

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Anna Klatkiewicz

*Poznanie społeczne u osób z zaburzeniem osobowości
z pogranicza*

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
dr hab. Jana Jaracza
na Wydziale Lekarskim II UM w Poznaniu

Poznań 2012

*Prezentowana praca doktorska przygotowana została
pod opieką Pana dr hab. Jana Jaracza.*

*Za okazaną pomoc, cenne wskazówki i sugestie
oraz za zaangażowanie i życzliwość należą się*

*Panu dr hab. Janowi Jaraczowi
słowa serdecznych podziękowań.*

*Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Józefa Babińskiego
SPZOZ Kraków w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (7F), Mazowieckim
Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Oddziale Leczenia
Zaburzeń Nerwicowych w Komorowie oraz Poradniach Zdrowia Psychicznego na terenie
Poznania – za tę możliwość składam serdeczne podziękowania.*

*Dziękuję Najbliższym, Rodzicom i wyjątkowym Przyjaciołom,
którzy towarzyszyli mi podczas różnych etapów przygotowywania niniejszej
pracy i okazywali wiele wsparcia, troski i miłości.*

Spis treści

WSTĘP	6
Rozdział I	
Zaburzenie osobowości z pogranicza – definicje, kryteria, koncepcje wyjaśniające	8
1.1. Historia zaburzenia osobowości z pogranicza.	8
1.2. Pozycja nozologiczna i kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości z pogranicza.	9
1.3. Inne cechy kliniczne zaburzenia osobowości z pogranicza.	13
1.3.1. Zaburzenia tożsamości	13
1.3.2. Mechanizmy obronne	14
1.3.3. Badanie rzeczywistości	16
1.3.4. Problemy z kontrolą impulsu, lęku i emocji	16
1.3.5. Lęk przed porzuceniem	18
1.3.6. Problemy z obrazem siebie i poczuciem własnej wartości	18
1.3.7. Specyficzny sposób tworzenia relacji interpersonalnych	19
1.4. Podstawowe modele rozumienia zaburzenia osobowości z pogranicza.	20
1.4.1. Ujęcie biologiczne	20
1.4.2. Ujęcie opisowe	21
1.4.3. Model konfliktu	21
1.4.4. Model deficytu	22
1.4.5. Ujęcie poznawczo – behawioralne	25
1.4.6. Ujęcie zaburzenia osobowości z pogranicza w kontekście społecznym	28
1.5. Poznanie społeczne a zaburzenie osobowości z pogranicza	29
1.5.1. Rozpoznawanie emocji przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza	29
1.5.2. „Teorie umysłu” u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza	32
1.5.3. Empatia u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza.	37
1.5.3.1. Empatia	37
1.5.3.2. Empatia u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza	39
Rozdział II	
Problemy i metody badawcze	41
2.1. Problemy badawcze	41
2.2. Hipotezy badawcze Zmienne i ich operacjonalizacja	42
2.3. Zmienne i ich operacjonalizacja	44

2.4.	Narzędzia badawcze	45
2.4.1.	Test do oceny “teorii umysłu”	46
2.4.2.	Test rozpoznawania emocji tworzy PENN	46
2.4.3.	Test EQ (The Empathy Quotient)	47
2.4.4.	Kwestionariusz do badania natężenia cech osobowości z pogranicza i linii życia	48
2.5.	Charakterystyka grupy badawczej	51
Rozdział III		
Wyniki badań i ich interpretacja		55
3.1.	Charakterystyka uzyskanych wyników	55
3.1.1.	Umiejętności rozpoznawania emocji na twarzach innych osób	55
3.1.1.1.	Zdolność do zapamiętywania twarzy innych osób	55
3.1.1.2.	Zdolność do prawidłowego rozpoznania nasilenia emocji (zadowolenia i smutku)	56
3.1.1.3.	Zdolność do prawidłowego rozpoznania emocji podstawowych	58
3.1.1.4.	Zdolność do trafnego rozpoznawania wyrazistości emocji	60
3.1.2.	Postrzeganie motywów postępowania innych ludzi	64
3.1.3.	Wykazywana zdolność do empatii	66
3.1.4.	Występowanie doświadczeń traumatycznych	66
3.2.	Weryfikacja hipotez	68
3.3.	Dyskusja	96
Zakończenie		101
Wnioski		102
Bibliografia		103
Streszczenie		113

Wstęp

Celem niniejszej pracy jest poszukiwanie rozwiązania problemu dotyczącego poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

Temat ten jest szczególnie istotny, gdyż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza doświadczają wielu trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych, które najbardziej uwydatniają się w bliskich emocjonalnie związkach. Osoby te doznają wielu niepowodzeń w tym zakresie, utrzymywane przez nich relacje cechują się dużą dynamiką, są intensywne i burzliwe. Będąc w relacji z drugim człowiekiem, osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza zmagają się w związku z tym z wieloma, często skrajnymi emocjami (przechodzącymi od skrajnego szczęścia, radości, poprzez smutek, złość, przerażenie, panikę). Równie niestabilne są prezentowane przez te osoby – obrazy siebie i innych osób, które również oscylują pomiędzy idealizacją a dewaluacją.

Przyczyny doznawanych niepowodzeń w relacjach interpersonalnych przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza pozostają jednak ciągle niewyjaśnione. Badacze powołują się na różne teorie wyjaśniające etiologię tego zaburzenia. Najpopularniejsze z nich odnoszą się do: czynników biologicznych, relacji z ważnymi obiektami, dysfunkcyjnego funkcjonowania rodzin pochodzenia osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza oraz specyficznego postrzegania siebie i innych.

Poznanie społeczne odnosi się właśnie do ostatniej z wymienionych możliwych przyczyn doświadczanych niepowodzeń w relacjach interpersonalnych przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Temat ten jednak nie został jeszcze wystarczająco zbadany a dostępne doniesienia z badań dostarczają ciekawe, aczkolwiek niespójne a niejednokrotnie i przeciwstawne wnioski. W części z nich stwierdza się bowiem, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują deficyty w zakresie poznania społecznego, natomiast druga część wysnuwa wnioski o zwiększonej zdolności poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości *borderline* w porównaniu z osobami bez tego zaburzenia. Poza tym są również badacze, którzy doszli do wniosku, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie różnią się od osób bez tego zaburzenia w zakresie umiejętności poznania społecznego.

W związku z powyższym główny problem badawczy wyznaczający cel niniejszej pracy, zawiera się w pytaniu:

Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują zaburzenia poznania społecznego?

Podstawowym zadaniem, które stawiam sobie w tej pracy, jest poszukiwanie odpowiedzi na pytania o istnienie różnic w zakresie stopnia trafności rozpoznawania emocji na twarzach innych osób, stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi, wykazywanej zdolności do empatii pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami bez tego zaburzenia.

Mam nadzieję, że przedstawione przeze mnie badania i wyciągnięte wnioski, będą przydatne w pracy terapeutycznej z osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

Rozdział I

Zaburzenie osobowości z pogranicza – definicje, kryteria, koncepcje wyjaśniające

1.1 Historia zaburzenia osobowości z pogranicza.

Współcześnie zaburzenie osobowości z pogranicza jest diagnozowane częściej niż w poprzednich dekadach a osoby cierpiące z jego powodu coraz liczniej korzystają z różnych form pomocy psychoterapeutycznej i psychiatrycznej. Szacuje się, że częstość występowania tego zaburzenia w populacji ogólnej wynosi 1,1 do 2,5% (Leichsenring, 1999), natomiast wśród wszystkich pacjentów psychiatrycznych objętych opieką ambulatoryjną zaburzenie osobowości z pogranicza stwierdza się u 11%, a wśród pacjentów leczonych stacjonarnie wskaźnik ten sięga 19% (Leichsenring, 1999; Linehan, 2007; Widiger i Frances, 1989). Mimo to jednak stosunkowo niedawno zostało ono uwzględnione w oficjalnej nomenklaturze diagnostycznej, bo dopiero w 1980 roku w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych (DSM-III) (Goldstein, 2003).

Pierwsze opisy przypadków pacjentów z objawami typowymi dla dzisiejszego pojęcia zaburzenia osobowości *borderline* należą do Ch.H. Hugesa i I.C. Rosse i pochodzą z lat 1884-1890 (Sturova, 1991; Januszewska, 1998). Rosse użył wówczas również po raz pierwszy pojęcia „borderline insanity” (Sturova, 1991). Następnym, wczesnym badaczem symptomatologii był M.D. Eder, który w 1914 roku użył terminu „borderland” i „borderline” i umieścił jego rozumienie w modelu dynamicznym. Kolejnymi badaczami byli W.A. Jones (w 1918 roku przedstawił „pasywnie – agresywną osobowość”), L.P. Clark (w 1919 roku opisał jednego ze swoich pacjentów jako „borderline”, w kontekście jego specyficznego stosunku do terapeuty, porównując go do stosunku dziecka do matki we wczesnym okresie rozwoju psychomotorycznego), A. Stern (w 1938 roku próbował ujednoczyć opis zaburzenia, które kryło się u różnych autorów pod innymi nazwami: „preschizofreniczna” struktura osobowości – Rapaport, stany „borderline” – Knight, „osobowość borderline” – Rangell) (Sturova, 1991). Ostatni z wymienionych autorów umiejscowił to zaburzenie – nazywane przez siebie „grupą nerwic z pogranicza” między kategorią nerwicy i psychozy (Linehan, 2007). To rozróżnienie było podzielane również przez Kernberga, Schmidebera, Knighta i in. Jednak w przedziale tym sklasyfikować można bardzo różne objawy (ostre objawy z szybką degradacją z nerwicy do psychozy, chroniczne objawy między nerwicą a psychozą), dlatego

też bardzo ważna stała się kwestia diagnozy różnicowej zaburzenia osobowości *borderline*. Ważnymi przyczynkami do tego był opis „psychotycznego charakteru” (pokrywa się on z dzisiejszym rozumieniem zaburzenia osobowości z pogranicza) dokonany w 1904 roku przez J. Froscha, w którym zwrócił uwagę na zdolność tych osób to testowania rzeczywistości oraz prace D. Rapaport’a i twórców psychologii ego (H. Teutsch, M. Klein, D. Fairbrain i in.). Pierwszym, który wyodrębnił kryteria różnicujące był Knight (Polack, 1999; Januszewska, 1998). Zaliczył do nich: pozorne zdominowanie obrazu psychopatologicznego przez objawy neurotyczne, słabość ego oraz defekt zaangażowania społecznego. Kolejnymi badaczami, którzy zajęli się diagnostyką i różnicowaniem zaburzenia osobowości *borderline* byli R.R. Grinker (wyróżnił: stany „graniczące z psychozą”, „borderline syndrom”, „osobowość jak gdyby” i stany „graniczące z nerwicą”), J. Bergeret (opisał specyficzną u tej grupy pacjentów niedojrzałość ego w zakresie stosunku do obiektów), M.S. Mahler (upatrywała u tych osób, zaburzeń w subfazie powtórnego zbliżenia fazy separacji – indywidualizacji), J.G. Gunderson i M. Singer (przeprowadzili pięcio- i siedmioletnie badania, które potwierdziły zasadność uznania zaburzenia osobowości z pogranicza jako samodzielnej jednostki chorobowej) (Sturova, 1991). Wyniki badań tych ostatnich autorów doprowadziły do uwzględnienia omawianego zaburzenia w DSM-III.

1.2. Pozycja nozologiczna i kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości z pogranicza.

Termin *borderline* powstał w wyniku początkowego postrzegania tego zaburzenia, jako umiejscawiającego się na granicy pomiędzy zaburzeniami psychotycznymi a nerwicami i był używany wobec pacjentów, którzy początkowo postrzegani jako zdrowsi, w trakcie terapii ich rzekomo nerwicowe objawy znacznie się pogłębiały, oraz wobec osób ze skłonnością do regresji psychotycznej, ale funkcjonujących na wyższym poziomie, niż większość osób ze schizofrenią (Goldstein, 2003). Obecnie zaburzenie to jest zaliczane do grupy zaburzeń osobowości, czyli długotrwałych, uporczywych i niezmiennych wzorów zachowań i doświadczeń wewnętrznych, które odbiegają od normy kulturowej i prowadzą do dystresu i niepełnosprawności. Zaburzenia te ujawniają się w okresie dojrzewania i utrzymują się przez całe życie. Zaburzenie osobowości z pogranicza, wraz z osobowością antyspołeczną, histrioniczną i narcystyczną mieści się w grupie osobowości ze skłonnością do teatralności, nadmiernego reagowania emocjonalnego i niestałości, czyli w wiązce B Osi II zaburzeń psychicznych w klasyfikacji DSM IV (APA, 1994). W klasyfikacji tej *borderline personality*

disorder (oznaczone kodem 301.83) jest określone jako: wzorzec niestabilnych relacji z innymi, obrazu siebie, afektu i wyraźna impulsywność zaczynająca się we wczesnym okresie dorosłości i obecna w różnych sytuacjach, wskazywana przez co najmniej pięć z następujących objawów:

1. Frenetyczne (szalone, poważne, nacechowane nadmiernymi emocjami) wysiłki uniknięcia rzeczywistego lub urojonego opuszczenia.
2. Wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji z innymi ludźmi charakteryzujący się przechodzeniem pomiędzy ekstremami: idealizacji i dewaluacji - rozszczepienie.
3. Zaburzenia tożsamości: zauważalny i trwale niestabilny obraz siebie lub poczucia własnego "Ja".
4. Impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie niebezpieczne (np. wydawanie pieniędzy, lekkomyślny seks, nadużywanie substancji, niebezpieczna jazda, nadużywanie jedzenia).
5. Powtarzające się zachowania samobójcze (gesty, groźby) lub działania o charakterze samouszkodzającym.
6. Niestabilność emocji z powodu wahań nastroju (np. intensywne epizody depresyjne, drażliwości lub niepokoju, zwykle utrzymujące się kilka godzin, rzadko dłużej niż kilka dni).
7. Chroniczne uczucie pustki.
8. Niestosowna, intensywna złość lub problemy z kontrolą złości (np. częste wybuchy gniewu, stałe gniewanie się, powtarzające się bójki).
9. Przejściowe, związane ze stresem, poważne objawy dysocjacyjne lub paranoidalne.

Natomiast według klasyfikacji ICD-10 z 1993 roku, zaburzenie to mieści się w kryterium osobowości chwiejnej emocjonalnie (F 60.3), w którym wyróżnia się dwa typy: typ impulsywny i typ pograniczny osobowości chwiejnej emocjonalnie – osobowość pograniczna (borderline). Typ impulsywny (F 60.31) można rozpoznać, gdy są obecne przynajmniej 3 z następujących objawów (jednym z nich musi być 2):

1. Zauważalna tendencja do nieoczekiwanego działania bez rozważania jego konsekwencji.
2. Zauważalna tendencja do kłótliwego zachowania i konfliktów z innymi, szczególnie gdy impulsywne zachowania są udaremniane lub krytykowane.

3. Skłonność do wybuchów gniewu i przemocy, z niezdolnością kontroli wybuchowych reakcji.
4. Trudności w utrzymywaniu jakiegokolwiek kierunku działań, który nie przynosi natychmiastowej nagrody.
5. Niestabilny i "kapryśny" nastrój.

Natomiast typ pograniczny osobowości chwiejnej emocjonalnie – osobowość pograniczna (borderline) (F 60.32) można zdiagnozować wtedy, gdy są obecne przynajmniej 3 objawy typu impulsywnego, razem z przynajmniej dwoma z następujących:

1. Zaburzony i niepewny obraz własnego "Ja", celów i wewnętrznych preferencji (włączając seksualne).
2. Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne relacje, często prowadzące do emocjonalnego kryzysu.
3. Nadmierne wysiłki uniknięcia porzucenia.
4. Powtarzające się groźby lub akty samouszkodzające.
5. Chroniczne uczucie pustki.

Podział zaburzenia na dwa powyższe podtypy nie występuje oficjalnie w DSM-IV, ale nieoficjalnie jest używany przez używających klasyfikacji DSM jako *borderline acting-in* (impulsywny w ICD-10) i *borderline acting-out* (borderline w ICD-10).

Uzupełnieniem powyższych kryteriów diagnostycznych jest Wywiad Diagnostyczny dla Pacjentów z Osobowością z Pogranicza (*Diagnostic Interview for Borderlines – Revised, DIB-R*) z 1989 roku. Ujmuje on:

Emocje

1. Przewlekła / duża depresja.
2. Przewlekłe poczucie bezradności / beznadziejności / braku własnej wartości / winy.
3. Przewlekła złość / częste wybuchy złości.
4. Przewlekły lęk.
5. Przewlekła samotność / nuda / poczucie pustki.

Procesy poznawcze

1. Dziwne myślenie / niezwykle doświadczenia percepcyjne.

2. Neurojeniowe przeżycia o charakterze paranoicznym.
3. Doświadczenia quasi-psychotyczne.

Wzorce działań impulsywnych

1. Nadużywanie substancji psychoaktywnych / uzależnienie.
2. Dewiacje seksualne.
3. Samookaleczenia.
4. Manipulacyjne próby samobójcze.
5. Inne wzorce zachowań impulsywnych.

Relacje interpersonalne

1. Brak tolerancji na samotność.
2. Obawy przed porzuceniem / pochłonięciem / unicestwieniem.
3. Przeciwwzależność / poważny konflikt dotyczący pomocy lub opieki.
4. Burzliwe relacje.
5. Zależność / masochizm.
6. Deprecjacja / manipulacja / sadyzm.
7. Pretensje / roszczeniowość.
8. Pogarszanie się stanu w trakcie terapii.
9. Problemy związane z przeciwprzeniesieniem / „specjalne” relacje terapeutyczne.

Zaburzenie osobowości z pogranicza wymaga także szczegółowej diagnostyki różnicowej, co jest szczególnie trudne, gdyż psychopatologia tego zaburzenia częściowo pokrywa się z innymi zaburzeniami osobowości – 90% ma jednocześnie co najmniej jeszcze jedno zaburzenie osobowości (Marziali i wsp., 1994). Najczęściej, bo u 40%-60%, współwystępującymi zaburzeniami są zaburzenia osi 1 (Marziali i wsp., 1994). W 87% przypadków są to symptomy depresji (Corruble i wsp., 1996; Hudziak i wsp., 1996), u 51% napady paniki (Hudziak, 1996), u 75% symptomy zaburzeń lękowych (Melges, Swartz, 1989).

1.3. Inne cechy kliniczne zaburzenia osobowości z pogranicza.

Zaburzenie osobowości z pogranicza dotyka najczęściej kobiety (75%) (Marziali i wsp., 1994). Zaczyna się w adolescencji lub wcześniej (Guzder i wsp., 1999), początek rozwoju objawów ujawnia się około 13 roku życia, a do pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej dochodzi zazwyczaj około 22 roku życia (Sturova, 1991).

Charakterystyczne dla tych osób jest to, że ich życie jest bardzo burzliwe: są pełne sprzeczności (zarówno w uczuciach, jak i zachowaniu), często przeżywają rozpacz i złość, są impulsywne, zmienne, przejawiają wiele zachowań autodestrukcyjnych. Źle radzą sobie ze stresem i rozczarowaniem, mają problemy z poczuciem własnej wartości, nie potrafią reagować na krytykę, bardzo boją się odrzucenia (lęk separacyjny) przy jednoczesnej obawie przed bliskością (Goldstein, 2003). Wiele z tych tendencji wchodzi w skład cech obrazu klinicznego zaburzenia osobowości z pogranicza. Są to: zaburzenia tożsamości, specyficzne mechanizmy obronne oparte na rozszczepieniu, badanie rzeczywistości (z cechami bliskimi psychotyczności), problemy z kontrolą impulsu, lęku i emocji, lęk przed porzuceniem, problemy z obrazem siebie i poczuciem własnej wartości oraz specyficzny sposób tworzenia relacji interpersonalnych (Goldstein, 2003). Dobrym przykładem opisu linii życia osoby z zaburzeniem osobowości *borderline* wraz z opisami przejawów wszystkich cech obrazu klinicznego tego zaburzenia w rzeczywistości życiowej jest historia Rachel Reiland (Reiland, 2006).

1.3.1. Zaburzenia tożsamości

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie posiadają zintegrowanej koncepcji siebie i osób znaczących (Kernberg i wsp., 2007, Goldstein, 2003). Objawia się to m.in. poprzez zaburzenia tożsamości płciowej, problemy interpersonalne, niestabilną karierę zawodową, przeciwstawne zachowania, subiektywne poczucie chronicznej pustki, niestabilne postrzeganie siebie i innych. Osoby takie przedstawiają się często w sposób wieloznaczny, sprzeczny i jednowymiarowy (albo „absolutnie dobrzy”, albo „absolutnie źli”), są nieprzewidywalni (niezależnie od wydarzeń zewnętrznych) i brak im ciągłości. Ponadto ich samoocena przyjmuje skrajne krańce, od bardzo zawyżonej do zaniżonej, przy czym nie akceptują cech, myśli, uczuć sprzecznych z tym obrazem. Zdarza się, że osoby z tym zaburzeniem przejmują tożsamość osób, z którymi przebywają (Kernberg, 1977, 1996, 2007).

1.3.2. Mechanizmy obronne

U osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza dominuje konflikt wewnątrzstrukturalny (a nie jak u osób z nerwicą międzystrukturalny), co przyczynia się do tego, że podstawowe mechanizmy obronne tego zaburzenia są ukierunkowane nie tylko przeciwko popędom i ich reprezentacjom, ale również przeciwko bezpośredniej groźbie rozpadu ego i przeciw zagrożeniu jego granic (Zenaty, 1991). Kernberg (1985) mówi wręcz o „dwóch warstwach mechanizmów obronnych”, wyróżnia jednak jako główny mechanizm rozszczepienia. Pozostałymi dominującymi mechanizmami obronnymi u osób z tym zaburzeniem są, oparte na rozszczepieniu: zaprzeczanie, identyfikacja projekcyjna, idealizacja, dewaluacja, poczucie wszechmocy.

- **Rozszczepienie (*splitting*)**

Rozszczepienie jako mechanizm obronny jest wyrazem pierwotnej niedostatecznej zdolności integracyjnej ego i polega na rozdzieleniu dwóch świadomych, sprzecznych obrazów *self* lub obiektu (Kernberg, 1975, 1977). Podział na „całkowicie dobre” i „całkowicie złe” obiekty i *self* uniemożliwia spostrzeganie całościowe, przez co może być naruszone myślenie, spostrzeganie i badanie rzeczywistości (Zenaty, 1991). Mechanizm ten chroni te osoby przed lękiem związanym ze zniszczeniem „dobrego” *self* lub obiektu (Goldstein, 2003), jednak z drugiej strony wywołuje częste, gwałtowne i radykalne zwroty w uczuciach (bez żadnego czynnika wyzwalającego, bądź za sprawą pozornie drobnych frustracji) oraz w rozumieniu siebie i innych (Kernberg, 2007). W wyniku działania rozszczepienia osoby te nie są w stanie przeżywać jednocześnie sprzecznych stanów uczuciowych (np. miłości i złości, podziwu i rozczarowania), co przyczynia się do skrajnego i jednowymiarowego widzenia siebie (również własnych cech osobowości) i innych, które pozbawione są wzajemnego wpływu. Odszczepione cechy mimo, że pozostają nieuświadomione, to przejawiają się w zachowaniu jednostki. Jednak osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie przejmują się rozbieżnościami w swoim postępowaniu i racjonalizują je. W przypadku konfrontacji denerwują się, reagują lękiem, który często rozładowują w zachowaniach impulsywnych (Goldstein, 2003).

- Zaprzeczanie

Mechanizm zaprzeczania polega na niemożności uznania wybranych aspektów *self* i obiektów, pozostających w sprzeczności z obrazem siebie (Goldstein, 2003). Ponadto mimo, że osoby te są świadome momentami przeciwstawności w obrazie siebie i innych, to pozostaje to bez związku z doświadczanymi emocjami (Kernberg, 2007).

- Identyfikacja projekcyjna

Identyfikacja projekcyjna przejawia się w doświadczaniu impulsu, który jest projektowany na inną osobę, która wywołuje w związku z tym lęk, w wyniku czego pojawia się potrzeba jej kontrolowania, co niejednokrotnie prowokuje tę osobę do zachowań, które następnie interpretowane są jako potwierdzające projekcję (Kernberg, 2007).

- Idealizacja

Idealizacja polega na wyolbrzymianiu zalet swoich, bądź innych i prowadzi do spostrzegania innych jako bezwzględnie „dobrych”, co oddala wszelkie niedoskonałości w idealizowanym obiekcie oraz potencjalnie destrukcyjne impulsy (Goldstein, 2003; Kernberg, 2007).

- Dewaluacja (deprecjacja)

Dewaluacja stanowi odwrotność mechanizmu idealizacji i polega na postrzeganiu siebie, bądź innych jako całkowicie „złych”.

- Poczucie wszechmocy (wszechmocna kontrola)

Mechanizm ten przejawia się poprzez doświadczanie wyolbrzymionego i wszechmocnego *self* i próbę sprawowania nad innymi całkowitej kontroli (Kernberg, 2007; Goldstein, 2003).

1.3.3. Badanie rzeczywistości

Badanie rzeczywistości polega na umiejętności odróżniania Ja od nie-Ja (*self – nonself*), oraz tego, co jest wewnątrzpsychiczne od czynników zewnętrznych. Ponadto umiejętność ta dotyczy oceniania zgodnego z normami społecznymi swoich uczuć, zachowań oraz myśli (Kernberg, 2007). Zdolność do badania rzeczywistości należy odróżnić od wahań w subiektywnym poczuciu rzeczywistości (występującymi w stresie), oraz od wahań w relacji do rzeczywistości (nieadekwatne zachowanie mimo pełnej oceny rzeczywistości) (Kernberg, 2007).

W odniesieniu do osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza to mimo zniekształconego postrzegania siebie i innych, zachowują umiejętność badania rzeczywistości, chyba że przeżywają w danym momencie regresję psychotyczną (Kernberg, 1975). Ich specyficzne przejawy zaburzenia percepcji polegają na posługiwaniu się procesami wtórnymi i odwoływaniu się do myślenia pierwotnego, oraz naruszaniu zdolności do myślenia abstrakcyjnego (zbytne uogólnianie, dziwaczne i dalekie skojarzenia, zbytne konkretyzowanie). Ponadto pojawia się u tych osób myślenie życzeniowe, bądź interpretowanie rzeczywistości zgodnie z obawami, lub poprzez pryzmat własnych potrzeb. Osoby te często też nie dostrzegają realiów życiowych (np. słabe rozeznanie w zasadach kierujących relacjami interpersonalnymi), lub im zaprzeczają (np. przekonanie, że żadne wymagania nie powinny być im stawiane) (Matuszewska – Krasowska, 1991). Zniekształcenia te nasilają się pod wpływem stresu (ciężkie przeżycia, sytuacje konfliktowe, opuszczenia lub odrzucenia), silnych emocji, sytuacji bliskiego związku emocjonalnego, relacji terapeutycznej. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują czasami rozluźnienie granic ego (potrafią jednak stać się bardziej realistyczne w swoich sądach poprzez usilne szukanie realistycznych wyjaśnień ich spostrzeżeń), doświadczają depersonalizacji i derealizacji (np. poczucie wyjścia z ciała, obserwowania siebie, przy świadomości nietypowości tych doświadczeń). Zdarzają się im epizody psychotyczne, ale zwykle przemijają po krótkiej hospitalizacji (Goldstein, 2003).

1.3.4. Problemy z kontrolą impulsu, lęku i emocji

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza zachowują się często w sposób impulsywny bez wyraźnych czynników wyzwalających, bądź w reakcji na wewnętrzne lub zewnętrzne wydarzenia odbierane jako naruszające poczucie własnej wartości, utrata lub

groźba porzucenia. Zachowania te przybierają formę: nadużywania alkoholu lub narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych, gróźb popełnienia samobójstwa (często o charakterze manipulacyjnym), zaburzeń odżywiania, złego zarządzania finansami, hazardu, przemocy fizycznej lub aktów agresji. Przyczyniają się także do powstawania burzliwych życiorysów osób dotkniętych tym zaburzeniem, które pełne są kryzysów, nieprzewidywalności i trudności (również trudności w leczeniu - zachowania impulsywne poważnie zagrażają procesowi leczenia, dlatego też istotne jest zdiagnozowanie ich na początku terapii i wypracowanie sposobów panowania nad impulsywnością) (Goldstein, 2003). Zdarza się też, że osoby z tym zaburzeniem poza ostrymi okresowymi zachowaniami impulsywnymi, nadmiernie się kontrolują.

Ponadto osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza doświadczają trudności w radzeniu sobie z lękiem, który przeżywają nieustannie, bądź w postaci nawracających, upośledzających ataków lęku rozproszonego. Przeżywanie lęku jest wzmagane w sytuacjach stresu. W celu poradzenia sobie z lękiem uciekają najczęściej w zachowania kompulsywne, impulsywne, bądź autodestrukcyjne.

