z kontrolowaniem gniewu [11].

Zaburzenie osobowości typu borderline w piśmiennictwie polskim

Polskie piśmiennictwo na temat osobowości borderline przynosi również wiele cennych uwag. Przywołując swoje doświadczenia kliniczne z pracy z młodzieżą, Bomba i wsp. [35] podają obraz psychopatologiczny, który pozwala danego pacjenta zdiagnozować jako przypadek stanów z pogranicza. Owych pacjentów opisują jako autystycznych

i dziwacznych, ale zachowujących jednocześnie poczucie realności i nie przejawiających innych objawów psychotycznych. Pojawiające się u nich niekiedy urojenia i pobudzenie psychoruchowe mają zwiewny charakter i ustępują szybko bez leczenia w okresie obserwacji. Charakterystyczne są dla nich przejściowe formalne zaburzenia myślenia, pojawiające się w sytuacjach życiowych, powodujących szczególnie silne napięcie emocjonalne. Owe zaburzenia w myśleniu Bomba i wsp. [35] określają jako szczególnie trudne do uchwycenia w momencie badania psychiatrycznego czy też psychologicznego badania testowego. Pacjentów cierpiących na stany z pogranicza cechuje ponadto głęboka dezadaptacja, objawiająca się we wszelkich obszarach aktywności psychicznej. Bardzo nasilone są u nich także intrapsychiczne i ekstrapsychiczne konflikty. Zbadawszy pacjentów z przejściowymi zaburzeniami myślenia oraz ze zwiewnymi urojeniami po pięciu latach od momentu hospitalizacji, autorzy ci zdiagnozowali część nich jako schizofreników; pozostali wykazywali wtedy pełną remisję. Bomba i wsp. [35] zaznaczają jednak, iż przebadana grupa była zbyt mała, aby móc uogólniać otrzymane w wyniku jej badania wnioski na wszystkie stany z pogranicza. Symptomatologię kliniczną syndromu borderline określają jako różnie i dowolnie przedstawianą. Uogólniając wiedzę o borderline, za stany z pogranicza uważają wszystkie bardzo głębokie zaburzenia psychiczne mające „walor psychozy”, ale jednocześnie, dzięki zachowanemu przez pacjenta poczuciu realności, niebędące psychozami.

Masiak [36], charakteryzując osobowość z pogranicza, wskazuje na znaczny stopień ogólnej dysharmonii psychicznej, manifestujący się głównie w trudnych do przewidzenia zaburzeniach zachowania. Osoby o osobowości typu borderline są według tego autora gniewne i wrogo nastawione do świata. Winę za wszelkie swoje kłopoty i trudności przrzucają na czynniki zewnętrzne oraz innych ludzi. Dominującymi w ich życiu uczuciami są niezadowolenie, znudzenie, poczucie pustki oraz osamotnienia. Zachowania agresywne przeplatają się u nich z zależnościami. W ich biografiach daje się odnaleźć epizody samouszkodzania, próby samobójcze, a także ekscesy seksualne. Nierzadko odurzają się czy popełniają drobne kradzieże. Ponadto autor wskazuje na możliwość występowania u nich krótkich epizodów psychotycznych o różnym nasileniu.

Sokolik [37], powołując się na własne doświadczenie diagnostyczne i terapeutyczne, strukturę osobowości pacjentów ze zdiagnozowanym zaburzeniem z pogranicza określa jako typową dla psychotyków. Zaznacza jednak, że jednocześnie pacjenci ci nie ujawniają zewnętrznych objawów psychozy. Częściowo zachowana zdolność odróżniania własnej osoby od otoczenia pozwala im na pozostawanie w kontakcie z rzeczywistością. Jak pisze (ibidem), zewnętrzne objawy osobowości typu borderline rzadko mają charakter psychotyczny. Jeśli wystąpią, to, nawet bez leczenia, przyjmują postać krótkotrwałych i przemijających epizodów. Często mogą one pozostawać niezauważone przez otoczenie pacjenta. U pacjentów o tego typu zaburzeniu występują jednocześnie symptomy nerwicowe, ale — w przeciwieństwie do sytuacji obserwowanej u typowych neurotyków — cechują się one dużą niestałością oraz zmiennością. Nakreślając cechy odróżniające pacjentów cierpiących na zaburzenie z pogranicza od neurotyków, Sokolik przywołuje świadomość odczuwanych objawów oraz zdolność do ich werbalizacji. Podczas gdy neurotyk potrafi często dokładnie opisać swoje objawy, pacjent z osobowością typu borderline zwykle nie umie określić, co mu dolega. W opisach dolegliwości pacjentów z zaburzeniem z pogranicza pojawiają się trudności o ogólnym i nieodróżnionym charakterze, takie jak brak

