

# PRZEGLĄD KRYTERIÓW DIAGNOSTYCZNYCH, CECH I TYPÓW OSOBOWOŚCI BORDERLINE WRAZ Z PRÓBĄ ICH PORZĄDKOWANIA

PIOTR PAWEŁ BRUD\* 

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

## STRESZCZENIE

Zaburzenie osobowości z pogranicza (borderline) jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń, a jednocześnie dość problematycznym w diagnozie, na co wskazywały kolejne edycje DSM i ICD. Od dawna wykazywano heterogeniczność osobowości borderline. Zasadniczo pokazywano ją przy pomocy dwóch uzupełniających się podejść: (1) skoncentrowanego na zmiennych, gdzie wyodrębniano czynniki oraz (2) skoncentrowanego na osobach, w którym identyfikowano typy jako konfiguracje zmiennych. W niniejszym artykule zaprezentowany jest przegląd literatury na temat zróżnicowania osobowości borderline w obu podejściach. Zidentyfikowanych zostało 37 modeli borderline, w tym 12, w których stosowano podejście skoncentrowane na zmiennych i 25 – podejście skoncentrowane na osobach. W modelach tych wyodrębnione zostały pojedyncze jednostki znaczeniowe, którymi autorzy posługiwali się do opisu osobowości borderline. Łącznie wyróżniono 59 takich jednostek, które następnie zostały połączone w 11 grup spójnych znaczeniowo.

HETEROGENICZNOŚĆ  
BORDERLINE  
ZABURZENIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE  
DSM-IV-TR  
DSM-5  
ICD-10  
ICD-11

SŁOWA KLUCZOWE

- 39 DEFINIOWANIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE
- 40 BPD W KLASYFIKACJACH ICD-10 ORAZ DSM-IV-TR
- 41 OD PODEJŚCIA KATEGORIALNEGO DO WYMIAROWEGO
- 42 BPD W AKTUALNYCH KLASYFIKACJACH ICD-11 ORAZ DSM-5
- 44 HETEROGENICZNOŚĆ BORDERLINE
- 47 PRÓBA UPORZĄDKOWANIA BPD
- 52 PODSUMOWANIE
- 52 BIBLIOGRAFIA



# A REVIEW OF DIAGNOSTIC CRITERIA, TRAITS AND TYPES OF BORDERLINE PERSONALITY WITH AN ATTEMPT TO ORDER THEM

## ABSTRACT

Borderline personality disorder is one of the most common disorders and at the same time quite problematic to diagnose, as successive editions of the DSM and ICD have pointed out. The heterogeneity of borderline personality has long been demonstrated. It has generally been shown using two complementary approaches: (1) variable-centered, where factors were extracted, and (2) person-centered, where types were identified as configurations of variables. This paper presents a review of the literature on borderline personality variation in both approaches. Thirty-seven borderline models were identified, including 12 that used a variable-centered approach and 25 that used a person-centered approach. In these models, single units of meaning were distinguished, which the authors used to describe borderline personality. A total of 59 such units were distinguished, which were then combined into 11 meaning-consistent groups.

## KEYWORDS

heterogeneity, borderline, borderline personality disorder, DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10, ICD-11

Zaburzenia osobowości mają zwykle dość zróżnicowany obraz kliniczny. Oznacza to, że pacjenci mogą mieć ten sam typ zaburzeń, a jednocześnie znacząco się między sobą różnić. W związku z tym badacze i klinicyści wyróżniają różne typy lub aspekty danego zaburzenia, aby opisać tę różnorodność. W przypadku osobowości borderline (z pogranicza; BPD – *borderline personality disorder*) zarówno owa różnorodność obrazu klinicznego, jak i literatura na temat prób uporządkowania tej różnorodności jest szczególnie duża (Benazzi, 2006; Gamache i in., 2021; Hallquist, Pilkonis, 2012; Hoermann, Clarkin, Hull, Levy, 2005; Kopala-Sibley, Zuroff, Russell, Moskowitz, Paris, 2012; Leihener i in., 2003; Oldham, 2006; Salzer i in., 2013; Smits i in., 2017). Niniejszy artykuł zawiera przegląd (1) kryteriów diagnostycznych osobowości borderline z ostatnich edycji DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD (*International Classification of Diseases*), (2) modeli borderline, w których wyróżnione są różne typy lub aspekty tego zaburzenia, a następnie (3) autorską propozycję uporządkowania tej różnorodności. Zasadniczym celem artykułu jest propozycja syntetycznego opisu różnorodności borderline na podstawie analizy szczegółowych modeli dostępnych w literaturze.