Kolejnym problemem tych osób jest trudność tolerowania i modulowania silnych afektów i uczuć, co prowadzi do częstej i szybkiej eskalacji stanów uczuciowych (dodatkowo zbyt intensywne emocje przytłaczają ich i przyczyniają się do konieczności natychmiastowego zrealizowania potrzeb), silnej labilności i zmienności nastrojów (bez widocznych przyczyn), częstego przeżywania silnej i nieadekwatnej złości, napadów wściekłości oraz burz uczuciowych (z utratą kontroli nad emocjami włącznie). Osoby te często też skarżą się na poczucie wewnętrznej pustki, chroniczną depresję, brak satysfakcji i zazdrość. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza podejmują próby zlikwidowania tych przykrych dla nich stanów poprzez uzależnienia i kompulsywne zachowania (np. samookaleczenie). Złość bywa niejednokrotnie przeżywana zamiast smutku. Czują się wyobcowane, lecz ich osamotnienie jest doświadczeniem braku więzi, beznadziejności i bezradności, a nie tęsknotą do ludzi.

Przyczyną omawianych problemów bywa nieumiejętność samouspokojenia (jako konsekwencja niemożności przywołania obrazu opiekuńczego i kojącego opiekuna) (Goldstein, 2003).

1.3.5. Lęk przed porzuceniem

Jednym z istotnych kryteriów diagnostycznych zaburzenia osobowości z pogranicza jest obecność silnego lęku przed porzuceniem. Lęk ten przejawia się poprzez próby stopienia się z innymi (w celu zaprzeczenia osamotnieniu i zapobiegnięciu porzucenia), konflikt pomiędzy potrzebą a strachem (w wyniku czego unikają pozytywnych, bliskich doświadczeń z innymi, próby dystansowania się są chwilowe, regulują stopień bliskości z innymi poprzez wiele powierzchownych kontaktów, nie dopuszczając nikogo zbyt blisko). Lęk ten uaktywnia się silnie w momentach wymagających samodzielności i separacji, które traktują jako utratę obiektu, co prowadzi ich często do paniki, wściekłości, reakcji regresywnych, a nawet gróźb czy aktów samobójczych (o charakterze manipulacyjnym) (Goldstein, 2003). Część osób obawiając się uświadomienia i ujawnienia złości (która w ich wyobrażeniu zniszczyłaby „dobry” obiekt), odreagowuje ją poprzez wybuchy.

1.3.6. Problemy z obrazem siebie i poczuciem własnej wartości

Zaburzenie osobowości z pogranicza wiąże się przede wszystkim z zaburzeniem „Ja”, szczególnie w dymensji „Ja umiem”, „Ja potrafię” (Sebek, 1991). Rozwój reprezentacji siebie tworzy się poprzez budowanie podstawowych dymensji przeżyć. Kolejność tworzenia dymensji jest następująca: dymensja „Ja jestem” (pierwszy – drugi rok życia), dymensja „Ja umiem”, „Ja potrafię” (druga połowa drugiego roku życia), dymensja „Ja chcę”, „Ja mam”. Wszystkie te dymensje tworzą globalne „Ja” (Sebek, 1991). Rozwój tych dymensji przypada na fazę praktykowania i powtórnego zbliżenia według Margareth Mahler (i wsp., 1975) i przyczynia się do samodzielności i poczucia bezpieczeństwa dziecka w otaczającym go świecie. U osób z zaburzeniem osobowości *borderline* przejawia się to w wyniku niepełnego rozwiązania symbiozy, a całościowe „Ja” jest tylko częściowo odróżnione od innych obiektów, co oznacza, iż również rozwój dymensji „Ja jestem” jest niepełny (m.in. brak wewnętrznych granic pomiędzy „Ja” a obiektami). Ta słabość „Ja” prowadzi do widzenia innych jako ekstensywnych „Ja” (inni są po to, by pomagali, uspokajali, nadawali sens czynnościom i dawali poczucie bezpieczeństwa). Rezultatem zaburzenia rozwoju dymensji „Ja umiem”, „Ja potrafię” jest brak poczucia własnej wartości (jest ono nieodporne i podlega znacznym wahaniom) (Sebek, 1991).

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza cierpią na brak realistycznego poczucia własnej wartości (oscylują między wyolbrzymionym i zdewaluowanym obrazem własnych

umiejętności) (Goldstein, 2003). W wyniku tego są bardzo wrażliwi na krytykę, dezaprobatę, brak uznania i niewrażliwość, na które reagują narcystyczną wściekłością, pogardą i nienawiścią (skierowaną ku sobie, lub innym), poczuciem wstydu i upokorzenia, a w dalszej kolejności impulsywnymi lub autodestrukcyjnymi zachowaniami (do prób samobójczych włącznie).

Ponadto superego osób z tym zaburzeniem nie uległo pełnej konsolidacji i zintegrowaniu z resztą osobowości, co niekiedy powodować może brak poczucia winy i empatii w stosunku do innych, nieumiejętność powstrzymywania zachowań nieakceptowanych przez siebie, życie według surowego kodeksu moralnego przy jednoczesnych epizodycznych zachowaniach impulsywnych i ocenianie siebie według wysokich standardów (Goldstein, 2003).

1.3.7. Specyficzny sposób tworzenia relacji interpersonalnych

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wchodzą w związki z tęsknotą za symbiotycznym, zaspakajającym potrzeby obiektem, oraz ze strachem przed symbiotycznym niezaspokajającym potrzeb obiektem, przy jednoczesnym używaniu w obu przypadkach tego samego obiektu, gdyż musi mieć on chociaż potencjalną zdolność do zaspokajania potrzeb, by móc się stać obiektem niezaspokajającym (Zenaty, 1991). Powtarzającymi się schematami w związkach osób z tym zaburzeniem jest nieuświadomione oczekiwanie, iż druga osoba będzie zaspokajać wszystkie potrzeby w magiczny sposób wiedząc czego dana osoba potrzebuje i pragnie. Osoba taka traktuje często związek funkcjonalnie, tj. tak długo jak obiekt zaspokaja nie trzeba się nim zajmować, lecz gdy zaspokojenia nie ma pojawia się panika, strach, wściekłość, czasami potrzeba znalezienia innego (lepiej zaspokajającego) obiektu. Poza tym taka osoba nie toleruje wszelkich sytuacji rozłąki (nawet najkrótszej), gdyż przeżywa ją jako opuszczenie i gniewa się za to na obiekt, przemieniając go w „zły” obiekt (odmawiający, nierozumiejący). Osoba taka rozwija cały repertuar zachowań manipulacyjnych (często dramatycznych, nawet samobójczych), którymi chce sobie zapewnić całkowitą kontrolę nad drugą osobą lub szuka nowego obiektu (Zenaty, 1991).

Problemem jest także intymność, gdyż osiągnięta bliskość jest chwilowa, często występują zmienność nastrojów, awantury i oskarżenia. Takie funkcjonowanie przejawia się w nagłych zerwaniach związków lub związkiem, w którym przeplatają się epizody zerwań i pojednań (Goldstein, 2003).

1.4. Podstawowe modele rozumienia zaburzenia osobowości z pogranicza.

Mimo, iż zaburzenie osobowości z pogranicza jest coraz częściej omawiane w literaturze, osoby cierpiące na nie stanowią coraz liczniejszą grupę pacjentów w gabinetach psychoterapeutycznych i psychiatrycznych, to rozumienie go jest nadal różnorodnie formułowane. Z najważniejszych kierunków wyróżnić można ujęcie biologiczne, opisowe, model konfliktu, model deficytu, ujęcie poznawczo – behawioralne i ujęcie zaburzenia osobowości *borderline* w kontekście społecznym.

1.4.1. Ujęcie biologiczne

Zdaniem wielu klinicystów zaburzenia nastroju u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają podłoże biologiczne (Akiskal, 1981; Klein, 1977). Część odwołuje się do dysfunkcji neuropoznawczych (Palombo, 1982, 1987). Badania osób z zaburzeniem osobowości *borderline* wykazują, iż mają oni przeciętnie o około 16% mniejszy od normalnego hipokamp, o około 8-22% mniejsze ciało migdałowate, o 24% mniejszą lewą część kory części oczodołowej kory przedczołowej oraz o około 26% mniejszą przednią część zakrętu obręczy półkuli prawej (Leichsenring, 1999). Wiele uwagi poświęcono także deficytom funkcji refleksyjnej (mentalizacji), które są powodem niezdolności do myślenia o stanach psychicznych (myślach, uczuciach, pragnieniach) własnych i innych ludzi (Fonagy, 1997, 1993, 1991, za: Górska, 2006). Przyczyny tego deficytu są upatrywane w interakcji czynników: biologicznej podatności (m.in. zaburzenia uwagi), która przyczynia się dodatkowo do prowokowania sytuacji konfliktowych (dodatkowe utrudnienie w uzyskaniu refleksyjnej reakcji środowiska); oddziaływań rodzicielskich (deficyty rodziców w refleksyjnym postrzeganiu swoich i cudzych zachowań) oraz obecność traumatycznych wydarzeń w życiu dziecka (m.in. psychiczne lub fizyczne maltretowanie, wykorzystanie seksualne). Dziecko w takiej sytuacji, aby obronić się i przeżyć, nie uświadamia sobie celowości raniącego zachowania rodzica (nie wyobraża sobie myśli i pragnień obiektu, gdyż są one zagrażające dla rozwoju Ja). W rezultacie takiego mechanizmu obronnego w przyszłości osoba taka ocenia zachowania bliskich osób na podstawie fizycznych cech i skutków, a nie poprzez interpretację stanów psychicznych obiektu (jego myśli, pragnień, przekonań).

1.4.2. Ujęcie opisowe

Podejście opisowe do zaburzenia osobowości z pogranicza polega na próbie wyodrębnienia zespołu cech charakterystycznych dla osób z tym typem zaburzenia. Jednym z głównych badaczy w tym nurcie jest Gunderson (Sturowa, 1991; Goldstein, 2003), który wraz z Singerem w 1975 roku, wyodrębnił następujące objawy: 1. obecność intensywnej emocjonalnej komponenty (najczęściej depresja i wrogość); 2. obecność zachowań impulsywnych (autoagresja, nadużywanie leków, seksualny promiskuityzm, zachowania antyspołeczne); 3. sprawianie wrażenia przystosowania społecznego; 4. przejściowe stany psychotyczne (najczęściej paranoidalne); 5. związki interpersonalne oscylujące między zależnością powiązaną z manipulowaniem a powierzchownością; 6. dziwne, nierealne wypowiedzi w nieustrukturalizowanych sytuacjach przy zachowaniu stosunkowo dobrego kontaktu z rzeczywistością.

Gunderson zrewidował następnie w 1987 roku podaną charakterystykę i wyróżnił 7 cech zespołu zaburzeń z pogranicza, które według analizy Cierpiałkowskiej (2004) są podobne do kryteriów DSM IV. Cechy te to: 1. niski poziom osiągnięć pomimo talentów i zdolności; 2. impulsywność, szczególnie w obszarze nadużywania substancji odurzających i seksualności; 3. manipulacyjne próby samobójcze; 4. podwyższona afektywność (różnorodne, silne, negatywne uczucia i brak satysfakcji); 5. łagodne epizody psychotyczne (z wyobrażeniami paranoidalnymi, depersonalizacją i okresowymi regresjami w trakcie leczenia); 6. wysoki poziom socjalizacji (połączony z trudnościami w znoszeniu samotności); 7. zaburzone bliskie związki, będące przejawem braku stabilności i silnego przywiązania o charakterze zależnościowym, manipulacyjnym, masochistycznym i dewaluacyjnym.

1.4.3. Model konfliktu

Głównym przedstawicielem modelu konfliktu w odniesieniu do zaburzenia osobowości z pogranicza, ujmującego je jako obraz intrapsychicznej struktury obronnej przed konfliktem, powstającej w dzieciństwie jest Otto Kernberg (Goldstein, 2003).

Otto Kernberg ujmuje zaburzenie osobowości *borderline* jako specyficzną strukturę intrapsychiczną powstającą w trakcie rozwoju relacji z obiektem. W przypadku tych osób konflikt wewnętrzny jest wywoływany przez silną dziecięcą agresję (której źródeł można upatrywać w predyspozycjach genetycznych, biochemicznych, konstytucjonalnych i psychospołecznych). Według Kernberga agresja ta jest przyczyną lęku jednostki przed

zniszczeniem swojej reprezentacji dobrego *self* i obiektu, dlatego utrwała mechanizmy obronne oparte na rozszczepieniu, mimo iż nie pozwalają one na budowanie dojrzałych relacji z innymi (poważna patologia uwewnętrznionych związków z obiektem). To wszystko przyczynia się do dominacji wczesnych antylibidinalnych pochodnych popędu (pregenitalna agresja, głównie oralna). Impulsy agresywne (oralno – sadystyczne i analno – sadystyczne) są wyprojektowywane na rodziców, którzy w konsekwencji są postrzegani jako groźni, pełni nienawiści i frustrujący potrzeby oralne oraz podsycający lęki oralne. Odpowiedzią na ten proces jest przedwczesny rozwój dążeń genitalnych – wewnętrzne wyobrażenie rodziców nabiera seksualnego charakteru, co dalej, w związku z niemożliwością takiego rozwiązania konfliktów oralnych, wywołuje symptomy seksualne (Górska, 2006).

Ponadto, według Kernberga, osoby z pogranicznym zaburzeniem osobowości mają bardzo słabo zintegrowane superego (ego idealne i sadystyczny rdzeń superego pozostają rozszczepione, a budowanie realistycznego superego jest w wyniku tego niemożliwe, gdyż uniemożliwia internalizację wymagań rodziców), oraz słabe ego (z powodu dominacji prymitywnych mechanizmów obronnych) (Kernberg, 1998, 1978, 1976).

1.4.4. Model deficytu

Koncepcje Gertrude i Rubin Blanck, Heinza Kohuta, Adlera i Buie oraz Disneya Blatta mieszczące się w modelu deficytu, rozumieją zaburzenie osobowości z pogranicza, jako wynik deficytów, czyli braków lub niedorozwoju niektórych elementów osobowości (niedorozwój ego, zakłócone relacje z obiektem i deficyty *self*) (Goldstein, 2003).

- Gertrude i Rubin Blanck

Gertrude i Rubin Blanck w swoim rozumieniu zaburzenia osobowości z pogranicza odwołują się do koncepcji rozwoju ego Margaret Mahler (1971), a w szczególności do specyfiki przechodzenia (zależność między wrodzonymi cechami dziecka a umiejętnością dostrojenia się matki) przez dziecko fazy separacji – indywidualizacji (Goldstein, 2003). Zauważają, że im wcześniej w relacji opiekunki i dziecka pojawią się problemy, tym poważniejsze deficyty ego będzie jednostka wykazywała w przyszłości. Nie dokonują oni również w związku z tym wyraźnych rozróżnień między stanami z pogranicza a nerwicą i psychozą.

- Heinz Kohut

Heinz Kohut, twórca psychologii *self*, oraz koncepcji wściekłości narcystycznej, uważa iż osoby z zaburzeniem osobowości *borderline* nadbudowują nad poważnym deficytem w tworzeniu *self* sztywną strukturę obronną, która chroni przed bliskimi związkami które mogłyby uruchamiać fragmentację (1971, 1977, 1984; za: Goldstein, 2003). Przyczyny tego mechanizmu Kohut upatruje w niekompatybilnym w stosunku do dziecięcych potrzeb obiektu *self* empatyzowaniu rodziców. W ten sposób powstają deficyty przeobrażeń archaicznych potrzeb idealizacji, lustrzanego odzwierciedlania i postrzegania bliźniaczego. Efektem jest niespójność *self* i poważna narcystyczna nieodporność.

Kohut szczególne znaczenie przypisuje empatii, jako czynnikowi korygującemu.

- Adler i Buie

Adler i Buie za główną przyczynę powstawania struktury z pogranicza uznają braki, w doświadczeniach wczesnodziecięcych, wystarczającej opieki macierzyńskiej, w efekcie czego nie wykształcają oni pozytywnej psychicznej reprezentacji podtrzymującej, opiekuńczej i dającej ukojenie matki (autorka porusza szerzej tematykę niewystarczającej opieki rodzicielskiej w artykule: Klatkiewicz, Potrzeby dzieci a wymagania współczesności w stosunku do dorosłych – narodziny patologii. [w:] Muszyński, Sikora, 2008), a w dalszej kolejności umiejętności samouspokojenia (Tematyka rozwoju umiejętności samokojenia i konsekwencji jej deficytu została szerzej omówiona przez autorkę w artykule: Klatkiewicz, Znaczenie obiektów przejściowych w wykształceniu umiejętności samoopieki i samokojenia [w:] Skrzypczak, Żołądź-Strzelczyk, Cylkowska-Nowak, 2009). Autorzy ci, nie uznają roli rozszczepienia w tym zaburzeniu, natomiast podkreślają znaczenie dylematu między lękami przed unicestwieniem i porzuceniem a potrzebą. W wyniku tego konfliktu osoby z zaburzeniem osobowości *borderline*, aby nie przeżyć kolejnego rozczarowania, negują doświadczenia pozytywne (1982; za: Goldstein, 2003).

- Disney Blatt

Disney Blatt, łącząc w swoim podejściu założenia teorii psychoanalitycznych, teorii przywiązania i teorii poznawczo – rozwojowych, upatruje przyczyn powstania zaburzenia osobowości z pogranicza w specyfice wewnątrzpsychicznych struktur – schematów

kognitywno - afektywnych, powstających w wyniku procesu internalizacji wczesnodziecięcych doświadczeń społecznych (relacje *self* – obiekt, oraz wewnętrzne modele operacyjne związane z modelem przywiązania) oraz ich interakcji z czynnikami konstytucyjnymi (Blatt, 1995, Blatt i in., 1996, Blatt, Auerbach, 1988, za: Górska, 2006). Schematy te, to „trwałe psychologiczne struktury, które zawierają afekt, zawiadują przebiegiem i organizacją dostarczanych i odbieranych informacji oraz kierują interakcjami jednostki w interpersonalnym i nieosobowym świecie” (s.24 Górska, 2006). Schematy składają się ze świadomych i nieświadomych komponentów poznawczych, emocjonalnych oraz wynikających z doświadczenia (gratyfikacji, frustracji, więzi i rozłąki w relacji). Treść schematów kognitywno – afektywnych to podstawa do tworzenia prototypów przekonań i uczuć wobec siebie i innych. Schematy te kształtują się w procesie przechodzenia przez kolejne etapy rozwojowe, które obejmują zarówno rozwój tożsamości (*self-definition, identity*) oraz rozwój *self* w relacji (*interpersonal relatedness*). Blatt wyróżnił sześć etapów rozwoju schematów poznawczo - afektywnych: stałość granic (ok. 2/3 miesiąc życia), stałość rozpoznania (*libidinalna*) (ok. 6-8 miesiąca życia), ewokacyjna stałość obiektu (zdolność do przywołania reprezentacji obiektu w sytuacji emocjonalnego obciążenia) (12-18 miesiąc życia), stałość *self* i obiektu (ok. 3 rok życia), stadium operacji konkretnych – zdolność ujęcia swoich relacji w triadzie rodzinnej (ok.. 5-6 rok życia), stadium operacji formalnych – umiejętność radzenia sobie ze złożonymi wewnętrznymi psychologicznymi cechami *self* i innych (ok. 11-12 rok życia). Celem jest rozwój osobowości, która charakteryzować się ma uformowaniem spójnej, pozytywnej, zróżnicowanej i zintegrowanej tożsamości oraz ukształtowaniem zdolności do dojrzałych, empatycznych, satysfakcjonujących relacji interpersonalnych.

Według koncepcji Blatta, u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza występują deficyty w reprezentacji, które przejawiają się w niezdolności do przywołania reprezentacji obiektu w sytuacji obciążenia psychologicznego, oraz w dalszej kolejności w deficycie zdolności do ustalenia i podtrzymywania trwałego poczucia *self* i poczucia bycia w relacji z innymi w sytuacji trudnej (wywołują one przeżywanie *self* jako nie zasługującego na bezpieczeństwo i komfort, a innych jako opuszczających, porzucających, nie dostarczających opieki). Ponadto osoby z tym zaburzeniem w sytuacjach zaburzenia relacji lub ich zagrożenia, spostrzegają inne osoby jako niezainteresowane nimi, niedostępne, nieobdarzające uwagą, bądź zupełnie utracone.

Blatt wyróżnił także dwa typy osób z zaburzeniem osobowości *borderline*: typ anaklityczny (cehuje go głębokie poczucie zależności i samotności, lęk przed opuszczeniem

i odrzuceniem oraz silna labilność afektywna w sytuacji straty lub porzucenia przez obiekt; deficyt aspektu relacyjnego reprezentacji, czyli zdolności do przywołania i utrzymania stabilnego i pozytywnego wyobrażenia i poczucia bycia w relacji z obiektem w czasie jego nieobecności lub sytuacji postrzeganej jako zagrożenie relacji), oraz typ introjekcyjny (cechuje go głęboki konflikt związany z krytycyzmem, autonomią, własną wartością, oraz lęk przed byciem atakowanym i krytykowanym; deficyt reprezentacji własnego Ja, czyli niezdolność do utrzymania spójnego i efektywnego poczucia *self* w obliczu krytyki lub odrzucenia przez znaczących innych). W obu przypadkach deficyty te wpływają na zaburzenia procesów poznawczych, takich jak: niezdolność do rozróżnienia pomiędzy realistyczną percepcją i myśleniem a skojarzeniami zdominowanymi przez intensywny afekt lub pierwotnymi fantazjami występującymi w sytuacjach trudnych. Blatt uważa w związku z tym, że w przypadku zaburzenia osobowości *borderline* poziom ustrukturyzowania kontekstu sytuacyjnego ma duże znaczenie dla ujawniania się deficytów stałości ewokacyjnej obiektu. Twierdzi on także, że „podstawowe procesy percepcyjne u osób z zaburzeniem z pogranicza są relatywnie nienaruszone, a uszkodzenie rozwoju reprezentacji przejawia się głównie w zaburzeniu procesów skojarzeniowych, wtórnie wpływających na procesy percepcyjne” (s.27, Górska, 2006).

1.4.5. Ujęcie poznawczo – behawioralne

Rozumienie zaburzenia osobowości z pogranicza w ujęciu poznawczo behawioralnym najpełniej zostało rozwinięte przez Marsha M. Linehan (2007) w teorii dialektycznej i odpowiednio dialektycznej terapii behawioralnej. Jej podstawowym założeniem jest ujmowanie tego zaburzenia jako dysfunkcji systemu regulacji emocji, jako efektu interakcji i transakcji nieprawidłowości biologicznych (wysoka emocjonalna podatność na zranienie, obejmująca: dużą wrażliwość na bodźce emocjonalne – niski próg reakcji emocjonalnych, intensywność emocjonalną i powolny powrót do emocjonalnego poziomu wyjściowego) i pewnych dysfunkcji środowiska. Wszystkie cechy składające się na obraz kliniczny zaburzenia są konsekwencjami (charakter wtórny) podstawowej dysregulacji emocji, oraz zwrótnie przyczyniają się do dalszej dysregulacji. Linehan tłumaczy to następująco: „unieważniające środowiska w okresie dzieciństwa przyczyniają się do rozwoju dysregulacji emocji; nie umieją one także nauczyć dziecka sposobów nazywania i regulacji wzbudzenia, tolerancji na cierpienie emocjonalne oraz tego, kiedy powinno ufać swoim reakcjom emocjonalnym jako odzwierciedleniu prawomocnych interpretacji zdarzeń” (s.42, 2007).

Czynnikami wpływającymi na dysregulację emocji mogą być podstawy biologiczne, takie jak: trudności z reaktywacją układu limbicznego (stwierdzone na podstawie badań wykazujących pokrywanie się objawów skroniowych, epizodycznej utraty kontroli, oraz zaburzeń rytmu EEG i zaburzenia osobowości *borderline* – badania Cowdry i wsp., 1985, za Linehan, 2007) i kontrolą uwagi. Ponadto ważną rolę odgrywać mogą cechy środowiska wewnątrzmacicznego.

Jednak podstawowym czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza jest według Linehan „unieważniające środowisko”, które charakteryzuje się brakiem konsekwencji, niewłaściwymi i skrajnymi reakcjami na komunikaty o osobistych przeżyciach. Ujawnianie własnych emocji (szczególnie emocji trudnych) nie jest uprawomocniane, lecz często karane lub trywializowane, a interpretacje wiążące zachowanie osoby z jej zamiarami i motywacjami są odrzucane. Konsekwencją tego dla jednostki jest pokazywanie jej braku trafności w opisie i analizie własnych przeżyć (szczególnie przyczyn własnych emocji, przekonań i zachowania) oraz przypisanie jej przeżyć nieakceptowanych społecznie jej cechom indywidualnym. Może to przybrać formę przypisywania uczuć przez środowisko, które w jednostce się nie pojawiają: zachowań, których jednostka nie podjęła; czy preferencji niezgodnych z deklarowanymi. Ponadto unieważniający rodzice stawiają dziecku zbyt wysokie wymagania, a sytuacje ich nie spełnienia tłumaczą brakiem motywacji, dyscypliny, lub zbyt słabych starań dziecka. Ujawnianie emocji przez dziecko unieważniający rodzice przypisują jego nadwrażliwości, paranoi, przesadnemu reagowaniu, naiwności, nadmiernej idealizacji czy niedojrzałości. Dodatkowo rodzice tacy ekspansywnie propagują swój punkt widzenia i dążą do tego by był on podzielany przez dziecko. Dziecko w takiej rodzinie ma przy tym jednocześnie dostępny bardzo ograniczony obszar żądań wobec rodziców. Tak skonfigurowane środowisko ma bardzo silny wpływ na jednostkę podatną na zranienie, czego konsekwencjami są:

- brak uczenia dziecka nazywania własnych przeżyć (szczególnie emocji) oraz modulowania wzbudzeń emocjonalnych (wymagana jest kontrola emocji, a brak nauki adekwatnego radzenia sobie z emocjami);

- brak nauki dziecka radzenia sobie z dolegliwościami psychicznymi (poprzez przecenianie łatwości rozwiązywania problemów życiowych) oraz formułowania realistycznych celów i oczekiwań;

- wywoływanie skrajnych reakcji emocjonalnych i problemów, gdyż tylko one pobudzają środowisko do udzielenia wsparcia i pomocy, co w dalszym rezultacie powoduje oscylowanie dziecka między zahamowaniem a skrajnym reagowaniem;

- brak nauki dziecka ufności wobec własnych reakcji emocjonalnych i poznawczych na zdarzenia, zamiast tego trening w unieważnianiu osobistych reakcji i poszukiwaniu wskazówek odnośnie myślenia, czucia i zachowania w środowisku zewnętrznym (Linehan, 2007).

Według Linehan zaburzenie osobowości z pogranicza rozwija się u osób (dzieci) podatnych na zranienie, które nie mogą opuścić lub zmienić unieważniającego środowiska, ani nie potrafią dostosować własnego zachowania do wymagań środowiska. Natomiast większość cech obrazu klinicznego zaburzenia osobowości *borderline* (m.in. zaburzenie tożsamości, czy trudności w relacjach interpersonalnych) rozumie jako podejmowane przez osobę z tym typem zaburzenia próby regulacji intensywnego afektu lub konsekwencje dysregulacji emocjonalnej (która jest trudnością samą w sobie, jak i źródłem dodatkowych problemów), przykładowo zachowania samouszkodzające lub próby samobójcze mają według Linehan właściwości afektywno – regulacyjne (2007).

Dodatkowo Linehan poszukuje wyjaśnienia większej tendencji do rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza u kobiet niż u mężczyzn. Upatruje ona przyczyny tego zjawiska w występowaniu seksizmu, gdzie za skrajną formę traktuje molestowanie seksualne. Statystyki pokazują bowiem, iż 86% pacjentek z zaburzeniem osobowości *borderline*, hospitalizowanych na oddziałach stacjonarnych ujawnia fakt molestowania seksualnego w dzieciństwie (na podstawie badań Bryera i wsp., 1987; za: Linehan, 2007). Inne badania wskazują, iż 71% pacjentek z osobowością z pogranicza podaje w wywiadzie informację o molestowaniu seksualnym w porównaniu z 22% pacjentek z dużą depresją stanowiących grupę kontrolną (na podstawie badań Ogata i wsp., 1989; za: Linehan, 2007). Niektóre badania prowadzą do wniosku, iż molestowanie seksualne w dzieciństwie jest predykatorem diagnozy zaburzenia osobowości *borderline* (w odróżnieniu od połączenia molestowania seksualnego i maltretowania fizycznego) (na podstawie badań Bryera i wsp., 1987; za: Linehan, 2007). Molestowanie seksualne (uważane również za stresor społeczny szczególnie patogenny dla jednostek wrażliwych) może sprzyjać rozwojowi emocjonalnej podatności na zranienie poprzez powodowanie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym (bezustanna trauma może zmieniać fizjologicznie układ limbiczny) (Shearer i wsp., 1990; za: Linehan, 2007). Molestowanie seksualne jest jednocześnie skrajnym przypadkiem unieważniania w okresie dzieciństwa (mówienie ofierze, że to co robi dorosły jest dobre, przy jednoczesnym zakazie mówienia o tym komukolwiek).

Innymi przejawami seksizmu (mogącymi mieć znaczenie przy rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza) mogą być różnice między męskimi i kobiecymi stylami relacji

interpersonalnych, oraz stereotypowe wyobrażenie pożądaných talentów przez kobiety i przez mężczyzn (m.in. unieważnianie zdolności technicznych, sportowych, ścisłych w przypadku kobiet).