radości życia, czy też niemożność bądź nieumiejętność nawiązywania bliższych kontaktów z ludźmi, w tym związków seksualnych. Dominuje uczucie pustki, braku odczuwania emocji, nieumiejętności dostrzegania własnych potrzeb, a także poczucie niższości wobec innych ludzi. Pacjenci ci uskarżają się na doznawanie niespecyficznego lęku, przy czym nie potrafią jednocześnie określić jego przedmiotu. Relacjonują stale obniżony nastrój, nie znając przyczyny takiego stanu rzeczy. Opisują fobie i natręctwa, dla których charakterystyczna jest duża różnorodność, chwiejność oraz zmienność. Jak podaje Sokolik, w tej grupie pacjentów stwierdza się względnie częstsze, w porównaniu z populacją ogólną, występowanie alkoholizmu, narkomanii oraz czynów kryminalnych.

Jakubik [38] podkreśla fakt, iż popularności określenia „pograniczny” towarzyszy jednoczesny brak zgody co do jego zastosowania w diagnozowaniu zaburzeń psychicznych. Zaznacza, iż kwestią sporną jest to, czy owo określenie odnosi się do osobowości, struktury charakteru, wzorców zachowywania się, stanu klinicznego, schizofrenii, depresji endogennej, zwanej inaczej depresją nawracającą, czy też innych zespołów psychopatologicznych. Jego zdaniem w świetle współczesnej wiedzy z zakresu psychopatologii, pojęcie osobowości z pogranicza nie ma racji bytu. Na polu psychologii klinicznej i psychiatrii, a ściślej rzecz biorąc w obszarze diagnostyki zaburzeń osobowości, powoduje on bowiem jedynie dodatkowe komplikacje. Według niego określenia „pograniczne zaburzenie osobowości” czy też „osobowość pograniczna” mają zbyt wiele znaczeń. Ponadto, niektóre kryteria diagnostyczne osobowości typu borderline pokrywają się z syndromami zawartymi w charakterystykach innych zaburzeń osobowości, na przykład osobowości dyssocjalnej, historycznej, eksplozywnej, chwiejnej emocjonalnie, nieadekwatnej, niedojrzałej czy schizoidalnej. Jak zauważa, z tych właśnie powodów rozpoznanie to nie zyskało popularności wśród psychiatrów europejskich, z wyjątkiem Wielkiej Brytanii oraz nielicznych ośrodków psychoanalitycznych w Niemczech. Szeroko jest ono natomiast rozpowszechnione w Stanach Zjednoczonych, co znajduje swoje odzwierciedlenie w kolejnych wersjach klasyfikacji DSM. Jakubik [39] postuluje, iż używanie takich terminów, jak depresja pograniczna, schizofrenia pograniczna lub — bardziej ogólnie — zespół pograniczny czy stan pograniczny, uzasadnienie zyskuje jedynie w przypadku psychoz o nietypowym obrazie klinicznym i przebiegu. Zajmuje on wręcz skrajne stanowisko uważając, że pograniczne zaburzenia osobowości stanowią jeden z licznych mitów obecnych w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych.

Zaburzenie borderline współcześnie

W ostatnich latach zainteresowanie badaczy problematyką osobowości z pogranicza wzrosło. Obecnie da się rozróżnić pięć głównych stanowisk dotyczących istoty zaburzenia borderline. Są to kolejno: model deficytu, w którym podłoża patologii szuka się w zaburzeniach rozwojowych prowadzących do deficytów self i ego; model biologiczny traktujący borderline jako jeden z rodzajów zaburzeń o charakterze afektywnym; model konfliktu, który zaburzenie z pogranicza ujmuje jako pewną wewnątrzpsychiczną strukturę obronną związaną z nieprawidłową integracją popędów, afektów i relacji z obiektem; model badań opisowych, według którego zaburzenie borderline jest pewnym zespołem cech znajdującym odzwierciedlenie w strukturze osobowości wielu chorych, oraz model DSM-IV oparty na objawach dających się zaobserwować klinicznie [40].