## DEFINIOWANIE OSOBOWOŚCI BORDERLINE

Zaburzenie osobowości borderline cechuje się przede wszystkim niestabilnością relacji interpersonalnych i reakcji emocjonalnych, impulsywnością i zaburzeniami poznawczymi. Ponadto osoby z tym zaburzeniem odczuwają m.in. poczucie osamotnienia, wykazują się brakiem lub słabą regulacją emocji i nastroju, nieumiejętnością rozpoznawania własnych i cudzych emocji, pustką wewnętrzną, niepokojem, zaburzoną tożsamością, napięciem, złością, poczuciem niezrozumienia i odrzucenia przez innych (American Psychiatric Association [APA], 2013; Guilé, Boissel, Alaux-Cantin, de La Rivière, 2018; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, Bohus, 2004).

BPD jest dość rozpowszechnioną jednostką chorobową powiązaną ze współwystępowaniem innych zaburzeń psychicznych, samobójstwami, ale także znacznym upośledzeniem jakości życia w sferze emocjonalnej, rodzinnej, poznawczej, partnerskiej i seksualnej (Feenstra i in., 2012; Soeteman, Roijen, Verheul, Busschbach, 2008). Szacunki pokazują, że częstość występowania tego zaburzenia w ogólnej populacji dorosłych wynosi 0,7–3,5%, a wśród osób dorosłych leczonych psychiatrycznie 9–18% (Doering, 2019). Widoczna jest przy tym znaczna dysproporcja między płciami, bowiem borderline jest diagnozowane trzy razy częściej u kobiet niż u mężczyzn (Glover, 2021). Warto wspomnieć, iż pomimo aktualnego stanowiska Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w DSM-5 (APA, 2013), dotyczącego diagnozy zaburzeń osobowości wyłącznie u osób w wieku powyżej 18. roku życia, wiele doniesień w literaturze sugeruje możliwość identyfikacji trwałego nieprzystosowania i nieprawidłowo kształtującej się osobowości już u dzieci i młodzieży (Cohen, Crawford, Johnson, Kasen, 2005; Jørgensen i in., 2021; Mirkovic i in., 2021; Zanarini, Frankenburg, Khera, Bleichmar, 2001). Jak wynika z badań, występowanie BPD u nastolatków to około 11–22% w placówkach ambulatoryjnych (Chanen i in., 2004) i 19–53% w placówkach szpitalnych (Becker, Grilo, Edell, McGlashan, 2002; Sharp, Ha, Michonski, Venta, Carbone, 2012).

Historycznie rzecz ujmując, zaburzenie to zostało wyodrębnione ze spektrum zaburzeń schizofrenicznych i w diagnostycznej nomenklaturze pojawiło się dopiero w 1980 roku (DSM-III; APA, 1980). Do publikacji DSM-III o borderline mówiło się głównie w kręgach psychoanalitycznych, rzadko natomiast w środowisku konwencjonalnej psychiatrii

(Stone, 2000). Samo nazewnictwo i rozumienie pojęcia borderline dość mocno ewaluowało, zanim ostatecznie przyjęło teraźniejszą formę. Pierwsze opisy przypadków dość spójne z dzisiejszymi objawami borderline pochodzą z lat 1884–1894 i należą do Hughesa i Rosse'a (Stone, 1986; Sturova, 1991). W kolejnych dekadach ta psychopatologia była określana m.in. jako: „schizofrenia ambulatoryjna” (*outpatient schizophrenia*; Zilboorg, 1941), „osobowość jakby” (*personality as if*; Deutsch, 1942) „preschizofreniczna struktura osobowości” (*preschizophrenic personality structure*; Rapaport, Gill, Schafer, 1945), „stany graniczne” (*borderline states*; Knight, 1954), osobowość borderline (*borderline personality*; Rangell, 1955; Robbins, 1956), „psychotyczne charaktery” (*psychotic characters*; Frosch, 1964) czy też „dysforia histeroidowa” (*hysteroïd dysphoria*; Klein, 1970, 1977). Sama definicja zawężała się od nieprecyzyjnych opisów Sterna (1938), który kładł nacisk na załamanie emocjonalne w sytuacjach stresowych, przez bardziej precyzyjne kryteria Kernberga (1967) – zwolennika opisywania tego zaburzenia za pomocą modelu konfliktu, aż do węższych i łatwiej zobiektywizowanych kryteriów Gundersona i Singera (1975). Praca tych ostatnich badaczy miała bezpośredni wpływ na ukształtowanie się definicji osobowości typu borderline w DSM-III. Warto wspomnieć, iż Kernberg (1967) był przekonany, że diagnoza powinna opierać się nie tyle na stwierdzonych objawach, co raczej na obecności pewnych cech strukturalnych determinujących organizację osobowości.