1.4.6. Ujęcie zaburzenia osobowości z pogranicza w kontekście społecznym

Ujęcie społeczne zaburzenia osobowości *borderline* odnosi się do założenia o współdziałanie środowiska społecznego w kształtowaniu jednostki i jej rodziny. I mimo iż, jak podaje Goldstein (2003), nie potwierdzono faktu większego odsetka osób z zaburzeniem z pogranicza wśród grup mniejszościowych, to wiadomo iż bieda, dyskryminacja, prześladowania społeczne, uprzedzenia i brak szans są czynnikami wywołującymi niskie poczucie własnej wartości, niską samoocenę, co zakłóca proces integracji tożsamości. Ponadto brak świadomości przynależności kulturowej wzmacniają rozszczerzony obraz Ja, lęk przed dezintegracją, chaos tożsamości (Comas-Diaz i Minrath, 1985; za: Goldstein 2003).

Podobne mechanizmy pojawiają się według Lewisa (za: Goldstein, 2003) u napiętnowanych społecznie mniejszości seksualnych (osoby homoseksualne). Istnieje w związku z tym, w tym nurcie, tendencja do interpretowania depresji, nadużywania substancji odurzających i podejmowania prób samobójczych w kontekście prób radzenia sobie z konfliktami tożsamości pojawiającymi się w interakcji jednostki i społeczeństwa.

Kolejną przyczyną jest upatrywana w sztywnych i wąskich oczekiwaniach w stosunku do ról społecznych, szczególnie w odniesieniu do kobiet. Kobiety w wyniku wpływu społecznych nakazów i zakazów uczone są bezradności, zależności, kierowania złości na siebie, niskiego poczucia własnej wartości.

Istotne są również pojawiające się wydarzenia urazowe w rozwoju osobowości. Badania prowadzone przez Walsh (1977) i Goldstein (1981, za: Goldstein, 2003), pokazują iż w grupie osób z zaburzeniami osobowości jest wiele osób, które straciło rodziców lub doznało innych form separacji. Dodatkowo w rodzinach tych osób obecne są często problemy związane z brakiem stabilności (m.in. również finansowej i zawodowej), chorobami (fizycznymi i psychicznymi), brakiem wsparcia w dalszej rodzinie. Wiele kobiet cierpiących na zaburzenie osobowości z pogranicza doświadczyło również w dzieciństwie wykorzystania seksualnego (Herman i in., 1989).

1.5. Poznanie społeczne a zaburzenie osobowości z pogranicza

Poznanie społeczne jest to umiejętność i zdolność jednostki do uświadamiania sobie intencji i nastawień innych ludzi (Brothers 1990, za: Penn i wsp., 2006). Do głównych obszarów poznania społecznego zalicza się: rozpoznawanie emocji innych osób, teorię umysłu, styl atrybucji oraz według zaleceń The National Institute of Mental Health: empatię (Lincoln i wsp., 2011).

1.5.1. Rozpoznawanie emocji przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza

Jednym z głównych objawów zaburzenia osobowości z pogranicza są zakłócone relacje interpersonalne. Niektórzy badacze upatrują przyczyny tych deficytów w zaburzeniu funkcji poznawczych, które są odpowiedzialne za tworzenie i utrzymywanie relacji interpersonalnych, poprzez m.in. takie umiejętności jak: rozpoznawanie sygnałów społecznych i emocjonalnych, np. wyrazu twarzy (będącego sygnałem regulującym subiektywne doświadczenie emocjonalne i zachowanie), aspektów wokalnych – głównie prozodii (akcent, intonacja, iloczas) (Blair, 2003). Rozpoznawanie emocji na twarzy innych osób wiąże się ze zdolnością wnioskowania o ich stanach emocjonalnych, na podstawie wyrazu ich twarzy (Unoka i wsp., 2011). Umiejętności te są zaburzone u osób z rozpoznaną schizofrenią (Edwards i wsp., 2002), depresją (Persad, Polivy, 1993), zespołem stresu pourazowego (Felmingham i wsp., 2003), psychopatią (Blair i in., 2002) i uzależnieniem od alkoholu (Kornreich i in., 2002). Niewiele natomiast przeprowadzono badań nad poznaniem społecznym u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

Dotychczas wykazano, iż osoby z tym zaburzeniem słabiej lub w sposób zmieniony w porównaniu z osobami z grup porównawczych (bez zaburzenia z pogranicza) rozpoznają emocje na podstawie wyrazu twarzy innych osób (Levine i wsp., 1997; Wagner i Linehan, 1999; Minzenberg i wsp., 2006). W nadawanych znaczeniach emocji twarzom innych osób, osoby z zaburzeniem osobowości *borderline* wykazują znaczną wrogość, podejrzliwość i poczucie bycia zaatakowanym. W odniesieniu do rozpoznawania, proces ten jest znacznie mniej dokładny niż osób z grupy kontrolnej. Nie stwierdza się natomiast różnic w trafności rozpoznawania izolowanych emocji na podstawie wyrazu twarzy i ekspresji wokalne. Natomiast w badaniu Scott'a i wsp. (2011) wykazano, iż osoby z większym nasileniem objawów osobowości z pogranicza lepiej rozpoznają emocje negatywne w porównaniu z grupą osób z mniejszym nasileniem objawów osobowości z pogranicza. Jednak

w odniesieniu do rozpoznawania emocji pozytywnych oraz neutralnych wyrazów twarzy taka różnica w cytowanym badaniu nie została stwierdzona. Ponadto osoby z większym nasileniem objawów osobowości z pogranicza wykazywały tendencję do dokonywania negatywnych atrybucji na temat wyrazu twarzy innych osób. Na tej podstawie wysunięto hipotezę, iż być może cechy zaburzenia osobowości *borderline* są związane ze zwiększoną zdolnością do wykrywania emocji negatywnych i wyraźną tendencją do przypisywania neutralnym wyrazom twarzy – negatywnych emocji. Podobny wniosek dotyczący występowania tendencji do negatywnego nastawienia w ocenie neutralnych wyrazów twarzy został wyciągnięty przez Dyck i wsp. (2009). Dodatkowo, stwierdzono w badaniu Dyck i wsp., iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie wykazują różnic w rozpoznawaniu wyrazów twarzy w porównaniu z osobami bez tego zaburzenia gdy czas, który mają na ocenę jest nieograniczony. Jednak w sytuacji, w której muszą dokonać szybkiej i bezpośredniej oceny wykazują deficyty w rozróżnieniu emocji na twarzach innych osób (wniosek ten dotyczy szczególnie rozróżniania emocji negatywnych i neutralnych). W badaniach Domes i wsp. (2008) wykazano, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w sytuacjach oceny niejednoznacznych bodźców emocjonalnych wykazują zwiększoną tendencję do rozpoznawania emocji złości, natomiast zmniejszoną tendencję do rozpoznawania emocji strachu, w porównaniu z osobami bez tego zaburzenia. Ponadto stwierdzono, iż osoby te są bardzo dokładne w postrzeganiu emocji na twarzy innych osób i reagują wyraźnie zwiększoną wrażliwością na twarze osób znanych, w porównaniu z osobami zdrowymi. Ten ostatni wniosek jest przeciwstawny do wyników badań Guitart – Masip i wsp. (2009), które wykazały, iż osoby z pogranicznym zaburzeniem osobowości wykazują się mniejszą dokładnością w ocenie twarzy niż osoby z grupy kontrolnej, szczególnie w sytuacji oceny twarzy obrazujących wstręt i strach. Podobne wyniki uzyskane zostały w badaniach Unoka i wsp. (2011), którzy stwierdzili, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza istotnie gorzej, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, rozpoznają na twarzy innych osób emocje: obrzydzenia, smutku, strachu i złości.

Problem rozpoznawania emocji na twarzach innych osób przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie jest jednak rozstrzygnięty, gdyż istnieją także doniesienia z badań, wskazujące na to, iż osoby te są w stanie poprawnie zidentyfikować emocjonalne wyrazy twarzy nawet dokładniej niż osoby bez tego zaburzenia (Wagner, Linehan, 1999; Lynch i wsp., 2006). Także w badaniach Fertuck i wsp. (2009) wykazano, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza statystycznie istotnie trafniej oceniają emocjonalne wyrazy twarzy innych osób, szczególnie w odniesieniu do dokładniejszego zauważania różnic

w mimice emocjonalnej osób w obszarze oczu. Różnica ta została wykazana zarówno dla wyrazów twarzy pokazujących emocje, jak i dla twarzy neutralnych. Poza tym z badań Unoka i wsp. (2011) wynika, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza adekwatniej rozpoznają twarze wyrażające zaskoczenie, niż osoby bez tego zaburzenia. W tych samych badaniach nie stwierdzono znaczących różnic pomiędzy osobami z tym zaburzeniem a osobami zdrowymi w zakresie rozpoznawania szczęścia.

Jednocześnie jednak stwierdzono, iż występowanie doświadczeń traumatycznych w życiu osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza jest negatywnym predykatorem dla funkcji poznania społecznego, w odniesieniu do rozpoznawania emocji (Dyck, 2009). Wniosek ten jest szczególnie istotny, gdyż u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza bardzo często w wywiadzie stwierdza się występowanie doświadczeń traumatycznych, szczególnie wykorzystania seksualnego i/lub nadużycia fizycznego (Zanarini, 2002). Podobny rezultat uzyskała w badaniach Preißler (2010), która stwierdziła, iż współistnienie doświadczeń traumatycznych w życiu danej osoby i zaburzenia osobowości z pogranicza, w sposób istotny (w porównaniu do osób zdrowych) upośledza funkcje poznania społecznego w zakresie rozpoznawania emocji, myśli i intencji. Ponadto w badaniach Giesen-Bloo i Arntz (2005) poza wykazaniem, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają w historii swojego dzieciństwa znacznie więcej wydarzeń traumatycznych, niż osoby bez tego zaburzenia, wysunięto wniosek o występowaniu u osób z doświadczeniem traumy tendencji do bardziej negatywnego postrzegania innych osób, ich intencji, emocji i myśli.

Zaburzenie poznania społecznego może być powiązane z faktem, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza często pozostają bez partnerów, rzadko posiadają potomstwo. Mimo to jednak często pracują jako nauczyciele, bądź opiekunowie (Dammann, 2003). Proces ten według wielu badaczy zaczyna się już od najwcześniejszych lat, gdyż podczas pierwszego roku życia dzieci posiadające nieczułych i obojętnych opiekunów rozwijają często mało bezpieczne przywiązanie, które wiąże się z pojawiającymi się problemami z zachowaniem, gdyż wykazują się mniejszą tolerancją frustracji (już w wieku około 2 lat). Następnie, w wieku przedszkolnym dzieci te są bardziej społecznie zamknięte w sobie, są mniej skłonne do okazywania sympatii rówieśnikom, którzy ich zdenerwowali, rzadziej nawiązują interakcje z przyjaciółmi w okresie dorastania i są mniej lubiani w szkole (Cassidy, Shaver, 1999; za: Dammann, 2003).

1.5.2. „Teorie umysłu” u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza

W wielu podejściach psychiatrycznych i psychologicznych analizując zaburzenia osobowości używa się odniesień do „umysłu” i „mózgu”. Omawiając relację umysł – mózg okazuje się, że niejednokrotnie wprowadza się sztuczne rozróżnienie na podejście biologiczne związane z mózgiem i podejście psychospołeczne związane z umysłem (Gabbard, 2005). Bowiem w praktyce psychoterapeutycznej, aby móc adekwatnie zaplanować proces terapii należy wziąć pod uwagę oba konteksty, ponieważ geny i środowisko są ze sobą nierozdzielnie połączone w patogenezie społecznych zachowań. Dobrym przykładem może być tu pograniczne zaburzenie osobowości, którego patogeneza (jak wcześniej opisano) najprawdopodobniej jest wieloczynnikowa. Wiele badań wskazuje na wczesną separację w dzieciństwie, chaotyczne środowisko rodzinne, niewrażliwe podejście rodziców do potrzeb i uczuć dziecka, doświadczanie bardzo emocjonalnych kłótni rodzinnych i przeżycie traumy (Zanarini, Frankenburg, 1997). Jednocześnie wielu badaczy upatruje również znaczenie w genetycznie uwarunkowanym temperamencie osób z tym zaburzeniem (Cloninger i wsp., 1993; Paris, 1998). Niektóre predyspozycje temperamentalne mogą bowiem zwiększać prawdopodobieństwo występowania negatywnych wydarzeń życiowych. Ponadto badacze próbowali również zbadać zależności odwrotnie - kierunkowe, związane z wpływem doświadczenia traumy we wczesnym dzieciństwie i jej efektów na rozwój mózgu. Wysłano hipotezę, iż pod wpływem przewlekłego stresu prowadzącego do nadmiernego wydzielania kortyzolu w hipokampie mogą zachodzić zmiany degeneracyjne (Sapolsky i wsp., 1983). Badania Wenigera i wsp. (2009) wskazują na to, iż pacjenci z zaburzeniem osobowości z pogranicza i PTSD mają znacznie zredukowaną wielkość ciała migdałowatego (34%) i hipokampa (12%), co wiąże się z deficytami funkcjonowania poznawczego. Natomiast u pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza, ale bez doświadczeń traumatycznych stwierdzono również redukcję wielkości ciała migdałowatego (22%) i hipokampa (11%), które nie powodowały deficytów funkcjonowania poznawczego. Niektóre badania obrazowe wykazały zmniejszoną objętość hipokampa u dorosłych pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza (Driessen i wsp., 2000; Schmahl i wsp., 2003). Wstępne dane sugerują, iż doświadczenie wczesnej traumy może przyczyniać się do lateralizacji półkul mózgowych oraz niekorzystnie wpływać na integrację lewej i prawej półkuli. W badaniach nadużytych dzieci okazało się, iż podczas wspomnień neutralnych aktywowana jest półkula lewa, natomiast podczas wspomnień zagrażających aktywowana jest półkula prawa, natomiast w grupie porównawczej (dzieci, które nie doświadczyły nadużyć bądź wykorzystania)

wykorzystywane były równolegle półkula prawa i lewa niezależnie od zawartości wspomnień (Schiffer i wsp., 1995). To niepowodzenie w integracji obu półkul może być odzwierciedleniem głównego mechanizmu obronnego osób z zaburzeniem z pogranicza – rozszczepienia, czyli oddzielania self-obiekt-afekt pozytywny od self-obiekt-afekt negatywny (Gabbard, 1989). Ponadto wiele badań wykazuje zwiększoną reakcję na stres na osi podwzgórze – nadnercza oraz w autonomicznym układzie nerwowym u kobiet wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie, niż u kobiet z grupy porównawczej (Heim i in., 2000). Okazuje się, iż długotrwałe bycie wykorzystywanym seksualnie skutkuje nadwrażliwością osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. Powyższe dane pokazują więc interakcje czynników środowiskowych i biologicznych w patogenezie zaburzenia osobowości z pogranicza, co należy uwzględnić w prowadzeniu psychoterapii.

Ważnym aspektem wydają się tu być zdolności do mentalizacji i tzw. „teorie umysłu”, związane z umiejętnością rozpoznawania i odróżniania własnych myśli, od myśli innych osób, prawidłowego rozumienia i interpretowania wyrazu twarzy innych osób, ich tonu głosu i innych sygnałów niewerbalnych. Zdolności te, to rozumienie zachowań własnych i innych ludzi z uwzględnieniem stanu psychicznego (przekonań, uczuć i motywacji), przy jednoczesnej świadomości, iż spostrzegany stan jest subiektywny i może być błędnie rozumiany, czyli że dany punkt widzenia jest jednym z możliwych (Fonagy, 2001; Dennett, 1978; Fonagy, Target, 1997). Bateman i Fonagy (2004), określają mentalizację, jako proces myślowy, w którym człowiek pośrednio i bezpośrednio interpretuje poszczególne działania swoje lub innych i nadaje im znaczenie na podstawie własnych stanów psychicznych, takich jak: własne pragnienia, potrzeby, uczucia, przekonania i postrzegane przyczyny. Wymieniane są również trzy wymiary mentalizacji: tryb funkcjonowania (pośredni i bezpośredni), relacja względem dwóch obiektów (siebie i innych), oraz dwa aspekty (poznawcze i emocjonalne) treściowe. Wymiar mentalizacji pośredni odnosi się do operacji nieświadomych, automatycznych lub proceduralnych związanych z indywidualną zdolnością do wyobrażania sobie stanów psychicznych swoich bądź innych ludzi. Wymiar bezpośredni obejmuje celowe i świadome procesy. Wymiar bezpośredni jest często rozwijany i używany w procesie psychoterapii. Druga dymensja, relacja względem siebie i innych opiera się na założeniu, iż proces wyobrażania sobie własnych myśli i uczuć determinuje znaczenie nadawane stanowi umysłu innych osób, i na odwrót. Natomiast w odniesieniu do trzeciego wymiaru istotne jest, aby następowała integracja aspektu emocjonalnego i poznawczego, gdyż to umożliwia „wiarygodniejsze odczuwanie”, zwiększa elastyczność i złożoność nadawanych interpretacji, a w efekcie podnosi „emocjonalne poznanie” (Allen, 2006). Natomiast termin „teorie

umysłu” został stworzony przez Premack i Woodruff (1978, za: Dammann, 2003) i odnosi się do indywidualnej zdolności do wnioskowania o stanach psychicznych własnych i innych ludzi, w celu zrozumienia lub przewidywania zachowania.

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują wiele problemów w interakcjach społecznych, co może być właśnie związane z deficytami w zakresie posiadanych „teorii umysłu” i funkcji poznania społecznego. Jednak wnioski z badań w tym zakresie są niejednorodne, gdyż niektóre wskazują na znaczne deficyty w tym zakresie, natomiast inne pokazują tendencję przeciwną, mianowicie odnoszącą się do zaawansowanych możliwości tych osób w zakresie wnioskowania o możliwych motywach postępowania innych osób. Przykładowo badania Mier i wsp. (2012) wykazują, iż pacjenci z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie wykazują deficytów w poznaniu społecznym na poziomie zachowań, jednak badania neurologiczne pokazywały wzrost aktywności systemu neuronów w jądrze migdałowatym w sytuacji zadań społeczno – poznawczych. Rezultat ten zdaje się odzwierciedlać podwyższone wskaźniki emocjonalnego podejścia do przetwarzania bodźców społecznych u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza, co z jednej strony umożliwia adekwatne rozpoznawanie intencji i motywacji innych osób w standardowych zadaniach społeczno – poznawczych, jednak może stanowić podstawę występowania deficytów społeczno – poznawczych w rzeczywistych interakcjach społecznych (Mier i wsp., 2012). Również w badaniach przeprowadzonych przez Arntz i wsp. (2009) nie uzyskano niższych wyników w zakresie teorii umysłu u pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza, a wręcz stwierdzono wyższy stopień wydajności tych osób z tym zaburzeniem w stosunku do osób bez tego zaburzenia. Z kolei badania Westen i wsp. (1990) pokazały, iż osoby z tym zaburzeniem są w stanie dokonywać skomplikowanych atrybucji w stosunku do intencji działań innych ludzi, jednak wykazują tendencję do wyrażania bardziej wrogich reprezentacji innych w porównaniu z grupą kontrolną. Badania Preißler i wsp. (2010) wskazują natomiast na znaczne upośledzenie trafności wnioskowania o emocjach, myślach i zamiarach innych osób u pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

Mentalizacja zachodzi w oparciu o bezpieczne przywiązanie do postaci rodzicielskiej, która traktuje dziecko jako osobę posiadającą życie psychiczne i pomaga mu stworzyć wewnętrzne reprezentacje obiektów i siebie. Postać opiekuńcza musi się tu wykazać umiejętnością rozpoznawania sygnałów dziecka i adekwatnie zaspokajać jego potrzeby. Opiekun powinien odzwierciedlać stany psychiczne dziecka i pomóc mu nadawać znaczenie wewnętrznym odczuciom oraz nazywać doświadczane emocje (Choi-Kain, Gunderson, 2008). Od pierwszych dni po narodzinach dziecka, matka (opiekun) powinna starać się nawiązywać

kontakt wzrokowy z dzieckiem. Kiedy niemowlę odwzajemnia kontakt wzorkowy, matki stają się bardziej ożywione, mówią przyjemniejszym głosem i przybliżają się do dziecka (Klaus, Kennell, 1976, za: Dammann, 2003). „Wczesne społeczne środowisko dziecka, stwarzane przez głównego opiekuna, wpływa bezpośrednio na ontogenetyczny rozwój struktur mózgowych, od których zależy późniejszy rozwój społeczny dziecka” (Schore, 1994, s.62, za: Dammann, 2003). Teorie przywiązania postulują wręcz, iż wczesne doświadczenia z postacią opiekuńczą stanowią prototyp dla wszystkich późniejszych relacji społecznych i są nazywane „wewnętrznymi modelami” („*internal working models*”) (Bowlby, 1973, 1980). Ponadto teoria mentalizacji jest związana z koncepcją pamięci, teorią regulacji emocji, rozwojem Ja, znaczeniem procesu narracji wewnętrznej oraz z procesami rozwoju, rozpoznawania i interpretacji ekspresji i zachowań emocjonalnych (Dammann, 2003). Jednak, według wielu autorów, to właśnie relacja z głównym opiekunem w pierwszym roku życia, stanowi uwewnętrznioną matrycę relacji interpersonalnych oraz poznania społecznego, która powstaje na długo zanim dziecko osiągnie zdolność mówienia (Stern, 1985; Bebe, Lachman, 1988; Fonagy i in., 2002). Ponadto stwierdza się występowania takiej zależności, iż im bardziej postaci opiekuńcze w czasach młodości nawiązały bezpieczne przywiązanie, tym są bardziej wrażliwe na potrzeby i reakcje swoich dzieci (Belsky i wsp., 1995; De Wolff, van Ijzendoorn, 1997, za: Dammann, 2003).

Zdolność do mentalizacji nie jest równocześnie jednoznaczna z nabywaniem zdolności do empatii, gdyż nie zawiera emocjonalnego współbrzmienia z drugą osobą. Ponadto mentalizacja jest skierowana na siebie i innych, natomiast empatia na inne osoby. Proces mentalizacji nie zawiera również, tak jak empatia, troski o innych (Choi-Kain i Gunderson, 2008).

Symptomy zaburzenia osobowości z pogranicza mogą pojawiać się jako konsekwencja zahamowania procesów mentalizacji (Dammann, 2003). U osób tych badania wykazują bowiem, iż musiały one przestać myśleć o motywach postaci opiekuńczych i w ogóle zaniechać refleksji na temat treści umysłu opiekunów, gdyż z jednej strony groziło im z ich strony niebezpieczeństwo, a z drugiej strony były one od nich uzależnione (Allen, 2001; Fonagy, 1998). Spostrzeganie motywacji i emocji postaci opiekuńczych w tej sytuacji było lękotwórcze, gdyż dziecko musiałoby niejednokrotnie uznać opiekuna za „potwora” i zniechęcić. Efektem może być tu wytworzenie mechanizmu obronnego rozszczepienia (np. z jednej strony spostrzeganie innych jako budzących lęk, zagrażających, z drugiej strony pragnienie całkowitego zbliżenia się do innych) (Liotti, 1992, za: Dammann, 2003). Ponadto dla funkcjonowania psychicznego osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza

charakterystyczny jest brak integracji reprezentacji siebie i innych, emocjonalna dysregulacja i poważne deficyty w umiejętnościach autorefleksji i metapoznawczych (Dammann, 2003). Jednak w przyszłości zablokowanie procesu mentalizacji może być przyczyną olbrzymiego oporu pacjentów związanego z rozwiązaniem sytuacji nadużycia. Kolejnym rezultatem jest również trudność tych osób w spostrzeżeniu jak dokonują przeniesienia swoich spostrzeżeń na inne osoby, bez uwzględnienia subiektywności tychże. Jednak w procesie psychoterapii możliwe jest, aby pacjent zaczął dostrzegać tę trudność, gdyż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie cierpią na zupełny brak mentalizacji (jak np. osoby z autyzmem) i zachowują częściową zdolność do mentalizacji, ale w warunkach braku aktywnego zaangażowania emocjonalnego w relację (Gabbard, 2005). Zadaniem psychoterapeuty jest zwiększenie zdolności pacjenta do mentalizacji i autorefleksji (Dammann, 2003), poprzez pomoc mu w zauważeniu jego mechanizmu projekcji, rozszczepienia, a następnie integrację reprezentacji siebie i innych. To co może pomóc terapeutce, to pamięć, iż każdy człowiek ma inny świat wewnętrzny oraz zbudowanie sobie obrazu świata umysłu pacjenta (nadawanych przez niego znaczeń, wyobrażeń, uczuć, intencji, przekonań i motywacji). Opartą na teoriach umysłu strategię terapeutyczną dla pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza opracowali Batman i Fonagy. Głównym zadaniem terapeuty jest stworzenie terapeutycznego środowiska, umożliwiającego skoncentrowanie się na stanach psychicznych swoich i innych. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza, którzy wymagają polepszenia zdolności mentalizacji w sytuacjach, które odbierają jako zagrażające ich samoocenie – praca nad rozwojem drugiego wymiaru mentalizacji (Batman, Fonagy, 2008). Dodatkowym celem takiego oddziaływania (szczególnie, gdy przyjmuje ono formę grupową) jest zdobywanie przez tych pacjentów świadomości i umiejętności, że w sytuacji doświadczania silnych stanów emocjonalnych w stosunku do innych, mogą oni opracować je w swoim umyśle, zamiast zachowań typu acting-out.

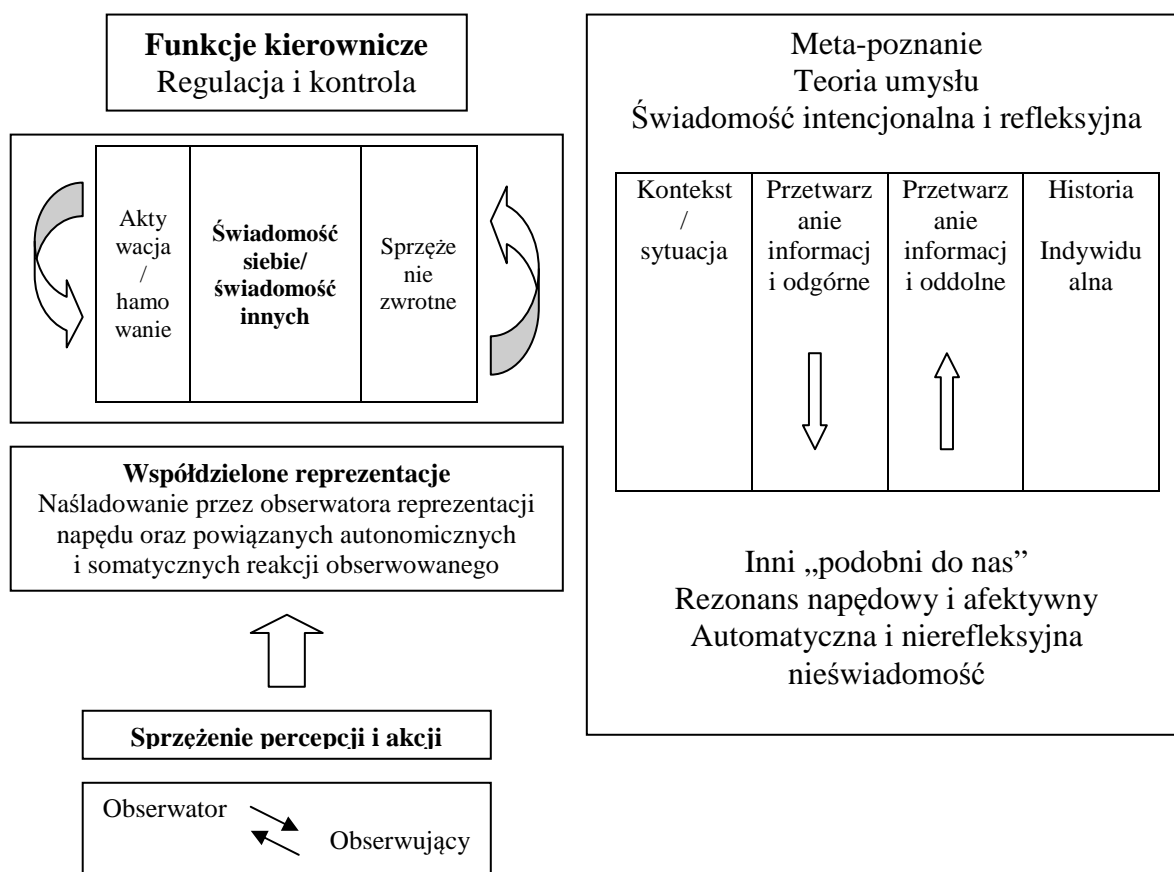
Zaburzenie procesów mentalizacji można również rozpatrywać w odniesieniu do różnych modeli wyjaśniania powstawania zaburzenia osobowości z pogranicza: rozumienie psychodynamiczne wiąże się z zaburzeniem procesu mentalizacji poprzez mechanizm rozszczepienia i dyfuzji tożsamości; rozumienie biologiczne poprzez dysregulację emocji; rozumienie zaburzenia w kontekście stresu pourazowego poprzez powiązanie doświadczenia traumy jako przyczyny problemów z mentalizacją (Dammann, 2003).