Druga połowa lat dziewięćdziesiątych zeszłego stulecia przyniosła nowe spojrzenie na zaburzenie z pogranicza. W literaturze dotyczącej osobowości typu borderline pojawił się wtedy termin „dysregulacji emocjonalnej”. Prawidłowo emocjonalnie funkcjonujący człowiek potrafi regulować swoje emocje, dlatego termin „dysregulacja” jest w tym kontekście zarezerwowany dla szeroko ujmowanej patologii [41].

Marsh Linehan [za: 5] jest badaczką, która podjęła się dokonania opisu oraz wyjaśnienia etiologii i patomechanizmu osobowości typu borderline na podstawie modelu dysregulacji emocjonalnej. Stworzona przez nią nowa koncepcja osobowości z pogranicza bierze pod uwagę różnice indywidualne w funkcjonowaniu emocjonalnym poszczególnych osób. Dysregulacja emocjonalna jest według Linehan głównym problemem osób z zaburzeniem borderline. Jej idea funkcjonuje w ramach paradygmatu poznawczo-behawioralnego oraz biospołecznych koncepcji osobowości typu borderline. W owych podejściach ważną rolę przypisuje się wrodzonym i konstytucjonalnym czynnikom warunkującym biologiczne dysfunkcje osobowości, które w połączeniu z niekorzystnymi oddziaływaniami środowiskowymi stwarzają pole do rozwinięcia się osobowości typu borderline.

Diagnoza zaburzenia borderline — alternatywne podejście

Niniejsza praca miała na celu przedstawienie historii kształtowania się pojęcia zaburzenia osobowości typu borderline od czasów starożytnych aż do współczesności. Na koniec warto wrócić do problemu wzmiankowanego na wstępie, a mianowicie do kontrowersji, jakie przyniósł ze sobą nowy sposób diagnozowania borderline, zaproponowany w DSM-V [2]. Jak to zostało zasygnalizowane wcześniej, jednym z zarzutów stawianych pod adresem nowego podejścia jest jego oderwanie od bazy teoretycznej. Zastosowanie modelu wielkiej piątki do diagnozowania osobowości z pogranicza daleko odbiega od kształtowanej na przestrzeni wieków definicji borderline, wyrosłej w dużej mierze na gruncie koncepcji psychoanalitycznych. Jeden z krytyków nowego podejścia do zaburzenia z pogranicza — John G. Gunderson [4] — podkreśla także fakt, że definicja borderline, istniejąca obecnie, stała się pewną kliniczną, rozpoznawalną całością, pozwalając na wyróżnienie osób, które w innym wypadku pozostałyby niezdiagnozowane, oraz na zaproponowanie im specyficznych dla tego zaburzenia, optymalnych jak dotąd, sposobów terapii. Gunderson powołuje się na dane, które jasno ukazują empiryczną sprawdzalność oraz kliniczną użyteczność dotychczasowych kryteriów zaburzenia typu borderline. Jak podaje, jedyne kryterium, które dodane zostało do symptomów borderline od momentu wejścia w życie DSM-III w 1980 roku, czyli przejście przez doświadczenia przypominające stany psychotyczne, uzyskało odpowiednie poparcie empiryczne oraz nie spowodowało wzrostu rozpowszechnienia diagnozy tego zaburzenia. Według Gundersona, stworzyły podstawę do uzasadnienia wartości zaburzenia typu borderline jako pewnej diagnostycznej całości [4].

W odpowiedzi na propozycję grupy badawczej, pracującej nad klasyfikacją zaburzeń osobowości w DSM-V, Gunderson przedstawił własny, alternatywny model diagnozowania zaburzenia borderline. Tym, co wyróżnia jego podejście, jest zachowanie ciągłości z dotychczas wypracowaną definicją borderline. Pozostając w zgodzie z wynikami analiz czynnikowych, Gunderson zaproponował podział psychopatologii borderline na trzy obszary (nazywane inaczej fenotypami). Są to kolejno: nadwrażliwość interpersonalna,