Niektórzy badacze wskazują, iż rdzeniem (*core*) tego zaburzenia jest impulsywność, podwyższona negatywna emocjonalność i reaktywność emocjonalna oraz upośledzenie funkcjonowania interpersonalnego (Clarkin, Hull, Hurt, 1993; Linehan, 1993; Selby, Anestis, Bender, Joiner, 2009; Selby, Joiner, 2009). Inni sugerują, że głównymi symptomami są dysregulacja emocjonalna, problemy interpersonalne i zaburzenie własnej tożsamości (Southward, Cheavens, 2018). Z kolei Siever i Davis (1991) utrzymują, że połączenie niestabilności afektywnej i impulsywności to główne cechy leżące u podstaw objawów BPD. Mimo tych zróżnicowanych charakterystyk rdzenia BPD, warto zauważyć, iż połączenie negatywnego afektu (niestabilności), impulsywności i trudności interpersonalnych jest unikalne tylko dla tego zaburzenia (Trull, Tomko, Brown, Scheiderer, 2010).

## BPD W KLASYFIKACJACH ICD-10 ORAZ DSM-IV-TR

Na obecne rozumienie zaburzenia osobowości borderline istotny wpływ miały dotychczas obowiązujące kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992) i DSM-IV-TR (APA, 2000; Sanislow i in., 2002; Whewell, Rymann, Bonanno, Heather, 2000). Biorąc pod uwagę dziesiątą edycję Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10), uprzednim, a zarazem koniecznym warunkiem w rozpoznaniu tego zaburzenia jest spełnienie ogólnych kryteriów zaburzeń osobowości. Owe kryteria wskazują na charakterystykę osoby bądź jej utrwalone wzorce wyraźnie odbiegające od społecznie i kulturowo przyjętych norm. (1) Odmienność od norm musi przejawiać się przynajmniej w dwóch z następujących dziedzin: poznanie, emocjonalność, relacje międzyludzkie czy też kontrola odruchów. (2) Musi być niezmienna i obejmować szerokie spektrum sytuacji społecznych i osobistych, a także (3) prowadzić do stanu rozpaczliwym wymagającego interwencji klinicznej. Dodatkowo (4) istotna jest stabilność cech i długi czas ich trwania – początki w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości, oraz (5) brak możliwości wyjaśnienia objawami innego zaburzenia psychicznego, (6) chorobą organiczną, urazem czy też dysfunkcją mózgu.

Według ICD-10 zaburzenie osobowości borderline jest podtypem osobowości chwiejnej emocjonalnie, której temperamentalny trzon stanowi osobowość impulsywna (typ impulsywny), a dodatkowe cechy mogą skłaniać do rozpoznania osobowości z pogranicza (typ borderline). Dokładniej rzecz ujmując, dla stwierdzenia zaburzenia osobowości borderline

nieodzowne jest wystąpienie co najmniej trzech objawów z typu impulsywnego oraz co najmniej dwóch z typu borderline.

Dominujący w obrazie klinicznym typ impulsywny charakteryzuje się zatem: (1) wyraźną skłonnością do działań impulsywnych bez uwzględnienia ich konsekwencji, (2) skłonnością do konfliktów, (3) łatwością wybuchania gniewem lub przemocą, (4) trudnością w utrzymywaniu kierunku działań, który nie przynosi natychmiastowej nagrody, a także (5) niestabilnym nastrojem. Z kolei typ borderline obejmuje: (1) zaburzony, niepewny obraz samego siebie, swoich celów i wewnętrznych preferencji, (2) skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, (3) usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia, (4) powtarzające się groźby lub akty samouszkodzające, (5) chroniczne uczucie pustki (WHO, 1998).