1.5.3. Empatia u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

1.5.3.1. Empatia

Empatia, czyli zdolność do rozumienia stanów emocjonalnych innych osób, oraz umiejętność dzielenia z innymi ich przeżyć, spełnia ważną rolę w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych. W rozumieniu psychologicznym, empatia oznacza co najmniej trzy różne procesy: odczuwanie emocji doświadczanych przez inną osobę, wiedzę dotyczącą tego, co czuje inna osoba, oraz posiadanie intencji współczucia w stosunku do innej osoby (Thompson, 2001). Bez względu na różne podejścia, większość badaczy uznaje trzy podstawowe aspekty empatii: uczuciową reakcję na inną osobę, która często, choć nie zawsze, oznacza współdzielenie doświadczanego stanu emocjonalnego; poznawczą zdolność do przyjęcia perspektywy innej osoby; oraz niektóre mechanizmy samoregulacji i kontroli, które modulują stan wewnętrzny (Baton i wsp., 1991; Decety i Hodges, 2006; Eisenberg, 2000; Preston i Wall 2002). Jednocześnie empatia obejmuje takie aspekty jak komunikację emocji, samoświadomość i teorie umysłu (Decety i Moriguchi, 2007). Można więc, przytoczyć definicję empatii według Ickes (1997), która ujmuje empatię jako złożoną formę psychologicznego wnioskowania, w której obserwacja, pamięć, wiedza i rozumowanie są łączone w celu uzyskania wglądu w myśli i uczucia innych. Zauważyć więc należy, iż empatia zawiera w sobie nie tylko aktualne afektywne doświadczenie drugiej osoby, lub wywnioskowany stan emocjonalny, ale również pewne minimalne rozpoznanie i zrozumienie stanu emocjonalnego innej osoby. W tym wielowymiarowym ujęciu empatii można znaleźć powiązanie z pewnymi minimalnymi zdolnościami mentalizacji, które odnoszą się do społecznych zdolności poznawczych ludzi, służących wyjaśnianiu i przewidywaniu własnych i cudzych zachowań, poprzez przypisywanie im niezależnych stanów umysłowych, przekonań, pragnień, emocji i intencji (Flavell, 1999). W tym modelu doświadczanie empatii wynika z dynamicznej interakcji czterech głównych komponentów funkcjonalnych: afektywnego współdzielenia pomiędzy sobą a innymi, bazującego na automatycznym sprzężeniu percepcji i działania, skutkujące współdzieloną reprezentacją; samoświadomości przejawiającej się w tym, iż mimo okresowej identyfikacji obserwującego z obserwowanym, nie dochodzi do konfuzji pomiędzy sobą a innym; umysłowej elastyczności umożliwiającej przyjęcie punktu widzenia innej osoby; oraz procesów regulacyjnych, które modulują subiektywne uczucia związane z emocjami. Ponadto empatia, podobnie jak wiele innych procesów związanych z emocjami, bazuje częściowo na komponentach angażowanych

bez udziału świadomości, w sposób oddolny – współdzielenie emocji oraz aspekty mięśni mimicznych; oraz na komponentach wymagających przetwarzania świadomego (w sposób odgórny) – przyjmowanie perspektywy, reprezentowanie własnych myśli i uczuć oraz myśli i uczuć innych, oraz niektóre aspekty regulacji emocji (Decety, Moriguchi, 2007). Proces ten przedstawiony jest na rysunku 1.



Rys. Schemat reprezentacji oddolnego i odgórnego procesu informacji zaangażowanych w proces empatii. (na podstawie: Decety, 2006, 2007, za: Decety, Moriguchi, 2007).

Rozumienie sygnałów emocjonalnych innych ludzi niesie ze sobą wyraźne korzyści adaptacyjne i jest szczególnie ważne w tworzeniu i utrzymaniu więzi społecznych. Ludzie nieświadomie naśladowają szeroki wachlarz zachowań (akcent, ton głosu, tempo mowy, postawy, maniery, nastroje) oraz wykazują tendencję do automatyzowania mimiki i synchronizowania własnych emocjonalnych zachowań z zachowaniami innych osób, co znane jest jako fenomen udzielania się emocji.. Ułatwia to płynność interakcji społecznych oraz wspiera zdolność empatii (Hatfield i wsp., 1944). Neurofizjologicznym podłożem tego zjawiska jest aktywność „neuronów lustrzanych”.

Ponadto badania dowodzą, iż osoby zdolne do regulacji własnych stanów emocjonalnych, wykazują się wyższym poziomem empatii oraz są bardziej skłonne do odnoszenia się w stosunku do innych w moralny sposób (Eisenberg i in., 1994). Regulacja emocji jest pozytywnie skorelowana z troską o odczucia innych osób, natomiast osoby, które doświadczają swoich emocji w sposób intensywny, zwłaszcza emocji negatywnych, wykazują skłonności do przeżywania osobistych niepokojów i wzbudzania awersyjnych reakcji emocjonalnych (m.in. lęku i dyskomfortu) w stosunku do rozpoznanych stanów emocjonalnych innych osób (Eisenberg i in., 1991). Chroniczna niezdolność do tłumienia negatywnych emocji może być głównym czynnikiem we wzbudzaniu lęku, agresji i zachowań impulsywnych (Jackson i in., 2000).

1.5.3.2 Empatia u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza

Wiele zaburzeń psychicznych jest związanych z deficytem zdolności do empatii, np. osobowość antyspołeczna nie wykazuje troski o inne osoby, znaczny deficyt empatii jest jedną z cech obrazu osobowości narcystycznej, jak i również autyzmu.

W odniesieniu do osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza badania neurobiologiczne wykazują nadmierną wrażliwość układu limbicznego, szczególnie jąder migdałowych i obniżoną aktywność kory przedczołowej. W kontekście empatii, zarówno funkcje emocjonalne i poznawcze oraz interakcje między nimi mogą być zmienione u tej grupy osób (Decety i Moriguchi, 2007).

Ponadto analizując proponowane przez Kernberga (2007) kryteria diagnozy psychopatologicznej tego typu zaburzenia, takie jak: zaburzenie integracji ego oraz prymitywne mechanizmy obronne (np. rozszczepienie), trudności w zakresie stałości obiektu i ciągłości osób i rzeczy w swoim życiu, mechanizm projekcji (dotyczący głównie rzutowania swoich niepożądanych cech charakteru na innych), mechanizm identyfikacji projekcyjnej; zauważyć można ich związek z niedojrzałym poziomem empatii. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza reagują często zbyt emocjonalnie i przesadnie oraz mają trudności z rozróżnianiem swoich stanów emocjonalnych od innych. Omawiane trudności są równocześnie jednymi z podstawowych warunków umiejętności empatycznych. Dodatkowo osoby te wykazują deficyty w zakresie odgórnego przetwarzania informacji i procesów meta-kognitywnych (Decety, Moriguchi, 2007).

Duże problemy z rozpoznawaniem potrzeb i uczuć innych osób mają również osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości, które odnoszą się do problemów innych w sposób

pogardliwy, niecierpliwy i raniący. Osoby te okazują emocjonalny chłód, brak zainteresowania, zazdrość (gdy ktoś inny zdobywa uznanie), arogancję, stosunek lekceważący i protekcyjny. Gdy ich oczekiwania nie są zaspokajane wywołują w innych poczucie winy i krytykują.

Zarówno w zaburzeniu osobowości z pogranicza, jak i w narcystycznym zaburzeniu osobowości stwierdza się brak fundamentów empatii, choć na podstawie obserwacji klinicznych wysunięto wnioski, że zaburzenie osobowości *borderline* jest związane z dysregulacją większości emocjonalnych aspektów (w porównaniu z narcystycznym zaburzeniem osobowości) (Decety, Moriguchi, 2007). Ponadto wykazano, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają agresywnych rodziców, którzy nie zapewniają w sposób wystarczający ciepła rodzicielskiego, współczucia, troski i wykazują trudności w przyjmowaniu perspektywy dziecka, przy jednoczesnych deficytach poczucia własnej wartości, braku kontroli impulsów i narcystycznych skłonnościach (Wiehe, 2003), co może w rezultacie mieć znaczący wpływ na omawiane cechy osób z zaburzeniem osobowości *borderline*.

Rozdział II

Problemy i metody badawcze

2.1. Problemy badawcze

W niniejszej pracy podjęta zostanie próba zbadania poznania społecznego i zdolności do empatii u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Cel ten znajduje swoje odzwierciedlenie w następującym głównym problemie badawczym, którym jest pytanie dotyczące tego,

Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują zaburzenia poznania społecznego?

Ogólny problem badawczy stanowi podstawę do sformułowania problemów szczegółowych:

1. Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób?
2. Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi?
3. Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii?
4. Czy istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego?
5. Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa?

6. Czy istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego?

2.2. Hipotezy badawcze

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione szczegółowe problemy badawcze sformułowano następujące hipotezy:

Hipoteza 1

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób.

H₁: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób.

Hipoteza 2

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

H₂: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

Hipoteza 3:

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii.

H₃: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii.

Hipoteza 4:

H₀: Nie istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.

H₄: Istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.

Hipoteza 5:

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.

H₅: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.

Hipoteza 6:

H₀: Nie istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego.

H₆: Istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego.

2.3. Zmienne i ich operacjonalizacja

„Zmienna, która jest przedmiotem naszego badania, której związki z innymi zmiennymi chcemy określić (wyjaśnić) nosi nazwę zmiennej zależnej (ang. *dependent variable*). Natomiast zmienne, od których ona zależy, które na nią oddziałują noszą nazwę zmiennych niezależnych (ang. *independent variables*)” (Brzeziński, 1999, s.189-190).

W niniejszej pracy, w związku z postawionymi pytaniami badawczymi, wyróżniono następujące zmienne niezależne i zależne.

ZMIENNA NIEZALEŻNA:

1. Traumatyczne doświadczenia życiowe (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego).

ZMIENNE ZALEŻNE:

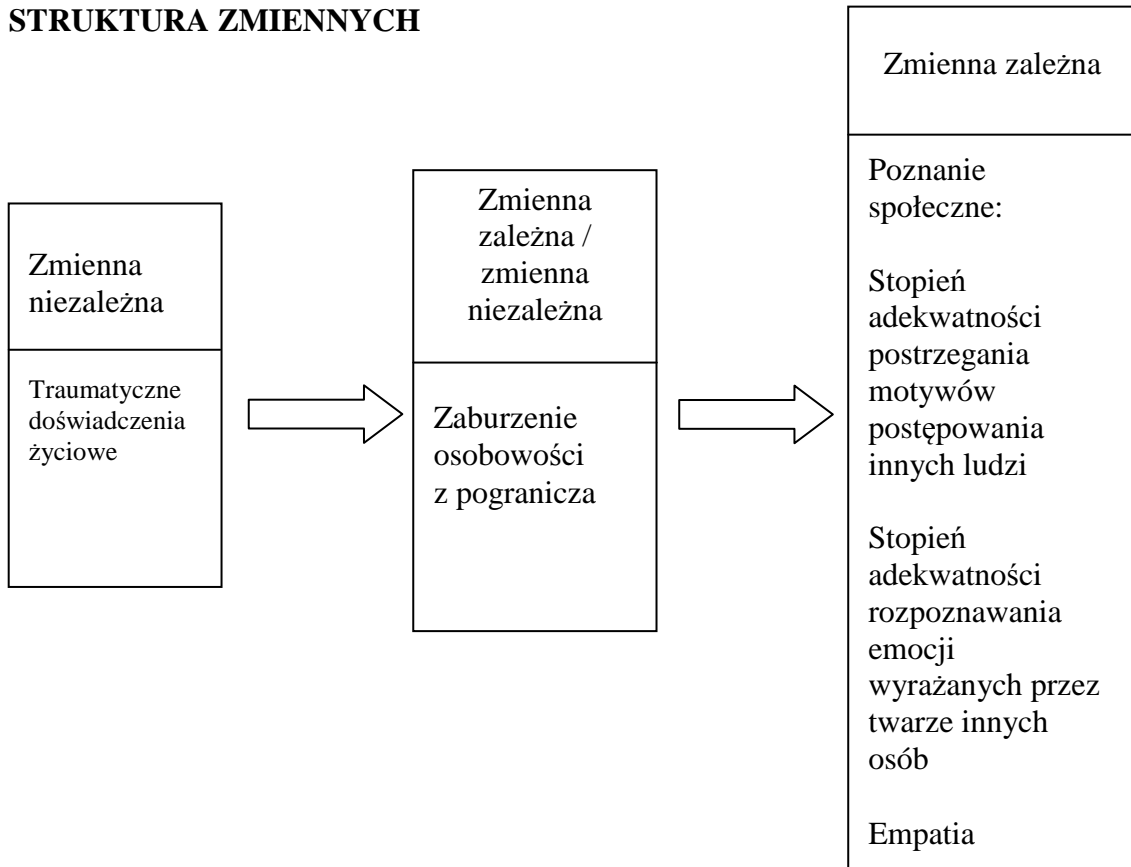
Poznanie społeczne:

1. Stopień adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi;
2. Stopień adekwatności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób;
3. Empatia.

ZMIENNE ZMIENIAJĄCE SWÓJ STATUS:

1. Zaburzenie osobowości z pogranicza – względem zmiennej niezależnej: traumatyczne doświadczenia życiowe jest zmienną zależną; natomiast względem zmiennych: poznanie społeczne, stopień adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi, stopień adekwatności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób, oraz empatia jest zmienną niezależną.

STRUKTURA ZMIENNYCH



Rys. Struktura zmiennych.

2.4. Narzędzia badawcze

W pracy wykorzystano: historyjki rysunkowe do oceny „teorii myśłu” (Theory of Mind Cartoons), testy do oceny percepcji emocji stanowiące część baterii testów neuropsychologicznych, opracowanych na Uniwersytecie Pensylwanii (The University of Pennsylvania Computerized Neuropsychological Test Battery), kwestionariusz oceny empatii (The Empathy Quotient), oraz kwestionariusz do badania natężenia cech osobowości z pogranicza i linii życia. Statystyczna analiza danych została przeprowadzona przy wykorzystaniu programu STATISTICA 10 (uniwersalnego systemu służącego do statystycznej analizy danych, tworzenia wykresów i operowania na bazach danych). Projekt niniejszych badań został pozytywnie zaopiniowany (uchwała nr 472/10 i 341/11) przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

2.4.1. Test do oceny „teorii umysłu”

W celu określenia teorii umysłu posłużyłam się testem do oceny „teorii umysłu” (Theory of Mind Picture Stories Task), opracowanym przez Martin’a Brüne z Centre for Psychiatry, Psychotherapy & Psychosomatics University of Bochum (Brüne, 2003). Test ten składa się z sześciu różnych historyjek obrazkowych przedstawionych na czterech rysunkach (każda).

Historyjki przedstawiają następujące scenariusze:

- a) współpracę dwóch osób i okazywaną wzajemnie wdzięczność;
- b) podstęp, w którym jedna osoba niesprawiedliwie oszukuje inną osobę;
- c) współpracę dwóch osób nastawioną na niekorzyść osoby trzeciej.

Do każdego z powyższych scenariuszy przypisane są po dwie historyjki obrazkowe, które są prezentowane osobie badanej w wymieszanej kolejności (osoba badana ma za zadanie ułożyć je w logicznej kolejności).

Za prawidłowe ułożenie w pozycjach 1 i 4 osoba badana otrzymuje po 2 punkty, za pozycje 2 i 3 – po 1 punkcie. Maksymalnie za ułożenie prawidłowej kolejności każdej z historyjek można uzyskać 6 punktów.

Jeśli osoba badana ułoży prawidłowo, to zostaje potwierdzony jej wybór „dobrze”, natomiast jeśli źle, to kolejność zostaje poprawiona przez badającego według wzoru. Następnie do każdej z historyjek zadawane są osobie badanej pytania, odpowiednio do historyjki 1 – 2 pytania; do 2 – 5 pytań; do 3 – 4 pytania; do 4 – 2 pytania; do 5 – 5 pytań i do 6 – 5 pytań. Za każdą prawidłową odpowiedź (zgodną ze wzorem) osoba badana może uzyskać 1 punkt.

2.4.2. Testy rozpoznawania emocji twarzy PENN

W celu zbadania umiejętności rozpoznawania emocji na twarzach innych osób posłużyłam się trzema testami: Test oceny nasilenia emocji (Penn Emotional Acuity Test - PEAT 40), Test rozpoznawania emocji (Penn Emotion Recognition Task - ER40) oraz Test różnic nasilenia emocji (Penn Emotion Discrimination Task - EDF40), które stanowią część baterii testów neuropsychologicznych opracowanych na Uniwersytecie Pensylwanii (The University of Pennsylvania Computerized Neuropsychological Test Battery).

Test różnic nasilenia emocji mierzy zdolność do różnicowania nasilenia emocji. Osobie badanej prezentowanych jest kolejno 40 par twarzy. Każda para składa się z dwóch

zdjęć twarzy tej samej osoby z lub bez subtelnych różnic w nasileniu ekspresji emocji (wygenerowanych komputerowo). Zadanie osoby badanej polega na zaznaczeniu twarzy przedstawiającej większe nasilenie emocji lub zdecydowanie, iż wyrażają one takie samo nasilenie danej emocji. Z 40 par, 18 porównań dotyczy nasilenia ekspresji radości, 18 porównań dotyczy nasilenia ekspresji smutku, a 4 pary wyrażają takie samo nasilenie smutku, bądź radości.

Test oceny nasilenia emocji mierzy trafność rozpoznawania emocji i ich nasilenia. Osobie badanej prezentowane jest 40 twarzy, na które składa się 5 wyrażających radość, 5 smutek, 10 neutralnych twarzy kobiet i mężczyzn. Osoba badana ocenia nasilenie wyrażanych emocji na siedmiostopniowej skali: bardzo smutna, umiarkowanie smutna, nieco smutna, neutralna, nieco radosna, umiarkowanie radosna, bardzo radosna.

Test rozpoznawania emocji mierzy trafność rozpoznawania emocji. Osobie badanej prezentowane jest 40 twarzy, które ocenia ona pod względem wyrażanej emocji – odpowiedzi do wyboru: radość, smutek, złość, strach, bez emocji. Wśród tych 40 twarzy są: 4 twarze kobiet wyrażające każdą z emocji i 4 twarze mężczyzn wyrażające każdą z emocji.

Poza tym wykorzystałam jeszcze test pamięci twarzy (Penn Facial Memory Test - CPF), który mierzy zdolność do zapamiętywania twarzy innych osób. W pierwszej części tego testu osobie badanej prezentowane jest 20 twarzy do zapamiętania. Zadanie osoby badanej polega następnie na rozpoznaniu prezentowanych w pierwszej części testu twarzy, wśród 40 twarzy prezentowanych w części drugiej. Wszystkie twarze (czarno-białe fotografie) mają neutralną mimikę i są zrównoważone pod względem płci i wieku. Twarze są wklejane na czarnym tle z włosami wmieszanymi w tło (tak, aby włosy nie stanowiły cechy identyfikacyjnej). Test ten stosuje się zwykle w celu wykluczenia zaburzeń przetwarzania, innych niż emocjonalne, informacji dotyczących twarzy.

2.4.3. Test EQ (The Empathy Quotient)

W celu określenia poziomu rozwinięcia zdolności do empatii posłużyłam się Testem EQ (The Empathy Quotient), stworzonym przez Simona Baron-Cohen i Sally Wheelwright (2004). EQ zawiera 60 pytań, które zostały podzielone na dwie grupy:

- pytania dotyczące empatii – jest ich 40 (są to pytania numer: 1, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 57, 58, 59 i 60);

- pytania wypełniające – jest ich 20 (są to pytania numer: 2, 3, 5, 7, 9, 13, 16, 17, 20, 23, 24, 30, 31, 33, 40, 45, 47, 51, 53 i 56). Pytania te zostały wprowadzone w celu odwrócenia uwagi uczestnika od skupienia się na zdolnościach do empatii.

Każda pozycja otrzymuje 1 lub 2 punkty, w zależności od wyboru respondenta. Jeśli respondent wybierze odpowiedź łagodnie empatyczną otrzymuje 1 punkt, natomiast jeśli wybierze odpowiedź silnie empatyczną otrzymuje 2 punkty.

Okolo połowa pozycji została tak sformułowana, iż wybór odpowiedzi „całkowicie się zgadzam” świadczy o zachowaniu empatycznym, natomiast druga połowa została sformułowana tak, by wybór odpowiedzi „całkowicie się nie zgadzam” również odpowiadał zachowaniu empatycznemu. Miało to na celu uniknięcie stronniczości w udzielaniu odpowiedzi w obu kierunkach. Następnie kolejność pozycji została ułożona losowo.

Za wybór odpowiedzi „całkowicie się zgadzam” respondent otrzymuje 2 punkty, natomiast za wybór odpowiedzi „raczej się zgadzam” – 1 punkt, przy pozycjach numer: 1, 6, 19, 22, 25, 26, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 52, 54, 55, 57, 58, 59, 60.

Natomiast w pozycjach numer: 4, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21, 27, 28, 29, 32, 34, 39, 46, 48, 49, 50, respondent otrzymuje 2 punkty za wybór odpowiedzi „całkowicie się nie zgadzam” i 1 punkt za wybór odpowiedzi „raczej się nie zgadzam”.

2.4.4. Kwestionariusz do badania natężenia cech osobowości z pogranicza i linii życia

Kwestionariusz do badania natężenia cech osobowości z pogranicza i linii życia składa się z Kwestionariusza Zaburzenia Osobowości *Borderline* opracowanego przez L. Cierpiałkowską (2002) i pytań dodanych przez A. Klatkiewicz (autorkę pracy) dotyczących linii życia osoby badanej.

Kwestionariusz Zaburzenia Osobowości *Borderline* składa się z 53 twierdzeń diagnozujących zaburzenie osobowości *borderline*, stworzony przez F. Leichsenring’a (The Borderline Personality Inventory, BPI) (Leichsenring, 1999), w oparciu o kryteria strukturalne osobowości *borderline*, opisywane przez Kernberga (1984). Kwestionariusz ten koresponduje jednocześnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV oraz z koncepcją zaburzenia osobowości z pogranicza Gunderson’a. W Polsce został on wstępnie zaadaptowany przez L. Cierpiałkowską (nie przeszedł on zgodnej z zasadami adaptacji do polskich warunków kulturowych, a wynik progowy (20 punktów), pozwalający na

postawienie hipotezy o organizacji osobowości *borderline*, został ustalony dla populacji niemieckiej).

Kwestionariusz ten charakteryzuje się dość wysoką wrażliwością .85 - .89 i specyficznością .78 - .89 (Leichsenring, 1999).

Metoda ta składa się z 5 podskal:

- rozproszenie tożsamości (dyfuzja tożsamości - *Identity Diffusion*); zawiera 10 itemów i odnosi się do przejawów braku integracji w obrębie tożsamości tj. depersonalizacji bądź derealizacji. Przykładowym stwierdzeniem dla tej skali, jest np. „*Czasami mam wrażenie, że otaczający mnie ludzie i przedmioty nie są realne*”;
- prymitywne mechanizmy obronne (*Primitive Defenses*); zawiera 8 itemów i dotyczy stosowania mechanizmów obronnych, charakterystycznych dla osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (rozszczenia, identyfikacji projekcyjnej, omnipotencji i dewaluacji). Przykładowym stwierdzeniem dla tej skali, jest np. „*Moje uczucia do innych zmieniają się ze skrajności w skrajność (np. od miłości i podziwu do nienawiści i rozczarowania)*”;
- zakłócone testowanie rzeczywistości (*Impaired Reality Testing*); zawiera 5 itemów i dotyczy przejawów upośledzenia w zakresie testowania rzeczywistości, czyli objawów zbliżonych do urojeń czy omamów. Przykładowym stwierdzeniem dla tej skali, jest np. „*Widuję dziwne sylwetki i obrazy, które nie istnieją w rzeczywistości*”;
- lęk przed bliskością (*Fear of Fusion*); zawiera 8 itemów i dotyczy lęku przed intymnością i bliskością. Przykładowym stwierdzeniem dla tej skali, jest np. „*Czuję się przytłoczony, kiedy inni okazują mi głęboką troskę*”;
- skala cut of ; zawiera 20 itemów i w większości składa się ze stwierdzeń, które wchodzi w skład skal: rozproszenie tożsamości, prymitywne mechanizmy obronne oraz lęk przed bliskością. Jest skalą kluczową, gdyż w oparciu o nią, zaleca się diagnozowanie osobowości *borderline* (Leichsenring, s. 45). Przykładowym stwierdzeniem dla tej skali, jest np. „*Często podejmuję ryzyko, które może mnie wpędzić w kłopoty*”.

W skład wszystkich skal weszły pozycje o najwyższych wartościach ładunków czynnikowych.

Podskale Kwestionariusza ZOB L	Pozycje
Rozproszone poczucie tożsamości	8,15,26,27,33,34,36,37,42,46
Pierwotne mechanizmy obronne	1,9,10,16,29,39,40,48,
Zaburzone testowanie rzeczywistości	7,12,13,21,41
Lęk przed fuzją	5,14,19,20,23,25,28,50
Cut-20 (skala skrócona)	3,4,5,8,9,10,14,15,19,20,25,27,28,36,40,43,46,47,49,51

Pozostałe itemy nie zostały przyporządkowane. Podobnie jak twierdzenia 52, 53, które zawierają się w treści pozostałych itemów. Itemy 52 i 53 nie są wliczane również do sumy punktów.

Za każdą pozycję od 1 do 51 kwestionariusza można uzyskać 0 lub 1 punkt. Odpowiedzi przy których zostaje zaznaczony krzyżyk, otrzymują wartość 1 (jako diagnostyczne), odpowiedzi nie zaznaczone uzyskują 0 punktów (jako niediagnostyczne). Itemy, w których badany ma możliwość podania więcej niż jednej odpowiedzi (45, 49), punktowane są tak samo jak wszystkie inne pozycje (za zaznaczenie odpowiedzi przyznajemy 1 punkt, nawet jeśli badany podaje kilka odpowiedzi). Ilość twierdzeń diagnostycznych decyduje o natężeniu cech *borderline* u badanej osoby. Diagnoza zaburzenia osobowości z pogranicza: - wyniki w całej skali: 20 i więcej, natomiast wyniki w skróconej skali Cut-20: 10 i więcej.

Itemy 54 - 63 zostały dodane przez autorkę pracy i dotyczą doświadczeń z życia rodzinnego i występowania doświadczeń traumatycznych. Pytania te poruszają obszary doświadczeń (agresja fizyczna, agresja psychiczna, molestowanie seksualne), które według badaczy pojawiają się w linii życia osób, u których rozwija się później zaburzenie osobowości z pogranicza.

2.5. Charakterystyka grupy badawczej

Badanie zostało przeprowadzone na grupie siedemdziesięciu dwóch pełnoletnich osób (kobiet i mężczyzn), którzy wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Trzydzieści sześć osób z tej grupy stanowiło grupę osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza, w skład której weszły osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza (według Kryteriów Diagnostycznych zaburzenia osobowości z pogranicza zgodnie z Klasyfikacją Diagnostyczną ICD-10), które dodatkowo uzyskały w Kwestionariuszu Zaburzenia Osobowości *Borderline* (opracowanym przez L.Cierpiałkowską) wynik powyżej 20 punktów, co stanowi wynik progowy, aby postawić diagnozę zaburzenia osobowości z pogranicza. Osoby te w trakcie przeprowadzenia badań uczestniczyły w procesie leczenia w Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Józefa Babińskiego SPZOZ Kraków w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (7F), Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych w Komorowie oraz Poradniach Zdrowia Psychicznego na terenie Poznania. Diagnoza została wcześniej postawiona przez terapeutów zatrudnionych w tych ośrodkach.

Pozostałe 36 osób – nie posiadających diagnozy zaburzenia osobowości z pogranicza oraz mających wynik poniżej 20 punktów w Kwestionariuszu Zaburzenia Osobowości *Borderline*, weszło w skład grupy kontrolnej. Byli to ochotnicy rekrutowani spośród studentów, osób znajomych, pracowników różnych firm, dobierani pod względem poziomu wykształcenia i wieku do grupy badawczej. Osoby te były zdrowe, nie pozostawały w leczeniu psychiatrycznym ani neurologicznym, ani go nie wymagały i nie miały zdiagnozowanej żadnej choroby psychicznej, ani zaburzenia osobowości. Żadna z tych osób w Kwestionariuszu Zaburzenia Osobowości *Borderline* nie przekroczyła progu 10 punktów. Badania prowadzono w okresie wrzesień 2011 – marzec 2012.

Osoby badane były w wieku od 21 do 57 lat, średnia wieku badanych to 28,7 lat. Osoby tworzące grupę osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza były w wieku od 21 do 57 lat, średnia ich wieku to 31,6 lat. Natomiast w grupie kontrolnej znalazły się osoby w wieku od 21 do 48 lat, a średnia ich wieku to 25,9 lat.

Rozkład liczbowy badanej grupy, z uwzględnieniem wieku przedstawia tabela poniżej:

Grupa	Liczba osób	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza	36	21	57	31,6	8,4
Kontrolna	36	21	48	25,9	5,1

Tabela 1: Liczbowy rozkład badanej próby ze względu na wiek.