dysregulacja afektywna/emocjonalna oraz brak kontroli behawioralnej. Podkreślił przy tym, że dwa pierwsze fenotypy są uważane za podstawowe, trzeci nabiera znaczenia dopiero w połączeniu go z wymiarem biogenetyczną nazywaną impulsywnością/agresją. Fenotypy podstawowe zachowują też większą stabilność w czasie. Powołując się na teoretyczny oraz terapeutyczny wkład Kernberga [32] w badania nad zaburzeniem borderline, to znaczy pierwotne wprowadzenie przez niego zaburzeń tożsamości jako kryterium diagnostycznego, Gunderson wprowadził czwarty sektor, nazwany: zaburzone Ja (*disturbed self*). Aby, według proponowanych przez niego zmian, można było zdiagnozować zaburzenie typu borderline, wymagane jest, żeby pacjent spełniał 5 i więcej kryteriów (tak jak było to do tej pory, w obowiązującym jeszcze systemie DSM-IV-TR), ale przy tym co najmniej jedno z nich z co najmniej trzech sektorów.

Gunderson [4] uważa również, iż — jako pewna kliniczna całość — zaburzenie borderline nie przystaje do innych zaburzeń osobowości, jest to bowiem z pewnością zaburzenie najbardziej dystoniczne, a także najbardziej rozpowszechnione wśród populacji klinicznych. Powołuje się na wyniki badań The Collaborative Longitudinal Personality Study (CLPS) [42], które ukazały negatywny wpływ współwystępującego zaburzenia borderline na uzależnienie od narkotyków, dużą depresję, zaburzenie dwubiegunowe oraz zespół paniki. Wymienione zaburzenia z kolei albo nie wywierały żadnego wpływu, albo wpływały jedynie w niewielkim stopniu na przebieg zaburzenia borderline [42]. Gunderson wysnuł z tego wniosek, że nawet w razie współwystępującego zaburzenia z osi I, borderline powinno być zawsze zasadniczym celem leczenia. Według niego, dla ukazania priorytetowego miejsca borderline w hierarchii innych zaburzeń, powinno się ono znajdować na osi I, przy zachowaniu dotychczasowego miejsca innych zaburzeń osobowości na osi II. Dla kontrastu dodać można, iż zmiany zaproponowane przez DSM-V obejmują włączenie wszystkich zaburzeń osobowości do osi I [4].

Niniejszy artykuł miał na celu przedstawienie historii kształtowania się pojęcia osobowości z pogranicza. Początki obecności tej kategorii w literaturze, sięgające czasów starożytnych, a także różnorodne konceptualizacje na przestrzeni wieków podkreślają jej złożony charakter. Mimo tak bogatej przeszłości i istnienia wielu danych empirycznych, teoretykom oraz badaczom zajmującym się problematyką zaburzenia typu borderline nie udało się dotąd wypracować jednolitego ujęcia, które uzyskałoby powszechną zgodę. Szansa na to miały być zmiany wprowadzone w DSM-V. Jak jednak pokazano, nowe podejście do diagnozy borderline wywołało falę krytycznych uwag, a na ich podstawie wypracowano alternatywne sposoby diagnozy [4]. Wydaje się jednak, że — aby móc rzetelnie ocenić owo nowe podejście — należy je poddać próbie czasu. Pozostaje liczyć na to, że kolejne lata badań i weryfikacji dostarczą cennych danych. Być może przybliżą one badaczy skupionych na problematyce borderline do rozstrzygnięcia spornych kwestii dotyczących tego, czym tak naprawdę borderline jest, jak należy je diagnozować oraz — co najważniejsze dla praktyki klinicznej — w jaki sposób pomóc dotkniętym nim osobom.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Rationale for the proposed changes to the personality disorders classification in DSM-V (online). Protokół dostępu: <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders/Rationale%20>