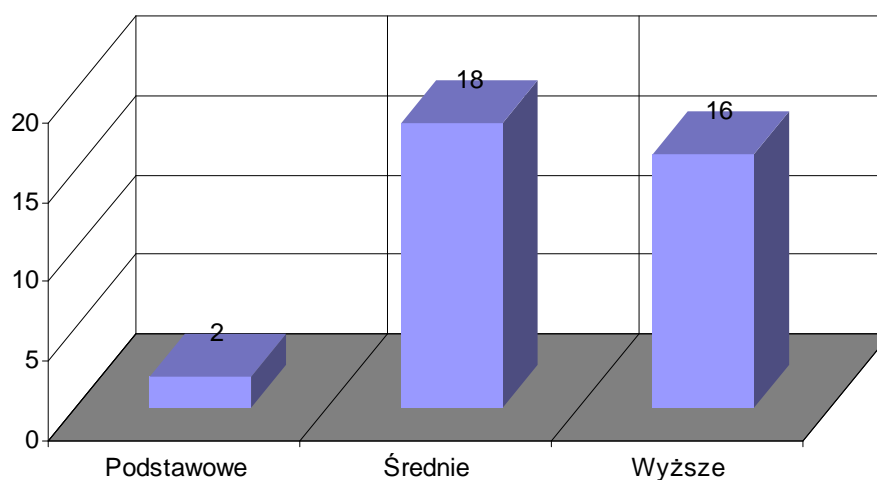
Najwięcej osób posiadało zarówno w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza jak i kontrolnej wykształcenie średnie – odpowiednio 50% i 55,6%. Wykształcenie wyższe w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza posiadało 44,4% osób, natomiast w grupie kontrolnej 41,7%. Wykształcenie podstawowe w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza posiadało 5,6% osób, natomiast w grupie kontrolnej 2,8%.

Poziom wykształcenia przedstawia tabela nr 2.

Wykształcenie	Grupa Kontrolna		Grupa osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Podstawowe	1	2.8	2	5.6
Średnie	20	55.6	18	50
Wyższe	15	41.7	16	44.4
Ogółem	36		36	

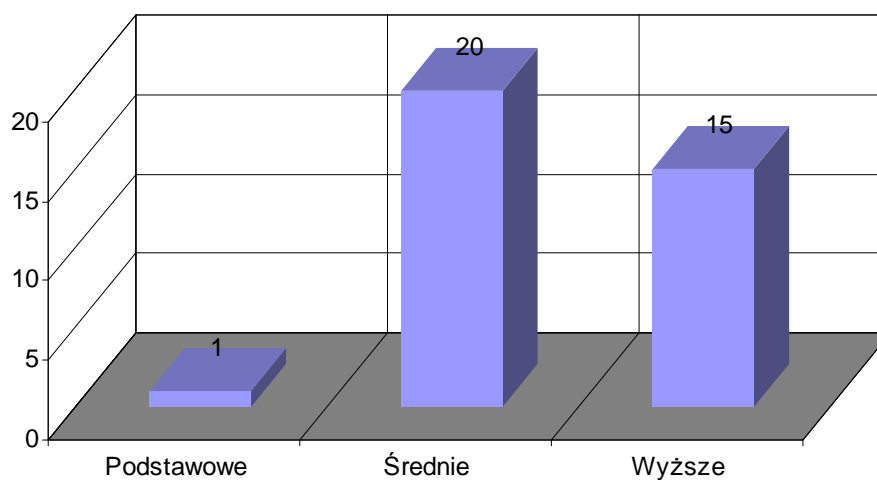
Tabela 2: Poziom wykształcenia w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza i w grupie kontrolnej.

Poziom wykształcenia w grupie osób z BPD



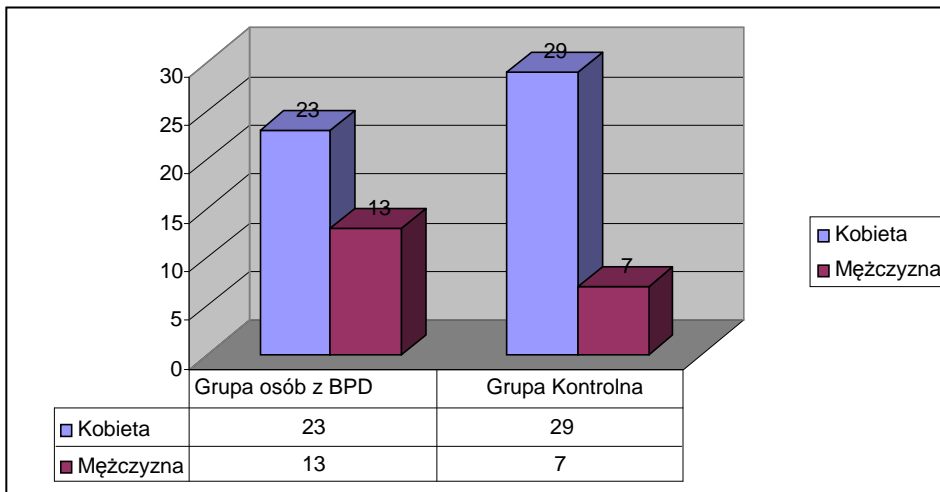
Ryc 1. Graficzne przedstawienie poziomu wykształcenia respondentów z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD).

Poziom wykształcenia w grupie kontrolnej



Ryc 2. Graficzne przedstawienie poziomu wykształcenia respondentów z grupy kontrolnej.

W odniesieniu do rozkładu płci – w skład grupy z zaburzeniem osobowości z pogranicza weszły 23 kobiety i 13 mężczyzn, natomiast w skład grupy kontrolnej: 29 kobiet i 7 mężczyzn. Większa liczba kobiet biorących udział w badaniu jest spowodowana tym, iż w populacji osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza występuje przewaga kobiet (75%) (Marziali i wsp., 1994).



Ryc 3. Graficzne przedstawienie rozkładu płci w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Rozdział III

Wyniki badań

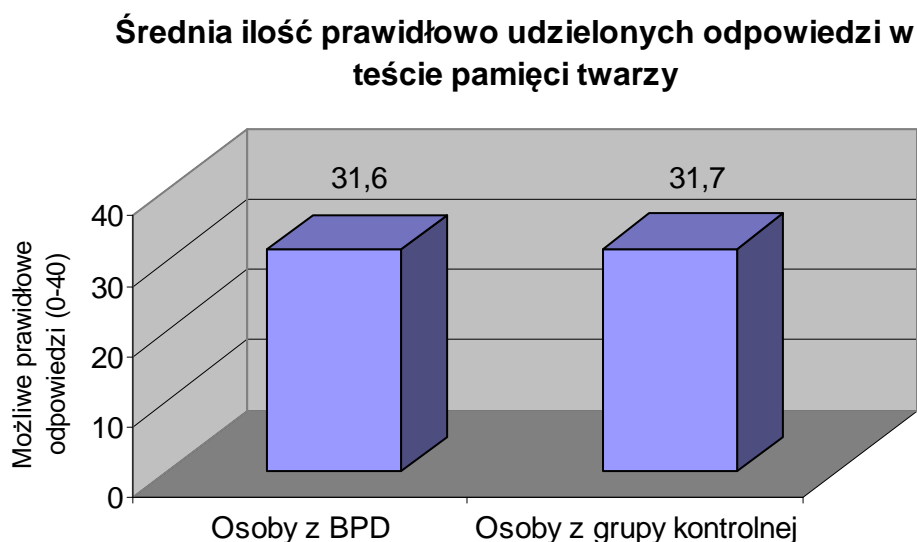
3.1. Charakterystyka uzyskanych wyników¹

3.1.1. Umiejętności rozpoznawania emocji na twarzach innych osób

3.1.1.1. Zdolność do zapamiętywania twarzy innych osób

Z badań wynika, iż osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują średnią ilość prawidłowo udzielonych odpowiedzi w teście pamięci twarzy, który mierzy zdolność prawidłowego rozpoznania zapamiętanych twarzy na poziomie: 31,6, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik w tym teście: 31,7. W teście tym maksymalnie można było uzyskać wynik: 40.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

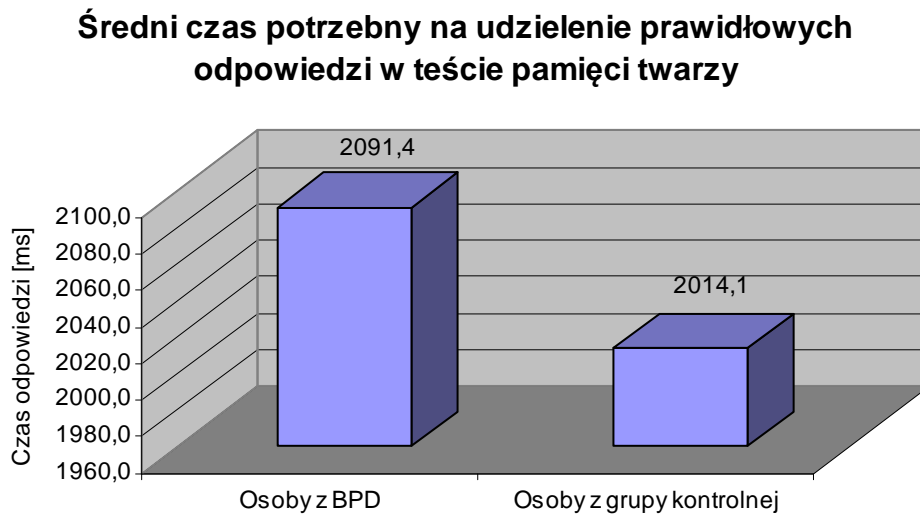


Ryc 4. Graficzne przedstawienie średniej ilości prawidłowo udzielonych odpowiedzi w teście pamięci twarzy dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W odniesieniu do średniego czasu potrzebnego na udzielenie prawidłowych odpowiedzi w teście pamięci twarzy, wynosi on dla osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza: 2091,4 milisekund, a dla osób z grupy kontrolnej: 2014,1 milisekund.

¹ Skrót stosowany na wykresach i tabelkach „Osoby z BPD” oznacza „grupę osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza”. (BPD – skrót od *Borderline Personality Disorder*)

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:



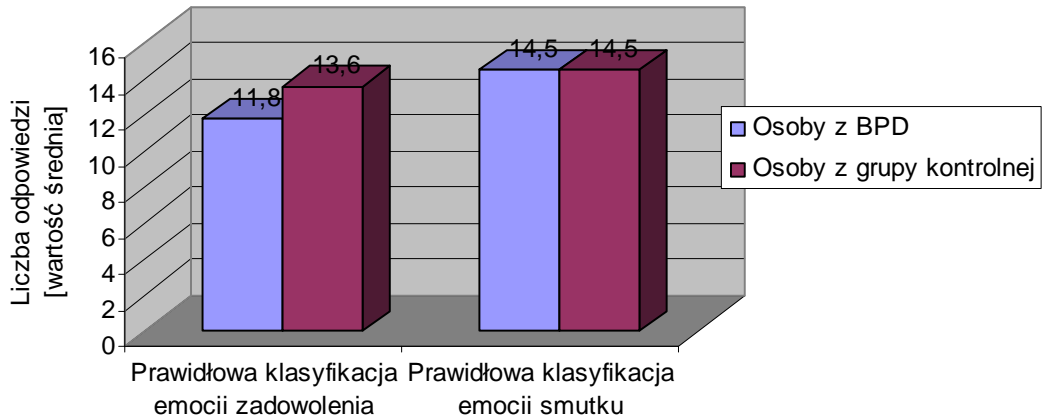
Ryc 5. Graficzne przedstawienie średniego czasu potrzebnego na udzielenie prawidłowych odpowiedzi w teście pamięci twarzy dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

3.1.1.2. Zdolność do prawidłowego rozpoznania nasilenia emocji (zadowolenia i smutku)

Z badań wynika, iż osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza w teście różnic nasilenia emocji, który mierzy zdolność prawidłowego rozpoznania nasilenia emocji (radości i smutku), w odniesieniu do prawidłowej klasyfikacji emocji zadowolenia wykazują średni wynik: 11,8, zaś w odniesieniu do prawidłowej klasyfikacji emocji smutku: 14,5, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik w tym teście, w odniesieniu do prawidłowej klasyfikacji emocji zadowolenia: 13,6, zaś w odniesieniu do prawidłowej klasyfikacji emocji smutku: 14,5. W teście tym maksymalnie można było uzyskać wynik: dla prawidłowej klasyfikacji emocji zadowolenia: 19, dla prawidłowej klasyfikacji emocji smutku: 21.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

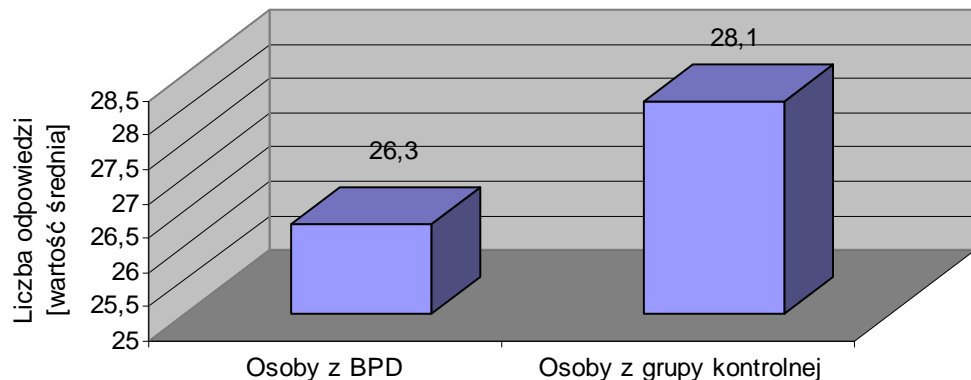
Prawidłowa klasyfikacja emocji zadowolenia i smutku



Ryc 6. Graficzne przedstawienie średnich wartości prawidłowych klasyfikacji emocji zadowolenia i smutku dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W odniesieniu natomiast do średniej wartości dokonywania prawidłowych klasyfikacji emocji zadowolenia i smutku (łącznie) na twarzach innych osób wynosi odpowiednio dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza: 26,3, natomiast dla osób z grupy kontrolnej 28,1. Maksymalnie można w teście tym uzyskać 40 punktów. Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

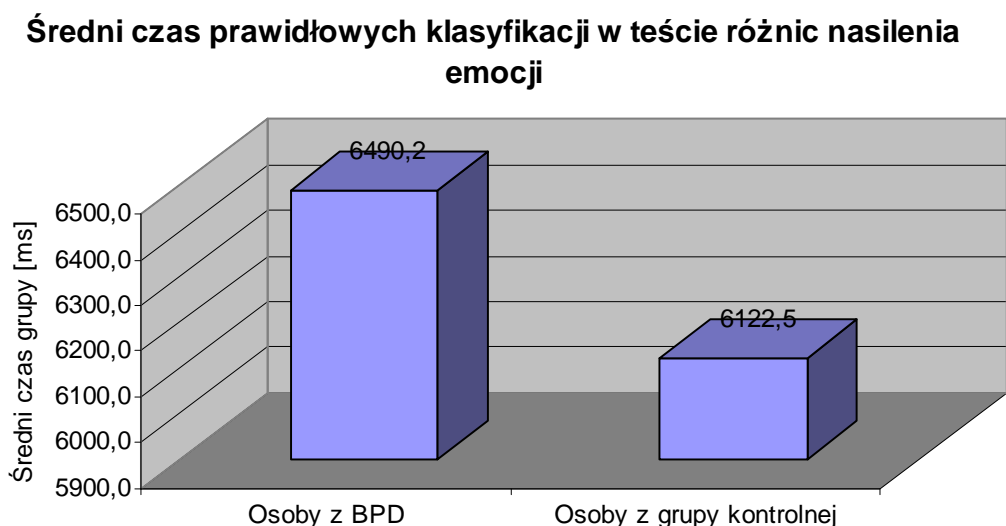
Suma prawidłowych odpowiedzi dla rozpoznawania nasilenia radości i smutku



Ryc 7. Graficzne przedstawienie średniej wartości prawidłowych klasyfikacji zadowolenia i smutku (łącznie) dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W odniesieniu do średniego czasu wykonywania testu różnic nasilenia emocji, wynosi on dla osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza: 6490,2 milisekundy, a dla osób z grupy kontrolnej: 6122,5 milisekundy.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:



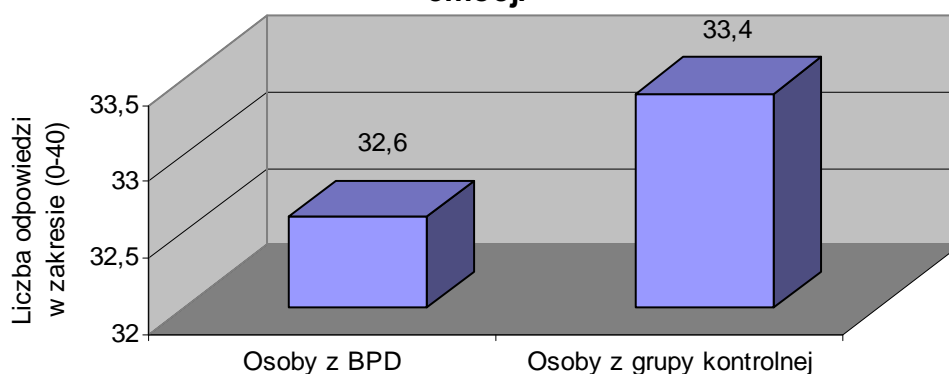
Ryc 8. Graficzne przedstawienie średniego czasu potrzebnego na udzielenie prawidłowych odpowiedzi w teście różnic nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

3.1.1.3. Zdolność do prawidłowego rozpoznania emocji podstawowych

Z badań wynika, iż osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza w teście rozpoznawania emocji, który mierzy zdolność prawidłowego rozpoznania emocji na twarzach innych osób, w odniesieniu do liczby prawidłowych klasyfikacji wykazują średni wynik: 32,6, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik w tym teście: 33,4. W teście tym maksymalnie można było uzyskać wynik: 40.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

Liczba prawidłowych klasyfikacji w teście rozpoznawania emocji

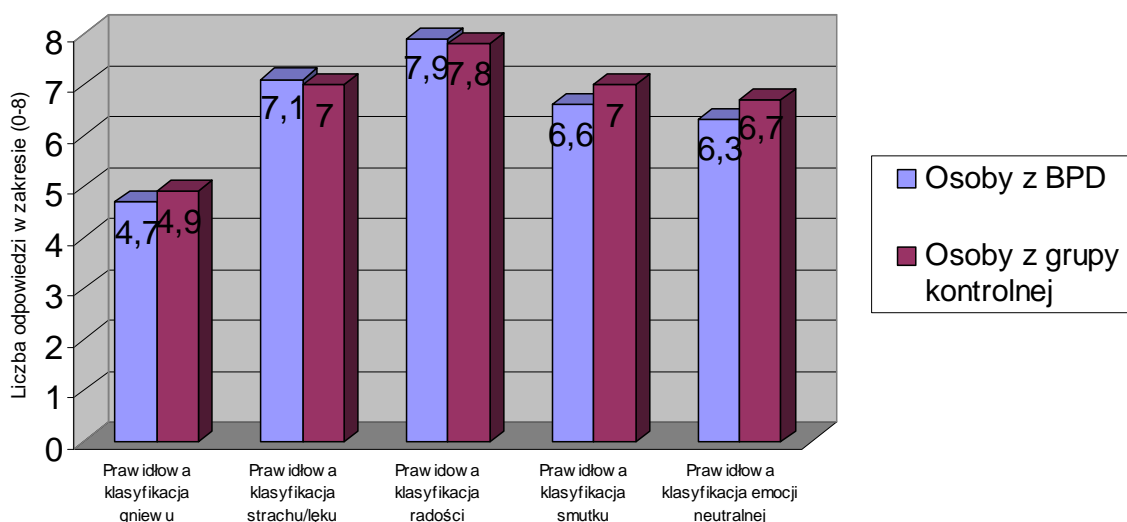


Ryc 9. Graficzne przedstawienie średniej ilości prawidłowych klasyfikacji w teście rozpoznawania emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W odniesieniu natomiast do trafnego rozpoznawania poszczególnych emocji podstawowych, osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik dla prawidłowych klasyfikacji gniewu: 4,7; strachu/lęku: 7,1; radości 7,9; smutku 6,6; a dla prawidłowych klasyfikacji emocji neutralnej: 6,3. Osoby z grupy kontrolnej zaś uzyskały średni wynik dla prawidłowych klasyfikacji gniewu: 4,9; strachu/lęku: 7; radości 7,8; smutku 7; a dla prawidłowych klasyfikacji emocji neutralnej: 6,7. Dla każdej emocji można było uzyskać maksymalnie 8 punktów.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

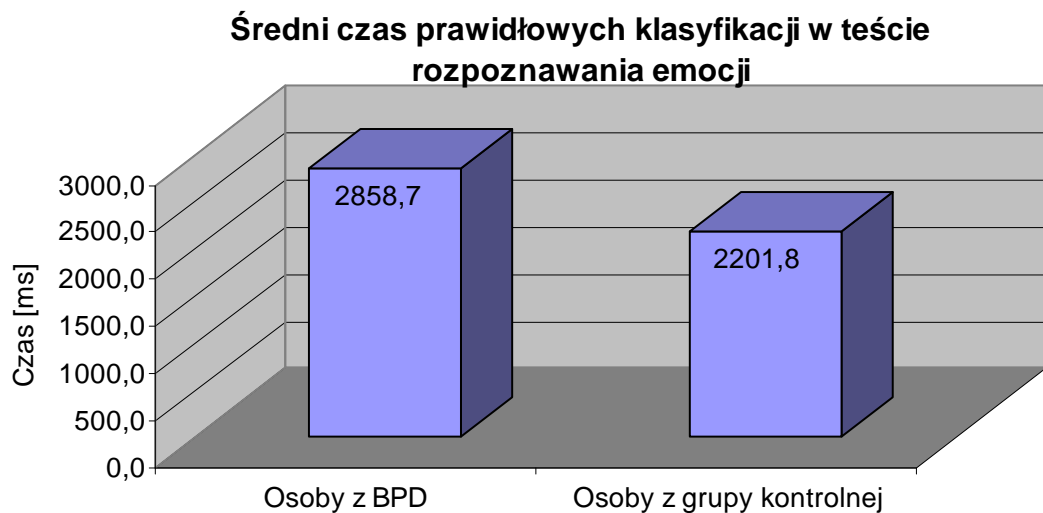
Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji poszczególnych emocji



Ryc 10. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowych klasyfikacji gniewu, strachu/lęku, radości, smutku, emocji neutralnej w teście rozpoznawania emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W odniesieniu do średniego czasu prawidłowych klasyfikacji testu rozpoznawania emocji, wynosi on dla osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza: 2858,7 milisekundy, a dla osób z grupy kontrolnej: 2201,8 milisekundy.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:



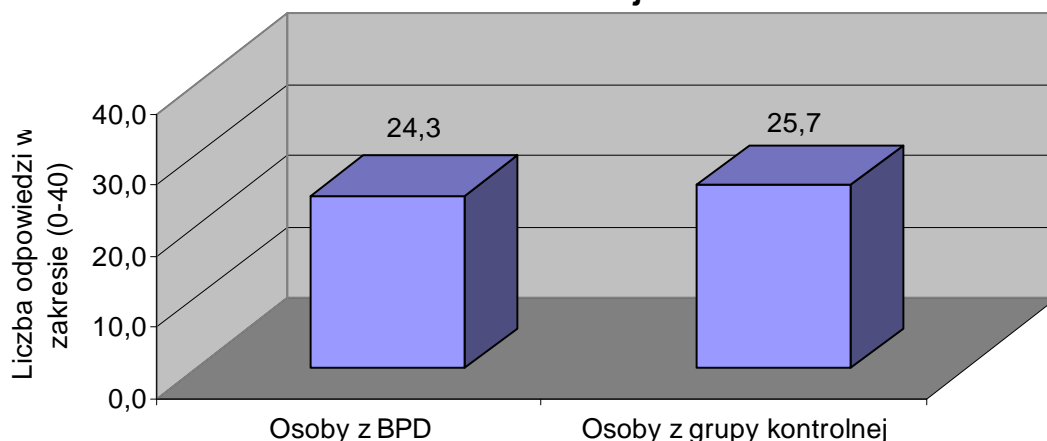
Ryc 11. Graficzne przedstawienie średniej wartości czasu prawidłowych klasyfikacji w teście rozpoznawania emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

3.1.1.4. Zdolność do trafnego rozpoznawania wyrazistości emocji

Z badań wynika, iż osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza w teście oceny nasilenia emocji, który mierzy zdolność prawidłowego rozpoznania emocji na twarzach innych osób i stopnia ich nasilenia, w odniesieniu do liczby prawidłowych odpowiedzi wykazują średni wynik: 24,3, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik w tym teście: 25,7. W teście tym maksymalnie można było uzyskać wynik: 40.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

Średnia liczba prawidłowych odpowiedzi w teście oceny nasilenia emocji

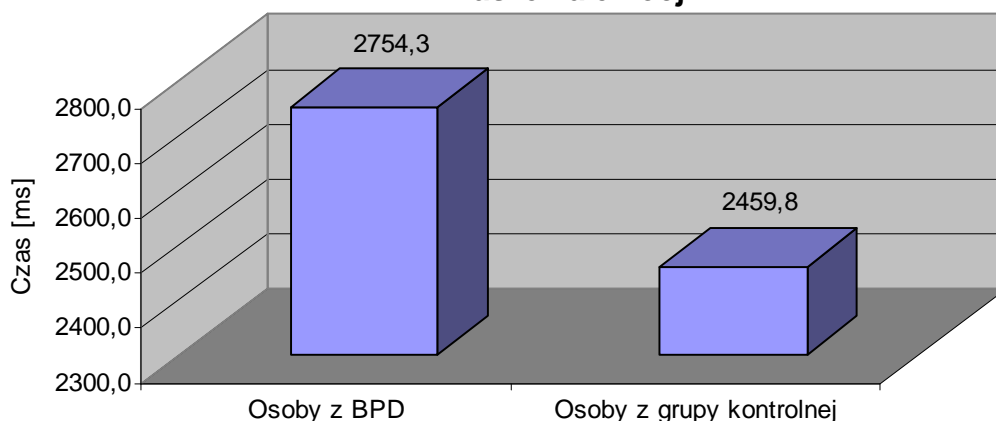


Ryc 12. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowych odpowiedzi w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W odniesieniu do średniego czasu udzielania prawidłowych odpowiedzi w teście oceny nasilenia emocji, wynosi on dla osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza: 2754,3 milisekundy, a dla osób z grupy kontrolnej: 2459,8 milisekundy.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

Średni czas udzielania prawidłowych odpowiedzi w teście nasilenia emocji

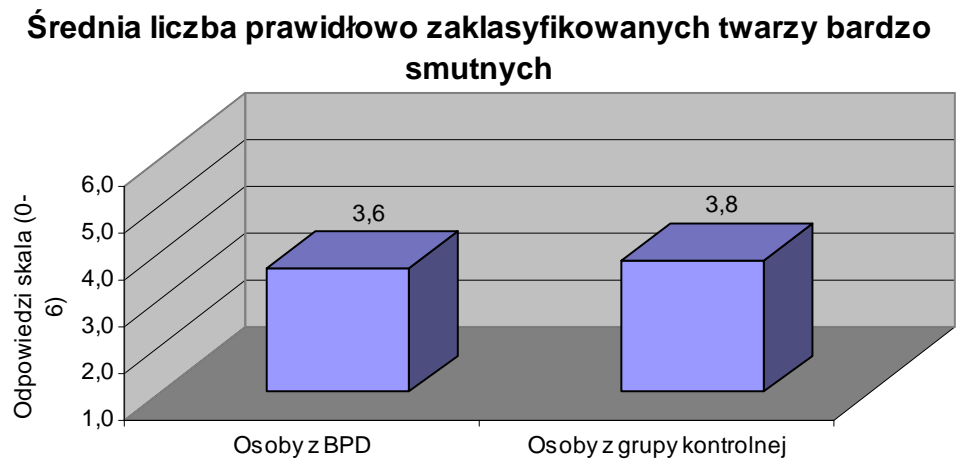


Ryc 13. Graficzne przedstawienie średniej wartości czasu prawidłowych odpowiedzi w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

Rozpatrując adekwatność oceny stopnia nasilenia emocji smutku na twarzy innych osób, osoby z grupy z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych: 3,6, a dla łagodnie i średnio

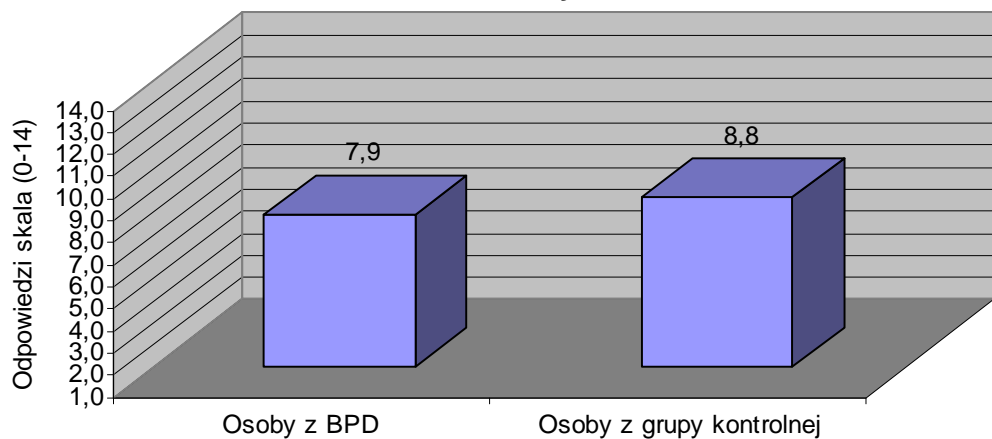
smutnych: 7,9. Natomiast osoby z grupy kontrolnej odpowiednio dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych: 3,8, a dla łagodnie i średnio smutnych: 8,8. Przy czym w zakresie liczby prawidłowego zaklasyfikowania twarzy bardzo smutnych możliwy maksymalny wynik to: 6, a dla łagodnie i średnio smutnych: 14.

Graficzne przedstawienie wyników zawierają wykresy poniżej:



Ryc 14. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

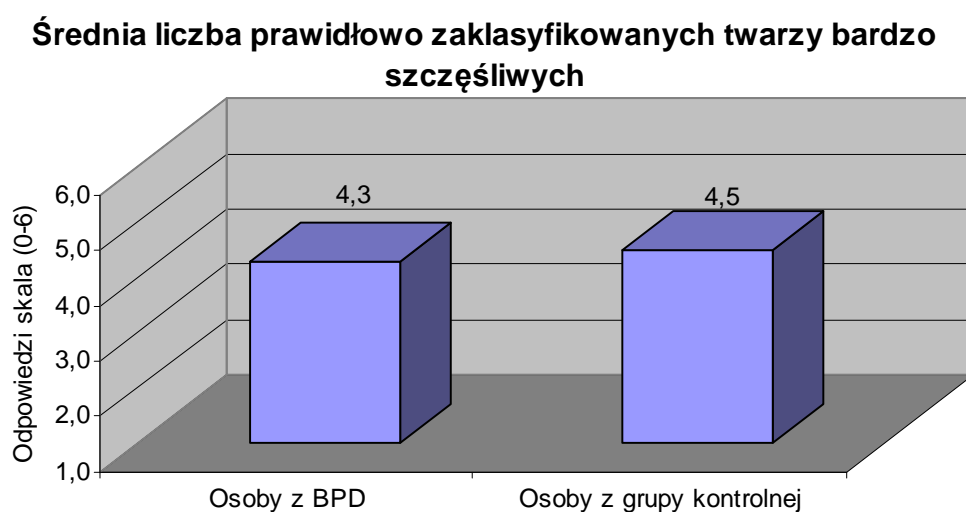
Średnia liczba prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych



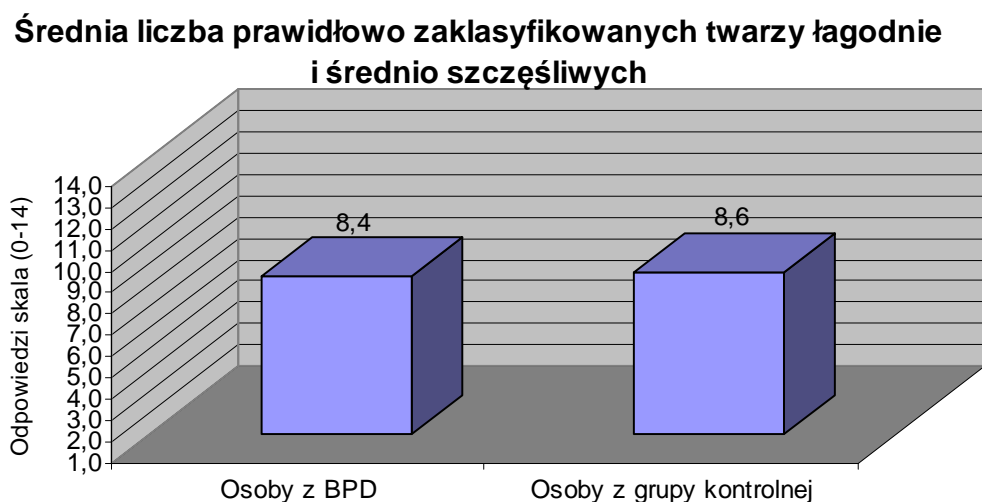
Ryc 15. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

Natomiast rozpatrując adekwatność oceny stopnia nasilenia emocji szczęścia na twarzy innych osób, osoby z grupy z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych: 4,3, a dla łagodnie i średnio szczęśliwych: 8,4. Natomiast osoby z grupy kontrolnej odpowiednio dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych: 4,5, a dla łagodnie i średnio szczęśliwych: 8,6. Przy czym w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych możliwy maksymalny wynik to: 6, a dla łagodnie i średnio szczęśliwych: 14.

Graficzne przedstawienie wyników zawierają wykresy poniżej:



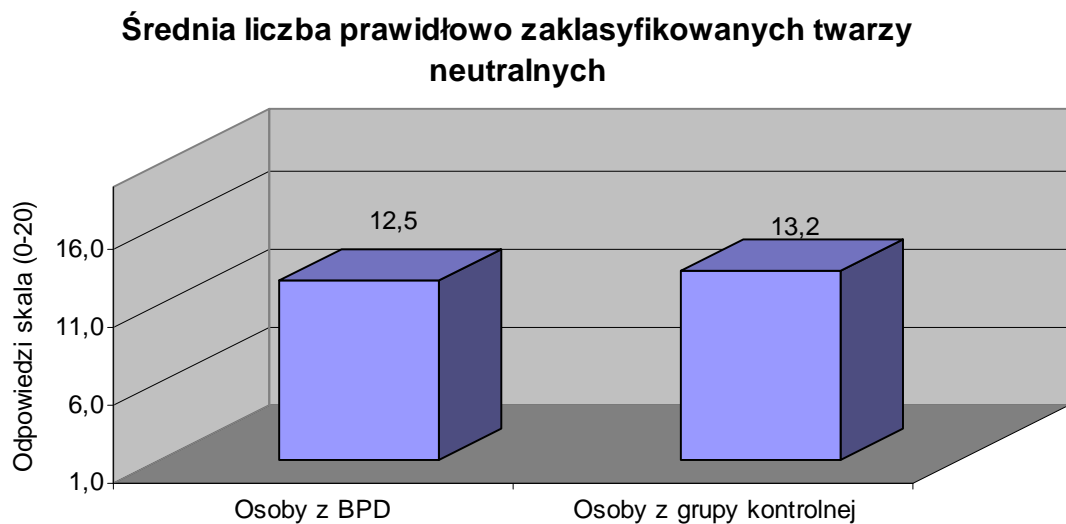
Ryc 16. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.



Ryc 17. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio szczęśliwych w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

W doniesieniu natomiast do liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych, osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują średni wynik w teście oceny nasilenia emocji: 12,5, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik: 13,2. W zakresie rozpoznania wyrazów twarzy neutralnych, możliwy maksymalny wynik to: 20.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:



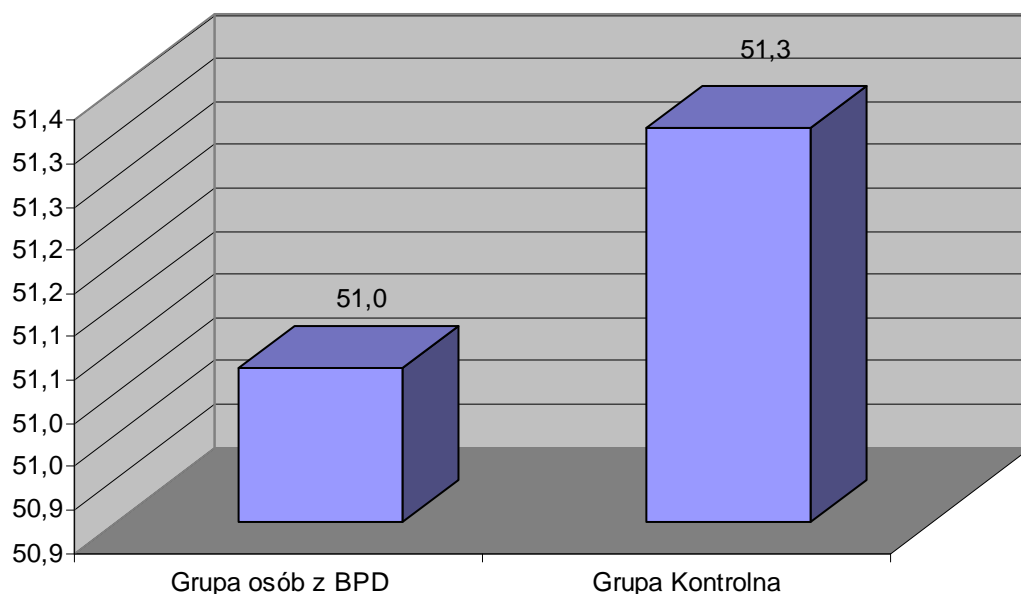
Ryc 18. Graficzne przedstawienie średniej liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych w teście oceny nasilenia emocji dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i grupy kontrolnej.

3.1.2. Postrzeganie motywów postępowania innych ludzi

Z badań wynika, iż osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują średni wynik w teście do oceny „teorii umysłu” (ToMC): 51, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik w tym teście: 51,3. W teście tym maksymalnie można było uzyskać wynik: 59.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

Średni wynik w teście ToMC

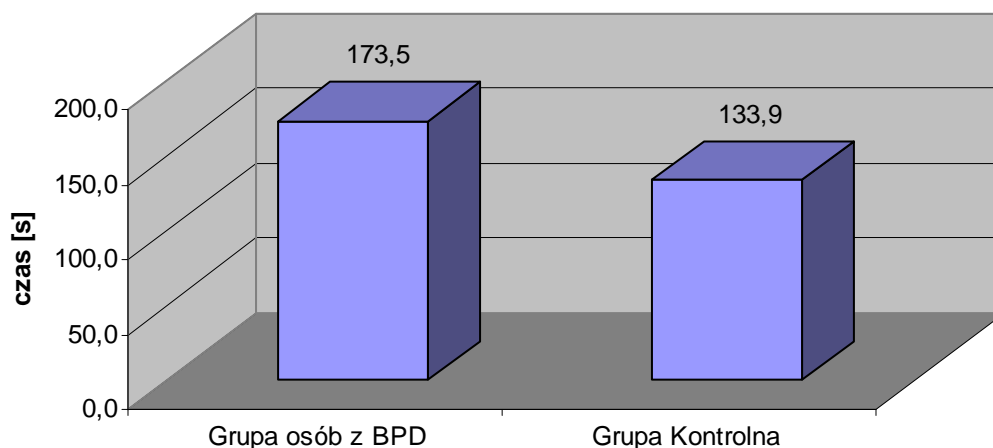


Ryc 19. Średni wynik w teście do oceny „teorii umysłu” (ToMC) w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

W odniesieniu do średniego czasu wykonywania testu do oceny „teorii umysłu”, wynosi on dla osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza: 173,5 sekundy, a dla osób z grupy kontrolnej: 133,9 sekund.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:

Średni czas wykonywania testu ToMC

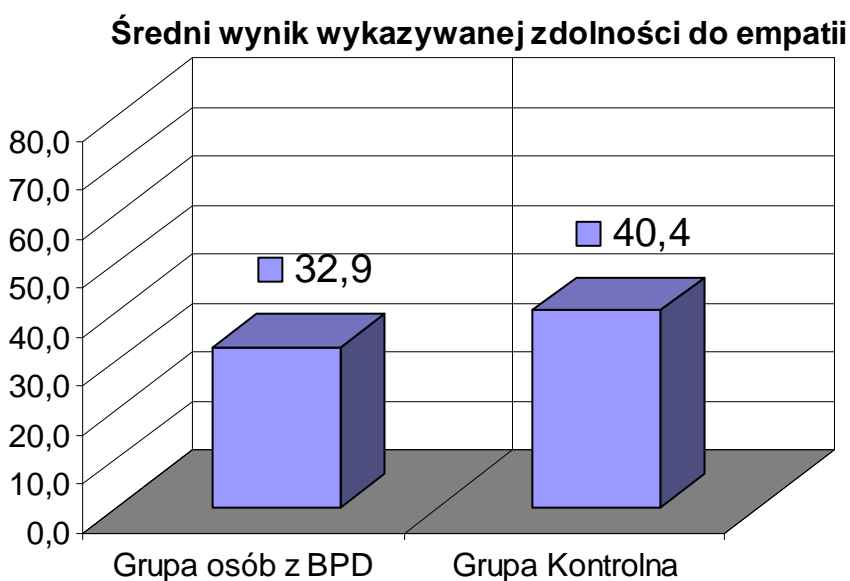


Ryc 20. Średni czas wykonania testu do oceny „teorii umysłu” (ToMC) w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

3.1.3. Wykazywana zdolność do empatii

Z badań wynika, iż osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują średni wynik w wykazywanej zdolności do empatii: 32,9, natomiast osoby bez zaburzenia osobowości z pogranicza uzyskały średni wynik w wykazywanej zdolności do empatii: 40,4. Maksymalnie w teście EQ (The Empathy Quotient) osoba badana może uzyskać 80 punktów.

Graficzne przedstawienie wyników zawiera wykres poniżej:



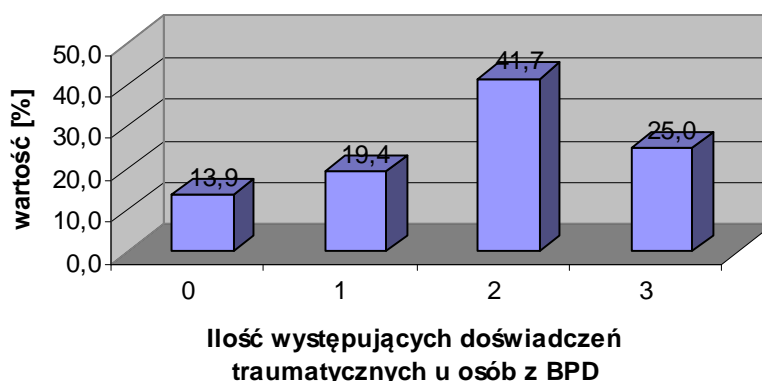
Ryc 21. Średni wynik w teście EQ w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

3.1.4. Występowanie doświadczeń traumatycznych

Z badań wynika, iż w dzieciństwie osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza często miał miejsce co najmniej jeden rodzaj wydarzenia traumatycznego. I tak jeden rodzaj wydarzenia traumatycznego wystąpił w okresie dzieciństwa u 19,4% osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Dwa rodzaje wydarzeń u 41,7% i trzy u 25%. Tylko u 13,9% nie wystąpiło żadne wydarzenie traumatyczne. Natomiast w grupie kontrolnej, jest to odpowiednio: jeden rodzaj wydarzenia traumatycznego u 19,4%, dwa rodzaje u 5,5%, trzy rodzaje u 0%. Brak doświadczeń traumatycznych zadeklarowało natomiast 75% osób z grupy kontrolnej.

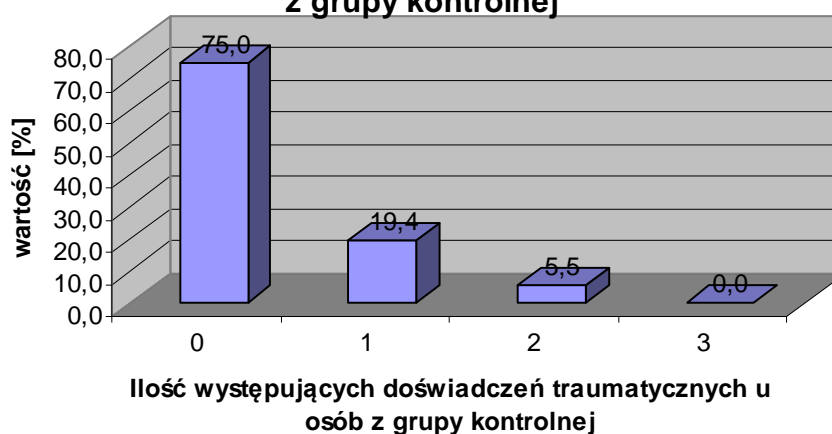
Graficzne przedstawienie wyników zawierają wykresy poniżej:

Częstość występowania doświadczeń traumatycznych u osób z BPD



Ryc 22. Graficzne przedstawienie średniej wartości ilości występujących doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD).

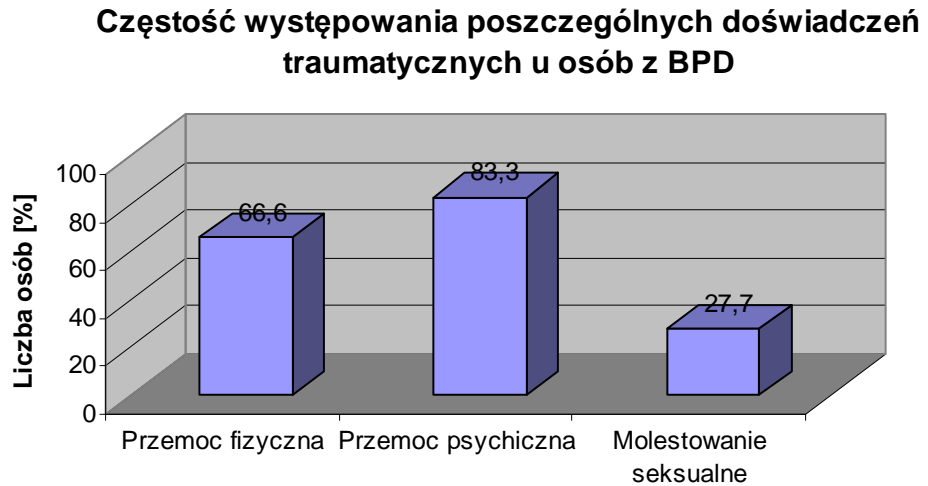
Częstość występowania doświadczeń traumatycznych u osób z grupy kontrolnej



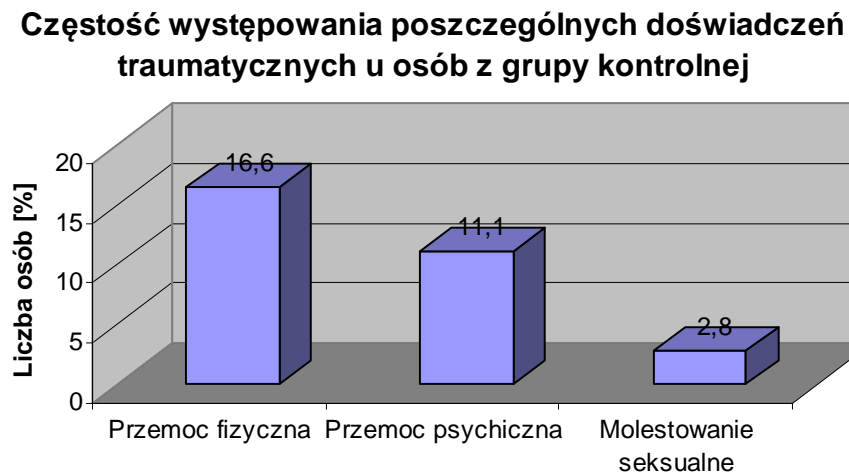
Ryc 23. Graficzne przedstawienie średniej wartości ilości występujących doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa dla osób z grupy kontrolnej.

W odniesieniu natomiast do rodzaju występujących doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa, to wyniki w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza kształtują się następująco: przemoc fizyczna wystąpiła u 66,6% osób, przemoc psychiczna 83,3%, a molestowanie seksualne u 27,7%. W grupie kontrolnej: przemoc fizyczna wystąpiła u 16,6% osób, przemoc psychiczna u 11,1%, a molestowanie seksualne u 2,8% osób.

Graficzne przedstawienie wyników zawierają wykresy poniżej:



Ryc 24. Graficzne przedstawienie średniej częstości występowania poszczególnych doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD).



Ryc 25. Graficzne przedstawienie średniej częstości występowania poszczególnych doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa dla osób z grupy kontrolnej.

3.2. Weryfikacja hipotez

W niniejszym rozdziale zostanie podjęta analiza wyników i ich interpretacja w odniesieniu do wcześniej postawionych problemów badawczych i hipotez. W analizie statystycznej przyjęto za element decydujący o przyjęciu bądź odrzuceniu hipotezy badawczej wartość współczynnika istotności p na poziomie 0,05. Wobec tego, obliczenia statystyczne w których $p < 0,05$ uznane są za istotne, a hipotezy badawcze zostają przyjęte. W sytuacji gdy

$p > 0,05$ wynik uznany jest za nieistotny, a hipoteza badawcza zostaje odrzucona na korzyść hipotezy zerowej.

Głównym problemem badawczym postawionym w tej pracy jest pytanie:

Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują zaburzenia poznania społecznego?

W związku z powyższym postawiono sześć problemów szczegółowych, według których teraz zostaną omówione wyniki uzyskane z przeprowadzonych badań.

Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób?

W celu zweryfikowania tego problemu badawczego postawiono następującą hipotezę:

Hipoteza 1

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób.

H₁: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób.

Aby sprawdzić tak postawioną hipotezę porównano wyniki osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza i kontrolnej w baterii testów neuropsychologicznych opracowanych na Uniwersytecie Pensylwanii - The University of Pennsylvania Computerized Neuropsychological Test Battery, na który składają się cztery testy: test pamięci twarzy, test oceny nasilenia emocji, test rozpoznawania emocji oraz test różnic nasilenia emocji.

Analiza wyników testu pamięci twarzy

Aby sprawdzić czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują się podobną zdolnością do zapamiętywania twarzy innych osób, jak osoby z grupy kontrolnej, porównano średni wynik w teście pamięci twarzy w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia ilość prawidłowo udzielonych odpowiedzi w teście pamięci twarzy (0-40)					p=0,907
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	31,6	4,5	0,8	
Kontrolna	36	31,7	3,4	0,6	

Tabela 3: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście pamięci twarzy w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w teście pamięci twarzy wynik o 0,1 niższy niż osoby z grupy kontrolnej, co stanowi bardzo nieznaczną różnicę. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .907), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia zapamiętywania twarzy innych ludzi, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu zapamiętują twarze innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

Ponadto sprawdzono czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu potrzebnego do rozpoznania zapamiętanych twarzy innych osób. W celu sprawdzenia tego porównano średni czas rozpoznawania zapamiętanych twarzy w teście pamięci twarzy w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim czasem osób z grupy kontrolnej.

Średni czas potrzebny na udzielenie prawidłowych odpowiedzi w teście pamięci twarzy					p=0,645
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik (ms)	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	2091,4	820,1	136,7	
Kontrolna	36	2014,1	576,9	96,1	

Tabela 4: Średnia i odchylenia standardowe średniego czasu rozpoznawania zapamiętanych twarzy w teście pamięci twarzy w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w teście pamięci twarzy wynik o 77,3 milisekund wyższy niż osoby z grupy kontrolnej, co stanowi bardzo nieznaczną różnicę. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .645), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem czasu rozpoznawania zapamiętanych twarzy innych ludzi, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym czasie rozpoznają zapamiętane twarze innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

Analiza wyników testu różnic nasilenia emocji

Aby sprawdzić czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują się podobną zdolnością do różnicowania nasilenia emocji, jak osoby z grupy kontrolnej, porównano średnie wyniki dla obu tych grup, w teście różnic nasilenia emocji dla:

- a. adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji (w ogóle),
- b. adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji radości,
- c. adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji smutku,
- d. średniego czasu potrzebnego do prawidłowych klasyfikacji emocji (w ogóle) na twarzy innych osób.

ad a. Porównanie średniego wyniku w teście różnic nasilenia emocji dla adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji (w ogóle), w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średni wynik prawidłowych klasyfikacji emocji zadowolenia i smutku łącznie (0-40)					p=0,139
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	26,3	6,4	1,1	
Kontrolna	36	28,1	3,6	0,6	

Tabela 5: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście różnic nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji (w ogóle) w teście różnic nasilenia emocji wynik niższy o 1,8 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.139), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji (w ogóle), w teście różnic nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu adekwatnie rozpoznają nasilenie emocji (w ogóle) na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad b. Porównanie średniego wyniku w teście różnic nasilenia emocji dla adekwatnego klasyfikowania emocji zadowolenia, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia ilość prawidłowej klasyfikacji emocji zadowolenia (0-19)					p=0,03
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	11,8	4,3	0,7	
Kontrolna	36	13,6	2,5	0,4	

Tabela 6: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście różnic nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie adekwatnego klasyfikowania emocji zadowolenia w teście różnic nasilenia emocji wynik o 1,8 niższy niż osoby z grupy kontrolnej, co stanowi nieznaczną różnicę. Aby sprawdzić, czy

otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu jest istotna (wyniosła .030), stwierdzić można, że istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatnego klasyfikowania emocji zadowolenia w teście różnic nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza mniej adekwatnie klasyfikują emocje zadowolenia na twarzy innych ludzi w porównaniu do osób bez tego zaburzenia.

ad c. Porównanie średniego wyniku w teście różnic nasilenia emocji dla prawidłowego klasyfikowania emocji smutku, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia ilość prawidłowego klasyfikowania emocji smutku (0-21)					
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	p=1,0
Osoby z BPD	36	14,5	3,0	0,5	
Kontrolna	36	14,5	2,0	0,3	

Tabela 7: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście różnic nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie prawidłowego klasyfikowania emocji smutku w teście różnic nasilenia emocji taki sam wynik, jak osoby z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 1.0), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia prawidłowego klasyfikowania emocji smutku w teście różnic nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo klasyfikują emocję smutku na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad d. Ponadto sprawdzono czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu potrzebnego do prawidłowych klasyfikacji emocji (w ogóle) na twarzy innych osób. W celu sprawdzenia tego porównano średni czas prawidłowego klasyfikowania emocji (w ogóle) na twarzy innych osób w teście różnic nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim czasem osób z grupy kontrolnej.

Średni czas prawidłowych klasyfikacji				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik (ms)	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	6490,2	3394,8	565,8
Kontrolna	36	6122,5	2356,2	392,7

Tabela 8: Średnia i odchylenia standardowe średniego czasu prawidłowych klasyfikacji w teście różnic nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w teście różnic nasilenia emocji wynik o 367,7 milisekund wyższy niż osoby z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .595), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu potrzebnego do prawidłowych klasyfikacji emocji (w ogóle) na twarzy innych osób, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym czasie dokonują prawidłowych klasyfikacji emocji (w ogóle) na twarzy innych osób, jak osoby bez tego zaburzenia.

Analiza wyników testu rozpoznawania emocji

Aby sprawdzić czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują się podobną trafnością rozpoznawania emocji podstawowych (gniewu, smutku, radości i strachu), jak osoby z grupy kontrolnej, porównano średni wynik w teście rozpoznawania emocji, dla liczby prawidłowych klasyfikacji, średniego czasu prawidłowych klasyfikacji, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej. Ponadto porównano średnie wyniki uzyskane przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w stosunku do osób z grupy kontrolnej w odniesieniu do każdej z emocji podstawowych z osobna.

- Porównanie średniego wyniku w teście rozpoznawania emocji dla liczby prawidłowych klasyfikacji, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji (0-40)					p=0,26
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	32,6	3,5	0,6	
Kontrolna	36	33,4	2,1	0,3	

Tabela 9: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji, w teście rozpoznawania emocji, wynik niższy o 0,8 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.26), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji, w teście rozpoznawania emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo rozpoznają emocje podstawowe na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

- Porównanie średniego czasu prawidłowych klasyfikacji emocji podstawowych łącznie na twarzy innych osób, w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim czasem osób z grupy kontrolnej.

Średni czas prawidłowych klasyfikacji emocji					p=0,102
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik (ms)	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	2858,7	2318,5	386,4	
Kontrolna	36	2201,8	518,5	86,4	

Tabela 10: Średnia i odchylenia standardowe średniego czasu prawidłowych klasyfikacji w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w teście rozpoznawania emocji wynik o 656,9 milisekund wyższy niż osoby z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .102), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu prawidłowych klasyfikacji emocji podstawowych łącznie na twarzach innych osób, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym czasie dokonują trafnego rozpoznawania emocji podstawowych łącznie na twarzach innych osób, jak osoby bez tego zaburzenia.