- for%20the%20Proposed%20changes%20to%20the%20Personality%20Disorders%20in%20DSM-5%205-1-12.pdf [2013-05-21]
3. McCrae R, Costa P. Validation of the five factor model of personality across instruments and observers. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 13: 653–665.
 4. Gunderson JG. Revising the borderline diagnosis for DSM–V: an alternative proposal. *J. Personal. Disord.* 2010; 24: 694–708.
 5. Sansone RA, Sinclair JD, Wiederman MW. Disability and borderline personality disorder in chronic pain patients. *Pain Res. Manag.* 2010; 15: 369–370.
 6. Stone MH. The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects and prognosis. *Am. J. Psychother.* 1977; 31: 345–365.
 7. Millon T. The borderline construct: introductory notes on its history, theory, and empirical grounding. W: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H, red. *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives.* New York: Guilford Press; 1991, s. 4–23.
 8. Bonet T. *Sepulchretum. Sepulchretum sive Anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis.* Genewa: L.Chouet; 1679.
 9. Baillarger M. De la folie a double forme. *Ann. Med.* 1854; 19: 382–394.
 10. Farlet JP. De la folie circulaire. *Bull. Acad. Med.* 1854; 19: 382–394.
 11. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV).*
 12. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, Stone M, Phillips KA. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder (online). Protokół dostępu: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1672600> [2012–05–21]
 13. Kahlbaum KL. *Über zyklisches Irresein.* Berlin: Irrenfreund; 1882.
 14. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia (angielskie tłumaczenie).* Edinburgh: Livingston; 1921.
 15. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter (tłumaczenie angielskie).* Berlin: Springer-Verlag; 1921.
 16. Schneider K. *Die psychopathischen Persönlichkeiten.* Vienna: Deuticke; 1923.
 17. Verrocchio MC, Conti C, Fulcheri M. Deliberate self-harm in substance-dependent patients and relationship with alexithymia and personality disorders: A case-control study. *J. Biol. Regul. Homeost. Agents.* 2010; 24: 461–469.
 18. Conti NA, Stagnaro JG. The normal and pathological personalities and the borderline personality disorder. A nosographic-historical approach. *Vertex.* 2005; 15: 267–273.
 19. Gunderson J, Singer M. Defining borderline patients: an overview. *Am. J. Psychother.* 1975; 132: 1–10.
 20. Goldstein E. *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne.* Gdańsk: GWP; 2003.
 21. Beer MD. Psychosis: A history of the concept. *Compr. Psych.* 1996; 37(4): 273–291.
 22. Bürgy M. The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophr. Bull.* 2008; 34 (6): 1200–1210.
 23. Strümpell A. *Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der Inneren Krankheiten.* 4th ed. Leipzig: Vogel; 1887.
 24. Freud S, Breuer J. *Studien zur Hysterie.* Leipzig: Deuticke; 1895.
 25. Freud S. *Neurose und Psychose.* W: Freud S, red. *Gesamelte Werke, Vol 13.* Frankfurt: Fischer; 1940, s. 385–391.

26. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1913.
27. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal. Quarter.* 1938; 7: 467–489.
28. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Quarter.* 1942; 11: 301–321.
29. Schmideberg M. The treatment of psychopaths and borderline patients. *Am. J. Psychother.* 1947; 1: 45–55.
30. Frosch J. Psychotic character. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1960; 8: 544–551.
31. Knight RP. Borderline states. *Bull. Menninger Clinic* 1953; 17: 1–12.
32. Kernberg OF. The structural diagnosis of borderline personality organization. W: Hartocollis P, red. *Borderline personality disorders*. New York: The Analytic Press; 1977, s. 87–122.
33. Grinker RR, Werble B, Drye R. *The borderline syndrome*. New York: Basic Books; 1968.
34. Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F, Jacobsen B. Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic. *Beh. Genet.* 1976; 6: 219–225.
35. Bomba J, Mamrot E, Orwid M. Schizofrenia. W: Orwid M, red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1981, s. 165–177.
36. Masiak M. Zaburzenia osobowości. W: Bilikiewicz A, Strzyżewski W, red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1992, s. 112–118.
37. Sokolik Z. Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000, s. 295–338.
38. Jakubik A. Kontrowersje wokół osobowości pogranicznej (borderline). W: Maurin K, Motycka A, red. *Fenomen Junga. Dzieło. Inspiracje. Współczesność*. Warszawa: Eneteia; 2002, s. 134–141.
39. Jakubik A. Mit osobowości pogranicznej. W: Grochowska A, Jakubik A, Marcysiak IM, Siek S, Strzałecki A, Terelak J, red. *Studia z psychologii. Tom VII*. Warszawa: Wyd. ATK; 1996, s. 303–316.
40. Ogłodek E, Araszkiwicz A. Rys historyczny rozwoju pojęcia osobowości z pogranicza. *Pol. Merk. Lek.* 2011; 31: 323–326.
41. Goldstein WN. The borderline patient: update on the diagnosis, theory and treatment from a psychodynamic perspective. *Am. J. Psychother.* 1995; 49: 317–337.
42. Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, Sanislow CA, Morey LC, Yen S, Skodol AE, Stout RL. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-up: Findings from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Addict.* 2009; 104: 97–103.

Adresy: martyna.jackiewicz@uj.edu.pl, miramarc@interia.pl