- Porównanie średniego wyniku w teście rozpoznawania emocji dla liczby prawidłowych klasyfikacji emocji - gniewu, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji gniewu (0-8)					p=0,651
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	4,7	1,5	0,3	
Kontrolna	36	4,9	1,0	0,2	

Tabela 11: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji gniewu, w teście rozpoznawania emocji, wynik niższy o 0,2 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.651), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji gniewu, w teście rozpoznawania emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo rozpoznają emocję gniewu na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

- Porównanie średniego wyniku w teście rozpoznawania emocji dla liczby prawidłowych klasyfikacji strachu, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji strachu (0-8)				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	7,1	1,2	0,2
Kontrolna	36	7,0	1,1	0,2

Tabela 12: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji strachu, w teście rozpoznawania emocji, wynik wyższy o 0,1 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.690), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji strachu, w teście rozpoznawania emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo rozpoznają emocję strachu na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

- Porównanie średniego wyniku w teście rozpoznawania emocji dla liczby prawidłowych klasyfikacji radości, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji radości (0-8)				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	7,7	0,5	0,1
Kontrolna	36	7,6	0,5	0,1

Tabela 13: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji radości, w teście rozpoznawania emocji, wynik wyższy o 0,1 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest

istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.101), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji radości, w teście rozpoznawania emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo rozpoznają emocję radości na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

- Porównanie średniego wyniku w teście rozpoznawania emocji dla liczby prawidłowych klasyfikacji smutku, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji smutku (0-8)					p=0,205
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	6,6	1,5	0,3	
Kontrolna	36	7,0	1,2	1,5	

Tabela 14: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji smutku, w teście rozpoznawania emocji, wynik niższy o 0,4 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.205), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji smutku, w teście rozpoznawania emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo rozpoznają emocję smutku na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

- Porównanie średniego wyniku w teście rozpoznawania emocji dla liczby prawidłowych klasyfikacji emocji neutralnej, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych klasyfikacji emocji neutralnej (0-8)				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	6,3	1,8	0,3
Kontrolna	36	6,7	1,5	0,3

Tabela 15: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji emocji neutralnej, w teście rozpoznawania emocji, wynik niższy o 0,4 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunki o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.275), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych klasyfikacji emocji neutralnej, w teście rozpoznawania emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu prawidłowo rozpoznają neutralny wyraz twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

Analiza wyników testu oceny nasilenia emocji

Aby sprawdzić czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują się podobną trafnością rozpoznawania wyrazistości emocji, jak osoby z grupy kontrolnej, porównano średnie wyniki dla obu grup, w teście oceny nasilenia emocji dla:

- a. liczby prawidłowych odpowiedzi,
- b. średniego czasu prawidłowych odpowiedzi
- c. liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych,
- d. liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio szczęśliwych,
- e. liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych,
- f. liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych,
- g. liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych.

ad a. Porównanie średniego wyniku w teście oceny nasilenia emocji dla liczby prawidłowych odpowiedzi, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowych odpowiedzi (0-40)				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	24,3	6,4	1,1
Kontrolna	36	25,7	5	0,8

$p=0,298$

Tabela 16: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowych odpowiedzi, w teście oceny nasilenia emocji, wynik niższy o 1,4 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.298), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowych odpowiedzi, w teście oceny nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym zakresie adekwatnie rozpoznają nasilenie emocji smutku i radości łącznie na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad b. Porównanie średniego czasu prawidłowych odpowiedzi, w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim czasem osób z grupy kontrolnej.

Średni czas prawidłowych odpowiedzi				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni Wynik [ms]	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	2754,3	1508	251,3
Kontrolna	36	2459,8	810,1	135

$p=0,306$

Tabela 17: Średnia i odchylenia standardowe średniego czasu prawidłowych odpowiedzi w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w teście oceny nasilenia emocji wynik o 249,5 milisekund wyższy niż osoby z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla

danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .306), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu prawidłowych odpowiedzi, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym czasie adekwatnie rozpoznają nasilenie emocji smutku i radości łącznie na twarzach innych osób, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad c. Porównanie średniego wyniku w teście oceny nasilenia emocji dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych (0-6)					p=0,463
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	4,3	1,3	0,2	
Kontrolna	36	4,5	1,2	0,2	

Tabela 18: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych, w teście oceny nasilenia emocji, wynik niższy o 0,222 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.463), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo szczęśliwych, w teście oceny nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym zakresie adekwatnie rozpoznają twarz bardzo szczęśliwą, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad d. Porównanie średniego wyniku w teście oceny nasilenia emocji dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio szczęśliwych, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio szczęśliwych (0-14)					p=0,789
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	8,4	3,2	0,5	
Kontrolna	36	8,6	2,9	0,5	

Tabela 19: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio szczęśliwych, w teście oceny nasilenia emocji, wynik niższy o 0,2 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.789), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio szczęśliwych, w teście oceny nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym zakresie adekwatnie rozpoznają twarz łagodnie i średnio szczęśliwą, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad e. Porównanie średniego wyniku w teście oceny nasilenia emocji dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych (0-6)					p=0,591
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	3,6	1,4	0,2	
Kontrolna	36	3,8	1,2	0,2	

Tabela 20: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych, w teście oceny nasilenia emocji, wynik niższy o 0,2 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.591), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy bardzo smutnych, w teście oceny nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym zakresie adekwatnie rozpoznają twarz bardzo smutną, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad f. Porównanie średniego wyniku w teście oceny nasilenia emocji dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych (0-14)					p=0,19
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby BPD	36	7,9	2,7	0,5	
Kontrolna	36	8,8	2,6	0,4	

Tabela 21: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych, w teście oceny nasilenia emocji, wynik niższy o 0,9 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.834), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy łagodnie i średnio smutnych, w teście oceny nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym zakresie adekwatnie rozpoznają twarz łagodnie i średnio smutną, jak osoby bez tego zaburzenia.

ad g. Porównanie średniego wyniku w teście oceny nasilenia emocji dla liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych, w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Średnia liczba prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych (0-20)				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osoby z BPD	36	12,5	3,9	0,6
Kontrolna	36	13,5	3,6	0,6

$p=0,456$

Tabela 22: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście oceny nasilenia emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych, w teście oceny nasilenia emocji, wynik niższy o 1 w stosunku do osób z grupy kontrolnej. Aby sprawdzić, czy otrzymany wynik jest istotny statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.456), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi w zakresie liczby prawidłowo zaklasyfikowanych twarzy neutralnych, w teście oceny nasilenia emocji, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym zakresie adekwatnie rozpoznają twarz neutralną, jak osoby bez tego zaburzenia.

Na podstawie powyższej analizy wyników uzyskanych przez osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza w stosunku do grupy kontrolnej w baterii testów neuropsychologicznych opracowanych na Uniwersytecie Pensylwanii – Testach rozpoznawania emocji twarzy PENN, stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób, co oznacza, iż należy odrzucić hipotezę badawczą H_1 na rzecz hipotezy H_0 .

Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi?

W celu zweryfikowania tego problemu badawczego postawiono następującą hipotezę:

Hipoteza 2

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

H₂: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

Aby sprawdzić tak postawioną hipotezę należało porównać średni wynik w teście do oceny „teorii umysłu” w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Adekwatność postrzegania motywów postępowania innych ludzi					p=0,818
GRUPA	Liczebność grupy	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	51	6,3	1,1	
Kontrolna	36	51,3	3,5	0,6	

Tabela 23: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście do oceny „teorii umysłu” w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały w teście do oceny „teorii umysłu” wynik o 0,3 niższy niż osoby z grupy kontrolnej, co stanowi bardzo nieznaczną różnicę. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .818), stwierdzić można, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza

w podobnym stopniu postrzegają adekwatnie motywy postępowania innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia.

Aby całkowicie odrzucić hipotezę badawczą H_2 sprawdzono, czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu wykonywania testu do oceny „teorii umysłu”.

W celu sprawdzenia tego, porównano średni czas wykonywania testu do oceny „teorii umysłu” w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnim czasem osób z grupy kontrolnej.

Czas wykonywania testu do oceny „teorii umysłu”				
GRUPA	Liczebność grupy	Średni Wynik [s]	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Osób z BPD	36	173,5	116,3	19,4
Kontrolna	36	133,9	55,9	9,3

Tabela 24: Średnia i odchylenia standardowe czasu wykonywania testu do oceny „teorii umysłu” w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Dla grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza średni czas wykonywania testu wynosił 173,5 sekund, a dla grupy kontrolnej 133,9 sekundy. Aby sprawdzić, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła .071), można więc stwierdzić, że nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem średniego czasu wykonywania testu do oceny „teorii umysłu”.

Ponieważ nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi, ani pod względem średniego czasu wykonywania testu do oceny „teorii umysłu”, należy odrzucić hipotezę badawczą H_2 na rzecz hipotezy H_0 , co oznacza, iż nie stwierdzono, że istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii?

W celu zweryfikowania tego problemu badawczego postawiono następującą hipotezę:

Hipoteza 3:

H₀: Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii.

H₃: Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii.

Aby sprawdzić tak postawioną hipotezę należało porównać średni wynik uzyskany przez osoby z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza w teście EQ ze średnim wynikiem osób z grupy kontrolnej.

Wykazywana zdolność do empatii					p=0,006
GRUPA	Liczebność grupy	Średni Wynik	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	
Osoby z BPD	36	32,9	10,3	1,7	
Kontrolna	36	40,4	7,0	1,2	

Tabela 25: Średnia i odchylenia standardowe wyników w teście EQ w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza uzyskały niższy wynik w teście EQ, niż osoby z grupy kontrolnej. Aby całkowicie odrzucić hipotezę zerową H₀ sprawdzono, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie. W tym celu zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu jest istotna (wyniosła .006) istnieją podstawy do odrzucenia H₀ na rzecz H₃. Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują niższą zdolność do empatii niż osoby bez tego zaburzenia.

Czy istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego?

W celu zweryfikowania tego problemu badawczego postawiono następującą hipotezę:

Hipoteza 4:

H₀: Nie istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.

H₄: Istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.

W celu zweryfikowania tak postawionej hipotezy, sprawdzono czy istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego, tzn. pomiędzy zdolnością do rozpoznawania emocji na twarzach innych osób (test rozpoznawania emocji), a stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii. W tym celu skorzystano z korelacji Pearsona (oznaczenie w tabelach – r).

- Sprawdzenie czy istnieje zależność pomiędzy stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii.

GRUPA		Teorie umysłu	
Grupa osób z BPD	Poziom empatii	r	.164
		p	.340
Grupa Kontrolna	Poziom empatii	r	.006
		p	.973

Tabela 26: Zależność między wskaźnikiem empatii (EQ) a wynikami testu do oceny „teorii umysłu” w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i w grupie kontrolnej (współczynnik korelacji Pearsona - r)

W grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza korelacja ta jest dodatnia (wyniosła .164) oznacza to, iż istnieje słaby stopień zależności między stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.340), stwierdzić można, iż w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie istnieje zależność

między stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii.

Podobny wynik osiągnięto w odniesieniu do grupy kontrolnej, gdzie korelacja również przyjęła wartość dodatnią (wyniosła .006), co oznacza iż w tej grupie również istnieje nikły stopień zależności między stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.973), stwierdzić można, iż w grupie kontrolnej nie istnieje zależność między stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii.

- Sprawdzenie czy istnieje zależność pomiędzy stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym poziomem empatii.

GRUPA			Trafność rozpoznawania emocji
Grupa osób z BPD	Poziom empatii	r	,037
		p	,843
Grupa Kontrolna	Poziom empatii	r	,037
		p	,829

Tabela 27: Zależność między wskaźnikiem empatii (EQ) a wynikami testu rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i w grupie kontrolnej (współczynnik korelacji Pearsona r)

W grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza korelacja ta jest dodatnia (wyniosła .037) oznacza to, iż istnieje słaby stopień zależności między stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym poziomem empatii. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.843), stwierdzić można, iż w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie istnieje zależność między stopniem adekwatności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym poziomem empatii.

Podobny wynik osiągnięto w odniesieniu do grupy kontrolnej, gdzie korelacja również przyjęła wartość dodatnią (wyniosła .037), co oznacza iż w tej grupie istnieje słaby stopień zależności między stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym poziomem empatii. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.829), stwierdzić można, iż w grupie kontrolnej nie istnieje zależność między stopniem adekwatności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym poziomem empatii.

- Sprawdzenie czy istnieje zależność pomiędzy stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

GRUPA			Trafność rozpoznawania emocji
Grupa osób z BPD	Teorie umysłu	r	,024
		p	,829
Grupa Kontrolna	Teorie umysłu	r	,213
		p	,212

Tabela 28: Zależność między wynikami testu do oceny „teorii umysłu” a wynikami testu rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i w grupie kontrolnej (współczynnik korelacji Pearsona -r)

W grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza korelacja ta jest dodatnia (wyniosła .024) oznacza to, iż istnieje nikły stopień zależności między stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.829), stwierdzić można, iż w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie istnieje zależność między stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

Podobny wynik osiągnięto w odniesieniu do grupy kontrolnej, gdzie korelacja również przyjęła wartość dodatnią (wyniosła .213), co oznacza iż w tej grupie również istnieje słaby stopień zależności między stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.212), stwierdzić można, iż w grupie kontrolnej nie istnieje zależność między stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób i wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

W związku z powyższymi danymi, należy odrzucić hipotezę badawczą H_4 na rzecz hipotezy H_0 , co oznacza, że nie istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.

Czy istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego)?

W celu zweryfikowania tego problemu badawczego postawiono następującą hipotezę:

Hipoteza 5:

H_0 : Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.

H_5 : Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.

Aby sprawdzić tak postawioną hipotezę należało porównać średnią częstotliwość występowania wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ze średnią częstotliwością występowania wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osób z grupy kontrolnej.

GRUPA	Liczebność grupy	Średni Wynik [s]	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	p=0,0
Osoby z BPD	36	1,8	1,0	0,2	
Kontrolna	36	0,3	0,6	0,1	

Tabela 29: Średnia i odchylenia standardowe częstotliwości występowania wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osób z grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) i kontrolnej.

Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza częściej niż osoby z grupy kontrolnej doświadczały wydarzeń traumatycznych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa. Aby całkowicie odrzucić hipotezę zerową H_0 sprawdzono, czy otrzymana różnica jest istotna statystycznie. W tym celu zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych, sprawdzając warunek o jednorodności wariancji. Ponieważ wartość statystyki testu jest istotna (wyniosła .000) istnieją podstawy do odrzucenia H_0 na rzecz H_5 . Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.

Czy istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego?

W celu zweryfikowania tego problemu badawczego postawiono następującą hipotezę:

Hipoteza 6:

H_0 : Nie istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego.

H₆: Istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego.

W celu zweryfikowania tak postawionej hipotezy, sprawdzono czy istnieją zależności pomiędzy ilością wydarzeń traumatycznych występujących w okresie dzieciństwa osoby a poszczególnymi elementami poznania społecznego, tzn. pomiędzy zdolnością do rozpoznawania emocji na twarzach innych osób (test rozpoznawania emocji), stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi i wykazywanym poziomem empatii. W tym celu skorzystano z korelacji Pearsona.

- Sprawdzenie czy istnieje zależność pomiędzy ilością wydarzeń traumatycznych występujących w okresie dzieciństwa osoby a zdolnością do rozpoznawania emocji na twarzach innych osób.

GRUPA			Ilość doświadczeń traumatycznych
Grupa osób z BPD	Trafność rozpoznania emocji	r	,053
		p	,745
Grupa Kontrolna	Trafność rozpoznania emocji	r	,232
		p	,173

Tabela 30: Zależność między ilością doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wynikami testu rozpoznawania emocji w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) oraz w grupie kontrolnej (współczynnik korelacji Pearsona - r).

W grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza korelacja ta jest dodatnia (wyniosła .053) oznacza to, iż istnieje nikły stopień zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.745), stwierdzić można, iż w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie istnieje zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób.

Podobny wynik osiągnięto w odniesieniu do grupy kontrolnej, gdzie korelacja również przyjęła wartość dodatnią (wyniosła .232), co oznacza iż istnieje słaby stopień zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.173), stwierdzić można, iż w grupie kontrolnej nie istnieje zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób.

- Sprawdzenie czy istnieje zależność pomiędzy ilością wydarzeń traumatycznych występujących w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

GRUPA			Ilość doświadczeń traumatycznych
Grupa osób z BPD	ToMC	r	,060
		p	,726
Grupa Kontrolna	ToMC	r	,163
		p	,342

Tabela 31: Zależność między ilością doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wynikami testu do oceny „teorii umysłu” (ToMC) w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) oraz w grupie kontrolnej (współczynnik korelacji Pearsona - r).

W grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza korelacja ta jest dodatnia (wyniosła .060) oznacza to, iż istnieje nikły stopień zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.726), stwierdzić można, iż w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie istnieje zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

Podobny wynik osiągnięto w odniesieniu do grupy kontrolnej, gdzie korelacja również przyjęła wartość dodatnią (wyniosła .163), co oznacza iż istnieje słaby stopień zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym

stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.342), stwierdzić można, iż w grupie kontrolnej nie istnieje zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.

- Sprawdzenie czy istnieje zależność pomiędzy ilością wydarzeń traumatycznych występujących w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym poziomem empatii.

GRUPA			Ilość doświadczeń traumatycznych
Grupa osób z BPD	Poziom empatii	r	,373
		p	,025
Grupa Kontrolna	Poziom empatii	r	,150
		p	,359

Tabela 32: Zależność między ilością doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wskaźnikiem empatii (EQ) w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (osoby z BPD) oraz w grupie kontrolnej (współczynnik korelacji Pearsona - r).

W grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza korelacja ta jest dodatnia (wyniosła .373) oznacza to, iż istnieje słaby stopień zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym poziomem empatii. Ponieważ wartość statystyki testu jest istotna (wyniosła 0.025), stwierdzić można, iż w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza istnieje zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym poziomem empatii, czyli im osoba doświadczyła więcej wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa, tym wykazuje wyższy poziom empatii.

Natomiast w odniesieniu do grupy kontrolnej, korelacja przyjęła wartość dodatnią (wyniosła .150), co oznacza iż istnieje słaby stopień zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym poziomem empatii. Ponieważ jednak wartość statystyki testu nie jest istotna (wyniosła 0.359), stwierdzić można, iż

w grupie kontrolnej nie istnieje zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym poziomem empatii.

W związku z powyższymi danymi, nie istnieją jednoznaczne podstawy do odrzucenia H_6 na rzecz H_0 , czyli stwierdzenia, że nie istnieje związek pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego. Brak jednoznaczności jest spowodowany tym, że mimo, iż większość zależności jest nie istotna statystycznie, to otrzymano jedną istotną korelację – jest to zależność między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza a wykazywanym poziomem empatii, czyli im osoba z zaburzeniem osobowości z pogranicza doświadczyła więcej wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa, tym wykazuje wyższy poziom empatii.

3.3. Dyskusja

Celem pracy było rozwiązanie jednego głównego problemu badawczego. Dotyczył on poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Założono, że osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują deficyty w zakresie poznania społecznego.

W wyniku weryfikacji hipotez stwierdzono, że w zakresie pierwszego problemu szczegółowego nie zostało statystycznie potwierdzone, że istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób. Oznacza, to że osoby z tym zaburzeniem w podobnym stopniu zapamiętują twarze innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia, jak również w podobnym czasie rozpoznają zapamiętane twarze innych ludzi. Ponadto stwierdzono, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w podobnym stopniu adekwatnie rozpoznają nasilenie emocji w ogóle, na twarzy innych ludzi, jak osoby bez tego zaburzenia. Zarówno osobom z zaburzeniem osobowości z pogranicza, jak i osobom bez tego zaburzenia, proces ten zajmuje podobną ilość czasu. W odniesieniu do adekwatnego rozpoznawania nasilenia emocji smutku na twarzy innych ludzi również nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości *borderline*, a osobami bez tego zaburzenia. Jednak w odniesieniu do rozpoznawania nasilenia emocji radości na twarzy innych ludzi, okazało się, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza

statystycznie istotnie mniej adekwatnie je rozpoznają. Następnie stwierdzono, iż osoby z zaburzeniem osobowości *borderline* w podobnym stopniu, jak osoby bez tego zaburzenia prawidłowo rozpoznają emocje podstawowe na twarzy innych ludzi i dokonują tego również w podobnym czasie. Również w sytuacji, gdy rozpatrywano każdą z emocji podstawowych osobno, czyli adekwatnie rozpoznawaną emocję gniewu, radości, strachu i smutku, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami bez tego zaburzenia. Nie stwierdzono także statystycznie istotnej różnicy pomiędzy obiema grupami w zakresie prawidłowego rozpoznawania neutralnego wyrazu twarzy. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza oraz osoby bez tego zaburzenia nie różnią się również w zakresie rozpoznawania twarzy bardzo radosnej, nieco radosnej, nieco smutnej i bardzo smutnej, jak również twarzy neutralnej.

Powyższe wyniki nie potwierdzają wniosków Levine i wsp.(1997), Wagner, Linehan, (1999), Minzenberg i wsp. (2006), którzy stwierdzają słabszą zdolność rozpoznawania emocji na podstawie wyrazu twarzy innych osób przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, w porównaniu z osobami bez tego zaburzenia. Jedną z przyczyn odmienności wyników może być fakt zastosowania innych metod badawczych, gdyż przykładowo badania Minzenberg i wsp. (2006) wykorzystywały narzędzia neuropsychologiczne (odnoszące się do aktywności poszczególnych części układu nerwowego i mózgu). Nie znalazły również potwierdzenia wnioski o zwiększonej tendencji tej grupy pacjentów do wykazywania, przy dokonywaniu atrybucji, wrogości, podejrzliwości, czy poczucia bycia zaatakowanym. Jednocześnie, wyniki moich badań częściowo pokrywają się z wnioskiem z cytowanych badań o braku różnic w trafności rozpoznawania izolowanych emocji na podstawie wyrazu twarzy, z wyjątkiem uzyskanego przeze mnie wniosku o statystycznie istotnym - mniej adekwatnym rozpoznawaniu nasilenia emocji radości na twarzy innych ludzi, przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w stosunku do osób zdrowych. Ten ostatni wniosek nie pokrywa się z rezultatem opisanym przez Scott'a i wsp. (2011), który wykazał lepsze rozpoznawanie, przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, emocji negatywnych, a nie stwierdził takiej różnicy w odniesieniu do emocji pozytywnych i neutralnych wyrazów twarzy oraz z wynikami opisanymi przez Guitart – Masip i wsp. (2009), wskazującymi na mniej dokładne oceny twarzy obrazujących wstręt i strach, dokonywane przez osoby z tym zaburzeniem. Jedną z przyczyn otrzymania innych wyników jest najprawdopodobniej fakt zastosowania innych metod badawczych i skupienie się przez Sott'a i wsp. (2011) przede wszystkim na rozpoznawaniu emocji na podstawie różnic zawartych na twarzach innych osób zawężonych tylko do rejonu ich oczu. W moich badaniach prezentowane były osobom

badanym całe twarze (bez włosów), tak że w ocenie wyrazów emocjonalnych wyrażanych przez twarze innych osób, osoby badane mogły brać pod uwagę różnice w ekspresji emocjonalnej nie tylko skoncentrowane w okolicy oczu, ale na całej twarzy, np. w obszarze ust. Jednocześnie różnice w wynikach badań mogą być spowodowane tym, iż w grupie badanej przeze mnie znalazły się osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, które były w trakcie procesu psychoterapii, co może oznaczać, iż są to osoby o niższym nasileniu zaburzeń, gdyż są one w stanie podporządkować się warunkom leczenia szpitalnego.

Uzyskane przeze mnie wyniki w zakresie stopnia adekwatności rozpoznawania emocji na twarzach innych osób nie potwierdzają jednocześnie tezy postulowanej przez niektórych badaczy (Wagner, Linehan, (1999); Lynch i wsp. (2006); Fertuck i wsp. (2009)) o zwiększonej zdolności osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza w zakresie identyfikowania emocjonalnych wyrazów twarzy innych osób. Jednak różnica ta ponownie może wynikać z tego, iż badacze ci zastosowali inne narzędzia badawcze w swoich badaniach. Narzędzia te odnosiły się do odczytywania emocjonalnych wyrazów twarzy ograniczonych do obszaru oczu.

W odniesieniu zaś do stopnia adekwatności rozpoznawania poszczególnych emocji, wyniki moich badań nie potwierdzają wniosku Unoka i współ. (2011), o gorszym rozpoznawaniu na twarzach innych osób emocji takich jak: obrzydzenie, smutek, strach, czy złość, przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza w stosunku do osób bez tego zaburzenia.

W odniesieniu do drugiego problemu szczegółowego nie zostało statystycznie potwierdzone, iż istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi. Wniosek ten pokrywa się z doniesieniami Mier i wsp. (2012), w których stwierdzono, iż pacjenci z zaburzeniem osobowości z pogranicza nie wykazują deficytów w adekwatnym rozpoznawaniu intencji i motywacji innych osób w standardowych zadaniach społeczno – poznawczych. Badanie przeprowadzone przeze mnie również dotyczyło standardowych sytuacji społecznych, których osoby biorące udział w badaniu aktualnie nie były uczestnikami (były jedynie obserwatorami bohaterów przedstawionych na obrazkach). Wynik ten natomiast nie potwierdza wniosku wysuniętego przez Arntz i wsp. (2009), którzy stwierdzili wyższy stopień adekwatności osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza w stosunku do osób bez tego zaburzenia w odniesieniu do dokonywania atrybucji w stosunku do intencji działań innych ludzi. Różnica w wynikach może tu jednak być spowodowana tym, iż Arntz i wsp. (2009) w swoich badaniach posługiwali się skalą

zadowolenia narzędzia do badania teorii umysłu, natomiast w moich badaniach były badane zdolności dokonywania adekwatnych atrybucji motywów postępowania innych osób. Jednocześnie nie potwierdzenie w moich badaniach istnienia różnicy w zakresie stopnia adekwatnego postrzegania motywów postępowania innych osób, jest sprzeczne z rezultatem uzyskanym przez Preißler i współ. (2010), czy Dammann (2003), którzy wnioskuje o poważnym zahamowaniu procesów mentalizacji i deficytach w adekwatnym spostrzeganiu emocji i motywacji innych osób u pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Rozbieżność tę można jednak tłumaczyć faktem, iż autorzy ci odwołują się do deficytów w spostrzeganiu motywacji i emocji postaci opiekuńczych i osób, z którymi pacjenci ci pozostają w bliskich relacjach. Moje badanie zaś dotyczyło rozumienia intencji innych osób w sytuacjach społecznych w ogóle, a nie w relacjach cechujących się silnym zaangażowaniem emocjonalnym. Ponadto kolejną przyczyną rozbieżności wyników może być fakt zastosowania innych metod badawczych oraz specyficznego doboru próby badawczej u tych badaczy, gdyż w badaniach tych brały udział tylko kobiety z diagnozą zaburzenia osobowości z pogranicza i dodatkowo z obecnością PTSD w ciągu swojego życia.

W zakresie trzeciego problemu szczegółowego zostało statystycznie potwierdzone, iż istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem wykazywanej zdolności do empatii, co oznacza iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują niższą zdolność do empatii niż osoby bez tego zaburzenia. Wniosek ten jest zgodny z doniesieniami z badań Decety i Moriguchi (2007), Kernberga (2007), którzy zwracają uwagę na obniżenie zdolności empatii u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Wskazują oni ponadto na to, iż źródłem zaburzonej zdolności do empatii może być mechanizm identyfikacji projekcyjnej, przesadna emocjonalność, które utrudniają adekwatne rozpoznawanie stanów emocjonalnych innych osób.

W odniesieniu do czwartego problemu badawczego, dotyczącego zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego, stwierdzono, iż zarówno w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza, jak i w grupie osób bez tego zaburzenia nie istnieją zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.

W odniesieniu do piątego problemu szczegółowego zostało statystycznie potwierdzone, iż istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa. Oznacza to, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają w okresie

dzieciństwa statystycznie istotnie więcej doświadczeń o charakterze traumatycznym, takich jak: doświadczanie agresji fizycznej, agresji psychicznej lub molestowania seksualnego. Wynik ten jest zgodny z wynikami badań innych badaczy (m.in. badaniami Zanarini'ego (2002), Giessen-Bloo i Arntz (2005)) wskazującymi na wyraźnie zwiększoną częstotliwość występowania wydarzeń traumatycznych u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza w stosunku do osób bez tego zaburzenia.

Rozpatrując ostatni problem badawczy, dotyczący istnienia związku pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego, stwierdzono, iż zarówno w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza, jak i w grupie osób bez tego zaburzenia, nie istnieją, istotne statystycznie, zależności pomiędzy ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a stopniem trafności rozpoznawania emocji na twarzy innych osób, ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa osoby a wykazywanym stopniem adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi. Natomiast w odniesieniu do zależności między ilością wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa a wykazywanym poziomem empatii stwierdzono, iż zależność ta istnieje w grupie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Zależność ta kształtuje się następująco: im osoba z zaburzeniem osobowości z pogranicza doświadczyła w okresie dzieciństwa więcej wydarzeń traumatycznych, tym wykazuje wyższy poziom empatii. Zależności tej jednak nie stwierdzono u osób bez tego zaburzenia (grupa kontrolna). Obszar ten wydaje się bardzo interesujący i wart pogłębienia, tym bardziej, iż na temat poziomu empatii u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza, które jednocześnie doświadczyły w okresie dzieciństwa więcej niż jednego wydarzenia traumatycznego przeprowadzono niewiele badań.

ZAKOŃCZENIE

W niniejszej pracy zajęto się szczegółowo problemem poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Starano się poszukiwać odpowiedzi na pytania dotyczące tego: Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują deficyty w zakresie poznania społecznego? Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza gorzej niż osoby bez tego zaburzenia rozpoznają emocje na twarzach innych osób? Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza różnią się od osób bez tego zaburzenia w zakresie trafności przypisywania motywów i intencji zachowań innych osób? Badano również, czy istnieje różnica pomiędzy wykazywaną zdolnością do empatii między osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami bez tego zaburzenia? Dodatkowo sprawdzono, czy na wykazywany poziom zdolności poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza ma wpływ doświadczanie w okresie dzieciństwa wydarzeń traumatycznych, takich jak bycie ofiarą przemocy fizycznej, przemocy psychicznej i/lub molestowania seksualnego?

Zakładano, iż osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują deficyty w zakresie poznania społecznego. Okazało się, że odpowiedź na to pytanie nie jest prosta, gdyż jak pokazują wyniki, osoby z tym zaburzeniem, podobnie jak osoby bez tego zaburzenia, rozpoznają emocje na twarzach innych osób, przypisują intencje i motywy zachowań innych osób. Jednak stwierdzono różnicę w zakresie wykazywanej zdolności do empatii – osoby z zaburzeniem osobowości *borderline* wykazują się niższym poziomem empatii w stosunku do osób bez tego zaburzenia.

Uważam, iż temat ten jako niezwykle interesujący i wart poznania, wymaga jeszcze większej ilości badań oraz szczegółowej analizy. Według mnie ważne byłyby badania dotyczące porównania zdolności poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza z uwzględnieniem różnicowania pomiędzy rozpoznawaniem emocji na twarzy osób bliskich i na twarzy osób obcych, przypisywania intencji i motywów zachowań osób bliskich i osób obcych oraz wykazywanego poziomu empatii w stosunku do osób bliskich i obcych, w porównaniu z takimi samymi zmiennymi u osób bez tego zaburzenia.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Nie stwierdzono różnicy pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób, za wyjątkiem mniej adekwatnego rozpoznawania zadowolenia na twarzy innych ludzi w porównaniu do osób bez tego zaburzenia.
2. Nie istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi.
3. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują niższą zdolność do empatii niż osoby bez tego zaburzenia.
4. Nie stwierdzono zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego.
5. Istnieje różnica pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem występowania traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.
6. Nie stwierdzono jednoznacznie braku związku pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego, za wyjątkiem wykazywanego wyższego poziomu empatii przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, które doświadczyły więcej wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa.

Bibliografia:

1. Akiskal H.S.: Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm, *Psychiatr Clin North Am*, 1981, 4: 25-46.
2. Allen G.: *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. John Wiley & Sons, New York, 2001.
3. Allen J.G.: Mentalizing. [w:] Allen J.G., Fonagy P.: *Practice in Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons, West Sussex 2006: 3-30.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington 1994.
5. Arntz A., Bernstein D., Oorschot M., Schobre P.: Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 2009, 197 (11): 801-7.
6. Baron-Cohen S., Wheelwright S.: The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *J Autism Dev Disord*, 2004, 34 (2): 163-175.
7. Bateman A., Fonagy P.: Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol.*, 2008, 64 (2): 181-94.
8. Bateman A., Fonagy P.: *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press, Oxford 2004.
9. Batson C.D., Batson J.G., Slingsby J.K., Harre; K.L., Peekna H.M., Todd R.M.: Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *J Pers Soc Psychol* 1991, 61(3): 413-426.
10. Beebe B., Lachmann F.: The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and objects representations. *Psychoanal. Psychol.*, 1988, 5: 305-337.
11. Belsky J., Rosenberger K., Crnic K.: The origins of attachment security: 'classical' and contextual determinants. [w:] Goldberg S., Muir R., Kerr J.: *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Analytic press, Hillsdale, New York, 1995, 153-183.
12. Blair R.J.: Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Phil Trans Royal Soc London B Biol Sci* 2003, 358(1431): 561-572.
13. Blair R.J., Mitchell D.G., Richell R.A., Kelly S., Leonard A., Newman C.: Turning a deaf ear to fear: impaired recognition of vocal affect in psychopathic individuals. *J Abnorm Psychol* 2002, 111(4): 682-686.

14. Blanck G., Blanck R.: Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology. Columbia University Press, New York 1979.
15. Blanck G., Blanck R.: Ego psychology in theory and practice. Columbia University Press, New York 1974.
16. Blatt S.J., Stayner D.A., Auerbach J.S., Behrends R.S.: Change in object and self-representations in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. *Psychiatry*, 1996, 59: 82-107.
17. Blatt S.J.: Representational structures in psychopathology. [w:] Cicchetti D., Toth S.T. (red.) : Representation, emotion and cognition in developmental psychopathology, University of Rochester Press, Rochester 1995. 1-33.
18. Blatt S.J., Auerbach J.S.: Differentia cognitive disturbances in three types of borderline patients. *J Personal Disord*, 1988, 2 (3): 198-211.
19. Bowlby J.: Attachment and Loss: Vol. 3. Loss. Basic Books, New York 1980.
20. Bowlby J.: Attachment and Loss: Vol. 2. Separation. Basic Books, New York 1973.
21. Brüne M.: Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003, 60:57–64.
22. Bryer J.B., Nelson B.A., Miller J.B., Krol P.A.: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 1987, 144: 1426-1430.
23. Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
24. Buie D.H., Adler G.: The definitive treatment of the borderline personality. *Int J Psychoanal Psychother*, 1982, 9: 51-87.
25. Cassidy L., Shaver P.R.: Handbook of Attachment: theory, Research, and Clinical Applications. Guilford, New York 1999.
26. Choi-Kain L.W., Gunderson J.G.: Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2008, 165: 1127-1135.
27. Cierpiałkowska L.: Zaburzenie osobowości borderline. [w:] Cierpiałkowska L. (red.): Psychologia zaburzeń osobowości, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2004, 99-132.
28. Cierpiałkowska L.: Kwestionariusz Zaburzenia Osobowości *Borderline*. Materiały niepublikowane, 2002. [udostępnione autorce pracy przez prof. dr hab. Lidę Cierpiałkowską].

29. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Pryzbeck T.R.: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50: 975-990.
30. Comas-Diaz L., Minrath, M.: Psychotherapy with ethnic minority borderline clients. *Psychother: Theory, Res, Practice, Training*, 1985, 22(2S):418-426.
31. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J.D.: Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37:150–170.
32. Cowdry R.W., Pickar D, Davies R.: Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *Int J Psychiatry Med*, 1985, 15: 201-211.
33. Dammann G.: Borderline Personality Disorder and Theory of Mind: an Evolutionary Perspective. [w:] Brüne M., Ribbert H., Schiefenhövel W.: *The Social Brain: Evolution and Pathology*. John Wiley & Sons 2003, 373-417.
34. De Wolff M.S., van Ijzendoorn M.H.: Sensitivity and attachment: a metaanalysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev*, 1997, 68: 571-591.
35. Decety J.: A social cognitive neuroscience model of human empathy. [w:] *Social Neuroscience: Integrating Biological and Psychological Explanations of Social Behavior* Edited by: Harmon-Jones EWP. Guilford Publications, New York 2007, 246-270.
36. Decety J.: Human empathy. *Jpn J Neuropsychology*, 2006, 22: 11-33.
37. Decety J., Hodges S.D.: The social neuroscience of empathy. In *Bridging Social Psychology* Edited by: van Lange PAM. Mahwah: Erlbaum, 2006: 103-109.
38. Decety J., Lamm C.: Human empathy through the lens of social neuroscience. *Sci World J*, 2006, 6: 1146-1163.
39. Decety J., Moriguchi Y.: The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Med*, 2007, 1:22 (<http://www.bpsmedicine.com/content/1/1/22>).
40. Dennett D.C.: Beliefs about beliefs. *Behav Brain Sci* 1978, 1: 568-569.
41. Domes G., Czeschnek D., Weidler F., Berger C., Fast K., Herpertz S.C.: Recognition of facial affect in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.*, 2008, 22 (2): 135-47.
42. Driessen M., Hermann J., Stahl K.: Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdale in woman with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 1115-1122.
43. Dyck M., Habel U., Slodczyk J., Schlummer J., Backes V., Schneider F., Reske M.: Negative bias in fast emotion discrimination in borderline personality disorder. *Psychol Med.*, 2009, 39, 855-864.

44. Edwards J., Jackson H.J., Pattison P.E.: Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review. *Clin Psychol Rev* 2002, 22(6): 789-832.
45. Eisenberg N.: Emotion, regulation, and moral development. *Annu Rev Psychol* 2000, 51: 665-697.
46. Eisenberg N., Fabes R.A., Murphy B., Karbon M., Maszk P., Smith M., O'Boyle C., Suh K.: The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy – related responding. *J Pers Soc Psychol* 1994, 66(4): 776-797.
47. Eisenberg N., Shea C.L., Carlo G., Knight G.: Empathy related responding and cognition: A “chicken and the egg” dilemma. [w:] Kurtines W.G., Hillsdale J.: *Handbook of Moral Behavior and Development Research*, Lawrence Erlbaum, New York 1991, 63-68.
48. Felmingham K.L., Bryant R.A., Gordon E.: Processing angry and neutral faces in post-traumatic stress disorder: an event-related potentials study, *Neuroreport* 2003, 14(5): 777-780.
49. Fertuck E.A., Jekal A., Song I., Wyman B., Morris M.C., Wilson S.T., Brodsky B.S., Stanley B.: Enhanced ‘Reading the Mind in the Eyes’ in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychol Med.*, 2009, 39 (12): 1979-88.
50. Flavell J.H.: Cognitive development: children’s knowledge about the mind. *Annu Rev Psychol* 1999, 50: 21-45.
51. Fonagy P.: *Attachment Theory and psychoanalysis*, Other Press, New York 2001.
52. Fonagy P.: An attachment theory approach to the difficult patient. *Bull Menninger Clin* 1998, 62: 147-169.
53. Fonagy P.: Attachment and borderline personality disorder, Fall Meeting of the American Psychoanalytic Association, New York 1997.
54. Fonagy P.: The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action, *Psychoanal Study Child*, 1993, 48: 9-47.
55. Fonagy P.: Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal*, 1991, 72: 693-656.
56. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M.: *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press, New York 2002.
57. Fonagy P., Target M.: Attachment and reflective function: their role in self organization. *Dev Psychopathol* 1997, 9: 679-700.

58. Gabbard G.O.: Mind, Brain, and Personality Disorders, *Am J Psychiatry*, 2005, 162(4): 648-655.
59. Gabbard G.O.: Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry* 1989, 146: 444-451.
60. Giesen-Bloo J., Aamtz A.: World assumptions and the role of trauma in borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2005, 36 (3): 197-208.
61. Goldstein E.G.: Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. *Borderline*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
62. Górska D.: Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej u osób z zaburzeniem osobowości borderline, Boguci Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
63. Grinker R.R., Werble B., Drye R.: The borderline syndrome, Basic Books, New York 1968.
64. Guitart-Masip M., Pascual J.C., Carmona S., Hoekzema E., Bergé D., Pérez V., Soler J., Soliva J.C.: Neural correlates of impaired emotional discrimination in borderline personality disorder: an fMRI study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009, 33 (8): 1537-45.
65. Gunderson J.G., Kerr J., Englund D.W.: The families of borderlines: A comparative study, *Arch Gen Psychiatry*, 1980, 37: 27-33.
66. Guzder J., Paris J., Zerkowitz P., Feldman R.: Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38:206–212.
67. Hatfield E., Cacioppo J., Rapson R.: *Emotional Contagion*, Cambridge University Press, New York 1994.
68. Heim C., Newport D.J., Heit S., Graham Y.P., Wilcom M., Bonsall R., Miller A.H., Nemeroff C.B.: Pituitary, arenal and autonomic response to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000, 284: 592-597.
69. Herman J.L., Perry J.C., van der Kolk B.: Childhood trauma in borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 1989, 146: 490-495.
70. Hudziak J.J., Boffeli T.J., Kriesman J.J., Battaglia M.M., Stragner C., Guze S.B.: Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's Syndrome (Hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry*, 1996, 153:1598-1606.
71. Ickes W: *Empathic Accuracy*, The Guilford Press, New York 1997.

72. Jackson D.C., Malmstadt J.R., Larson C.L., Davidson R.J.: Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology*, 2000, 37(4): 515-522.
73. Januszewska E.: Osobowość borderline. Historia pojęcia i diagnoza zaburzenia. *Studia z psychologii w KUL*, 1998, 9: 87-117.
74. Kernberg O.F., Selzer M.A., Koenigsberg H.W., Carr A.C., Appelbaum A.H.: *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*, GWP, Gdańsk 2007.
75. Kernberg O.F.: *Związki miłosne. Norma i patologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1998.
76. Kernberg O.F.: *Organizacja Osobowości Borderline*. 1996, Tłumaczenie tekstu prezentowanego na spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w Nowym Jorku.
77. Kernberg O.F.: *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* Klett_Cotta, Stuttgart 1985.
78. Kernberg O.F.: *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press, New Haven 1984.
79. Kernberg O.F.: The treatment of patients with borderline personality organization. *Int J Psychoanal*, 1978, 49: 600-619.
80. Kernberg O.F.: The structural diagnosis of borderline personality organization. [w:] Hartocollis P.: *Borderline personality disorders*. The Analytic Press, New York 1977, 87-122.
81. Kernberg O.F.: *Object relation theory and clinical psychoanalysis*. Aronson, New York 1976.
82. Kernberg O.F.: *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, New York 1975.
83. Klaus M., Kennell J.: Parent-to-infant attachment. [w:] Hull D.: *Recent Advances in Pediatrics*. Churchill Livingstone, New York 1976, 129-152.
84. Klatkiewicz A.: Znaczenie obiektów przejściowych w wykształceniu umiejętności samoopieki i samokojenia [w:] *Wybrane obszary opieki. Konteksty historyczne i współczesne*. Pr. zbior. pod red.: Józefa Skrzypczaka, Doroty Żołądź-Strzelczyk, Mirosławy Cyłkowskiej-Nowak. Poznań, 2009 s. 223-236
85. Klatkiewicz A.: Potrzeby dzieci a wymagania współczesności w stosunku do dorosłych – narodziny patologii. [w:] Muszyński W., Sikora E. (red.): *Małżeństwo i rodzina w*

- ponowoczesności. Szanse, zagrożenia, patologie. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008, s. 314-325.
86. Klein D.F.: Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. [w:] Hartocollis P.: Borderline personality disorders, International Universities Press, New York, 1977, 365-384.
 87. Kohut H.: The analysis of the self. International Universities Press, New York, 1971.
 88. Kohut H.: The restoration of the self. International Universities Press, New York, 1977.
 89. Kohut H.: How does analysis cure? The University of Chicago Press, Chicago, 1984.
 90. Kornreich C., Philippot P., Foisy M.L., Blairy S., Raynaud E., Dan B.: Impaired emotional facial expression recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol*, 2002, 37(4): 394-400.
 91. Leichsenring F.: Development and first results of the Borderline Personalisty Inventory: A self – reprot instrument for assesing borderline personalisty organization. *J Pers Assess*, 1999, 73, 1: 45-63.
 92. Levine D., Marziali E., Hood J.: Emotion processing in borderline personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185(4): 240-246.
 93. Lincoln T.M., Mehl S., Kesting M.L., Rief W.: Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychological interventions. *Schizophr Bull.*, 2011, 37, 2: 23-32.
 94. Linehan M.M.: Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo – behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
 95. Liotti G.: Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorder. *Dissociation* 1992, 5: 196-204.
 96. Lynch T.R., Rosenthal M.Z., Kosson D.S., Cheavens J.S., Lejuez C.W., Blair R.J.: Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 2006, 6, 647-655.
 97. Mahler M.S., Pine F., Bergman A.: The psychological birth of the human infant, Basic Books, New York 1975.
 98. Mahler M.S.: A study of the separation – individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation, *Psychoanal Study Child*, 1971, 26: 403-424.
 99. Marziali E., Munroe-Blum H. & Links P.: Severity as a diagnostic dimension of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 1994, 39, 540-544.

100. Masterson J.F., Rinsley D.B.: The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality, *Int J Psychoanal*, 1975, 56: 163-178.
101. Matuszewska – Krasowska M.: Poczucie rzeczywistości pacjentów “z pogranicza” nerwicy i psychozy, [w:] M. Sokolik (red.), *Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychotycy*, Wyd. UW, 1991.
102. Melges F.T., Swartz M.S.: Oscillations of Attachment in Borderline Personality Disorder, *Am J Psychiatry*, 1989, 146: 1115-20.
103. Mier D., Lis S., Esslinger C., Sauer C., Hagenhoff M, Ulferts J, Gallhofer B, Kirsch P.: Neuronal correlates of social cognition in borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci.*, 2012.
104. Minzenberg M.J., Poole J.H., Vinogradov S.: Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 2006, 47: 468-474.
105. Ogata S.N., Silk K.R., Goodrich S., Lohr N.E., Westen D.: Childhood sexual and clinical symptoms in borderline patients. Niepublikowany manuskrypt, 1989.
106. Palombo J.: Selfobject transference in the treatment of borderline neurocognitively impaired children. [w:] Grotstein J.S., Solomon M.F., Lang J.A.: *The borderline patient*. Hillsdale, The Analytic Press, NJ, 1987, T.1.: 317-346.
107. Palombo J.: Critical review of the concept of the borderline child. *Clin Soc Work J*, 1982, 10: 246-264.
108. Paris J.: Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Can J Psychiatry* 1998, 43: 148-153.
109. Penn D.J., Addington J., Pinkham A.: Social cognitive impairments. [w:] Lieberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O., red., *American Psychiatric Association Textbook of Schizophrenia*. Washington, DC; American Psychiatric Publishing Press: 2006, 261-274.
110. Persad S.M., Polivy J.: Differences between depressed and nondepressed individuals in the recognition of and response to facial emotional cues. *J Abnorm Psychol* 1993, 102(3): 358-368.
111. Pollack W.S.: Borderline personality disorder. Dynamic psychotherapy. [w] Hersen M., Bellach A.S.: *Handbook of Comparative Interventions for Adult Disorders*, John Wiley&Sons, New York 1999, 515-554.
112. Preißler S., Dziobek I., Ritter K., Heekeren H.R., Roepke S.: Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of others. *Front Behav Neurosci*, 2010, 2, 4: 182,

113. Premack D., Woodruff G.: Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? *Behav. Brain Sci.*, 4: 515-526.
114. Preston S.D., de Waal F.B.: Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain* 2002, 25(1): 1-20. discussion 20-71.
115. Reiland R.: *Uratuj mnie. Opowieść o złym życiu i dobrym psychoterapeucie*. Media Rodzina, Poznań 2006.
116. Sapolsky R.N., McEwen B.S., Rainbow T.C.: Quantitative autoradiography of [3H] corticosterone receptors in rat brain. *Brain Res* 1983, 271: 331-334.
117. Schiffer F., Teicher M.H., Papanicolaou A.C.: Evoked potential evidence for right-brain activity during the recall of traumatic memories. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995, 7: 169-175.
118. Schmahl C.G., Vermetten E., Elzniga B.M., Brenner D.J.: Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2003, 122: 193-198.
119. Schore A.: *Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology of Emotional Development*. Erlbaum, Mahwah, New York 1994.
120. Scott L.N., Levy K.N., Adams R.B. Jr., Stevenson M.T.: Mental State Decoding Abilities in Young Adults With Borderline Personality Disorder Traits. *Personal Disord.*, 2011, 2 (2): 98-112.
121. Sebek M.: *Obraz i pojęcie siebie samego u osobowości "z pogranicza"*, [w:] M. Sokolik (red.), *Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychotycy*, Wyd. UW, 1991.
122. Shearer S.L., Peters C.P., Quatman M.S., Ogden R.L.: Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry*, 1990, 147: 214-216.
123. Stern D.N.: *The Interpersonal World of the Infant*. Basic Books, New York 1985.
124. Sturova D.: *Zaburzenie osobowości „z pogranicza”*, [w:] M. Sokolik (red.), *Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychotycy*, Wyd. UW, 1991, 45-53.
125. Thompson E.: Empathy and consciousness. *J Consciousness Stud* 2001, 8(5-7): 1-32.
126. Unoka Z., Fogd D., Füzy M., Csukly G.: Misreading the facial signs: Specific impairments and terror patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 2011, 189: 419-425.
127. Wagner A.W., Linehan M.M.: Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *J Pers Disord* 1999, 13: 329-344.

128. Walsh F.: Family study 1976: 14 new borderline cases. [w:] Grinker R.R., Werble B. (red.): The borderline patient, Jason Aronson, New York 1977, 158-177.
129. Weniger G., Lange C., Sachsse U., Irle E.: Reduced amygdale and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci.*, 2009, 34 (5): 383-8.
130. Westen D., Lohr N., Silk K.R., Gold L., Kerber K.: Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: a thematic apperception test analysis. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol*, 1990, 2, 335-364.
131. Widiger T.A., Frances A.J.: Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. [w:] Tasman A., Hales R.E., Frances A.J. (red.): Review of psychiatry, American Psychiatric Press, Washington 1989, 8: 8-24.
132. Wiehe V.R.: Empathy and narcissism in a sample of child abuse perpetrators and a comparison sample of foster parents. *Child Abuse Negl*, 2003, 27(5): 541-555.
133. Wolberg A.R.: Psychoanalytic psychotherapy of the borderline patient, Thieme-Stratton, New York 1982.
134. World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic Criteria of Research. Geneva 1993.
135. Zanarini M.C., Yong L., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D.B., Marino M.F., Vujanovic A.A.: Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*, 2002, 190, 381-387.
136. Zanarini M.C., Frankenburg F.R.: Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1997, 11: 93-104.
137. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L.: The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *J Personal Disord*, 1989, 3: 10-18.
138. Zenaty J.: Rozszczepienie jako mechanizm obronny u osobowości „z pogranicza”, [w:] M. Sokolik (red.), Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychotycy, Wyd. UW, 1991.
139. Zentay J.: Związki z obiektem u osób „z pogranicza”, [w:] M. Sokolik (red.), Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychotycy, Wyd. UW, 1991.

Poznanie społeczne u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza

Streszczenie:

Wstęp. Poznanie społeczne jest to umiejętność i zdolność jednostki do uświadamiania sobie intencji i nastawień innych ludzi. Do głównych obszarów poznania społecznego zalicza się: rozpoznawanie emocji innych osób, teorię umysłu, styl atrybucji oraz empatię. Współczesne badania nad wybranymi aspektami poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza mają na celu analizowanie różnic w tym zakresie pomiędzy pacjentami z zaburzeniem osobowości z pogranicza i osobami zdrowymi. Wyniki i wnioski z tych badań są niewystarczające i często sprzeczne. Jest to istotna jednocześnie kwestia, gdyż obniżona zdolność poznania społecznego jest hipotetyczną przyczyną zaburzeń w interpersonalnym funkcjonowaniu osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

Cel pracy. Celem pracy jest analiza poznania społecznego u osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Głównym problemem badawczym jest: Czy osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują zaburzenia poznania społecznego? Problemy szczegółowe dotyczą pytań o różnice pomiędzy osobami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a osobami zdrowymi pod względem: stopnia trafności rozpoznawania emocji wyrażanych przez twarze innych osób, stopnia adekwatności postrzegania motywów postępowania innych ludzi, wykazywanej zdolności do empatii, występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa. Dodatkowymi problemami szczegółowymi są pytania o istnienie zależności: pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego, oraz pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego.

Materiał i metoda. W badaniu zastosowano: historyjki rysunkowe do oceny „teorii umysłu” (Theory of Mind Cartoons), testy do oceny percepcji emocji stanowiące część baterii testów neuropsychologicznych, opracowanych na Uniwersytecie Pensylwanii (The University of Pennsylvania Computerized Neuropsychological Test Battery), kwestionariusz oceny empatii (The Empathy Quotient), oraz kwestionariusz do badania natężenia cech osobowości z pogranicza i linii życia (który składa się z Kwestionariusza Zaburzenia Osobowości *Borderline* opracowanego przez L.Cierpiątkowską i pytań dodanych przez autorkę pracy dotyczących linii życia osoby badanej).

Przeprowadzono analizę porównawczą grupy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza względem grupy kontrolnej. Każda z grup liczyła 36 osób. W skład grupy

osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza weszły osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości z pogranicza, które w trakcie przeprowadzenia badań uczestniczyły w procesie leczenia w Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Józefa Babińskiego SPZOZ Kraków w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (7F), Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych w Komorowie oraz Poradniach Zdrowia Psychicznego na terenie Poznania. Natomiast grupę kontrolną tworzyły osoby zdrowe, nie posiadające zaburzenia osobowości z pogranicza i nie pozostające w leczeniu psychiatrycznym ani neurologicznym.

Wyniki i wnioski. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, podobnie jak osoby bez tego zaburzenia, rozpoznają emocje na twarzach innych osób, za wyjątkiem mniej adekwatnego rozpoznawania zadowolenia na twarzy innych osób przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Zarówno osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, jak i osoby bez tego zaburzenia podobnie przypisują intencje i motywy zachowań innych ludzi. Stwierdzono jednak różnicę, pomiędzy obiema grupami, w zakresie wykazywanej zdolności do empatii – osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza wykazują się niższym poziomem empatii w stosunku do osób bez tego zaburzenia. Ponadto osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza doświadczały częściej niż osoby bez tego zaburzenia wydarzeń traumatycznych (doświadczenie agresji fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego) w okresie dzieciństwa.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy poszczególnymi elementami poznania społecznego. Nie wykazano także jednoznacznie braku związku pomiędzy występowaniem traumatycznych doświadczeń życiowych w okresie dzieciństwa a poziomem poszczególnych elementów poznania społecznego, za wyjątkiem wykazywanego wyższego poziomu empatii przez osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, które doświadczyły więcej wydarzeń traumatycznych w okresie dzieciństwa.

Słowa kluczowe: zaburzenie osobowości z pogranicza, poznanie społeczne, teorie umysłu, rozpoznawanie emocji innych osób, empatia.

Social cognition in borderline personality disorder

Summary:

Introduction. Social cognition is the competence and ability of an individual to realize intentions and attitudes of other people. The main areas of social cognition include: recognition of emotions of other people, the theory of mind, attribution style and empathy. The aim of contemporary research on selected aspects of social cognition in borderline personality disorder is to analyse the differences in this area between borderline personality disorder patients and healthy controls. Results and conclusions of this research are insufficient and often contradictory. However, it is a significantly important issue, because the low ability of social cognition is the hypothetical cause of disorders in interpersonal functioning of borderline personality disorder patients.

Aim of the study. The aim of the study is to analyse social cognition in borderline personality disorder. The main question of the research is: Do borderline personality disorder patients show social cognition disorder? Specific problems consider questions of the differences between borderline personality disorder patients and healthy people and regard: the level of accuracy of recognition of emotions expressed by faces of other people, the level of adequacy in perception of motives of other people's acting, the level of the ability to empathise and the presence of traumatic life experiences in childhood period. Additional specific problems are the questions about the existence of the relations: between certain elements of social cognition and between the presence of traumatic life experiences in childhood period and the levels of certain elements of social cognition.

Material and method. In the research there were used: cartoon stories for the assessment of 'the theory of mind' (Theory of Mind Cartoons), tests for the assessment of emotions perception, which are the part of the battery of neuropsychological tests, prepared at The University of Pennsylvania (The University of Pennsylvania Computerized Neuropsychological Test Battery), the questionnaire of the assessment of empathy (The Empathy Quotient) and the questionnaire for the examination of intensity of borderline personality and line of life (including Personality Disorder Questionnaire *Borderline* prepared by L. Cierpiałkowska and the questions added by the author of the thesis, regarding the line of life of the person examined).

There was conducted a comparative analysis of the group of borderline personality disorder patients against the control group. In each group there were 36 people. The group of borderline personality disorder patients included patients suffering from diagnosed borderline personality disorder, who were treated in the Dr Józef Babiński Specialist Hospital in Krakow

in Personality Disorder and Neurosis Treatment Department (7F), in the Prof. Jan Mazurkiewicz Mazovia Specialist Health Centre in Neurosis Disorder Treatment Department in Komorowo and in Mental Health Centres in Poznań during the research. The control group included healthy people, not suffering from borderline personality disorder and not being neurologically or psychiatrically treated.

Results and conclusions. Borderline personality disorder patients, as well as people not suffering from this disorder, are able to recognize emotions on the faces of other people, with the exception of less adequate recognition of contentment on the faces of others by borderline personality disorder patients. Borderline personality disorder patients, as well as people not suffering from this disorder, ascribe intentions and motives of other people's acts in a similar way. However, there was stated the difference between the two groups in the ability to empathise shown by them - borderline personality disorder patients show a lower level of empathy in comparison to people not suffering from this disorder. Moreover, borderline personality disorder patients experienced more traumatic events (physical or mental aggression, sexual harassment) in their childhood, than people not suffering from the disorder. The mutual relation of certain elements of social cognition was not noted. The lack of the relation of the presence of traumatic experiences during childhood period and levels of certain elements of social cognition was also not undoubtedly shown, with the exception of the higher level of empathy shown by borderline personality disorder patients, who experienced more traumatic events in their childhood.

Key words: borderline personality disorder, social cognition, Theory of Mind, recognition of the emotions of others, empathy.