Odnosząc się do klasyfikacji DSM-IV-TR, zaburzenie osobowości borderline, wraz z osobowością antyspołeczną, histrioniczną i narcystyczną mieści się w grupie zaburzeń dramatyczno-niekonsekwentnych (tj. ze skłonnością do teatralności, nadmiernego reagowania emocjonalnego i niestałości), czyli w wiązce B Osi II zaburzeń psychicznych. DSM-IV-TR nie wyodrębnia typu impulsywnego, jak to ma miejsce w ICD-10, a do rozpoznania osobowości z pogranicza wymagane jest spełnienie pięciu z dziewięciu kryteriów diagnostycznych, do których w skrócie należą: (1) lęk przed porzuceniem, (2) wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji interpersonalnych charakteryzujących się naprzemiennym występowaniem skrajnych idealizacji i dewaluacji, (3) wyraźne i trwale niestabilny obraz siebie, (4) impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie szkodliwe dla samego siebie, (5) nawracające zachowania, gesty lub groźby samobójcze albo samo-okaleczenia, (6) niestabilność emocjonalna spowodowana znaczną reaktywnością nastroju, (7) przewlekłe poczucie pustki, (8) nieadekwatna, intensywna złość lub trudności w jej kontrolowaniu oraz (9) paranoja związana ze stresem (APA, 2000). Dodatkowo, biorąc pod uwagę klasyfikację DSM-III, warto wspomnieć, iż jedyną istotną zmianą w DSM-IV-TR było dodanie dziewiątego kryterium (nieobecnego w ICD-10), dotyczącego doświadczeń podobnych do psychotycznych.

## OD PODEJŚCIA KATEGORIALNEGO DO WYMIAROWEGO

Dotychczas powszechne systemy klasyfikacji medycznych (DSM i ICD) stosowały podejście kategorialne w rozpoznaniu zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości. Definiowały one jednostki chorobowe jako oddzielne kategorie, które były przypisywane pacjentom po spełnieniu przez nich określonych kryteriów diagnostycznych (Dowson, Grounds, 1995; Jensen, Hoagwood, Zitner, 2006). Od dłuższego czasu badacze i klinicyści argumentowali jednak, że taki sposób diagnozowania jest dość problematyczny (por. Livesley, 2001; Widiger, Lowe, 2010). Wskazywali m.in. na: nadmierne współwystępowanie różnych kategorii zaburzeń u tych samych osób; arbitralne i niestabilne progi diagnostyczne dla danej kategorii zaburzenia czy też danego kryterium (ruchoma, arbitralnie korygowana granica wskazująca na brak *vs.* obecność zaburzenia bądź brak *vs.* obecność objawu); ograniczoną trafność diagnostyczną niektórych kategorii; brak oceny kryteriów pod kątem ważności dla procesu diagnozy; niedostateczne podstawy naukowe – np. wyniki badań z użyciem modeli kategorialnych pozostawały w izolacji względem wyników badań z użyciem modeli wymiarowych wykorzystywanych w psychologii osobowości (Krueger i in., 2011; Markon, 2013; Widiger, Simonsen, 2005).

W odpowiedzi na niedogodności związane z konceptualizacją zaburzeń osobowości jako osobnych kategorii rozwinęło się podejście wymiarowe (dymensjonalne), często uważane za bardziej precyzyjne w diagnozowaniu zaburzeń (Clarkin, Caligor, Sowislo, 2020;



Simonsen, 2010; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). U jego podstaw leży założenie, że zaburzenia osobowości są związane z ekstremalnym nasileniem określonych cech osobowości (por. Widiger, 2012). DSM-5 (APA, 2013) przyjęło ujęcie hybrydowe (połączenie podejścia wymiarowego i kategoryjnego), natomiast ICD-11 (WHO, 2020) – pełną klasyfikację dymensjonalną do zdefiniowania zaburzeń osobowości.

W hybrydowym modelu DSM-5 kluczowymi kryteriami identyfikacji konkretnego zaburzenia (w tym *borderline*) są kryteria A i B. Nieprawidłowości w zakresie kryterium A uznane są za konstytuujące rdzeń psychopatologii osobowości i dotyczą oceny zaburzeń w dwóch sferach. Pierwszą z nich jest intrapsychiczna sfera Ja (*self*), którą tworzą tożsamość (*identity*) i kierowanie sobą (*self-direction*), a drugą sferą jest funkcjonowanie interpersonalne, na które składają się empatia (*empathy*) i bliskość (*intimacy*). Nasilenie zaburzenia oceniane jest na 5-punktowej skali (od 0 – nieznaczna lub brak nieprawidłowości, do 4 – skrajna nieprawidłowość), gdzie już poziom 2 (umiarkowany poziom nieprawidłowości funkcjonowania osobowości – *moderate impairment*) wystarczy do stwierdzenia obecności zaburzenia. Z kolei kryterium B opiera się na nowym modelu patologicznych cech osobowości i dotyczy występowania jednej lub więcej patologicznych cech-aspektów zgrupowanych w pięciu ogólnych czynnikach, określanych jako cechy-domeny. Należą do nich: Negatywny afekt, Izolacja, Psychotyzm, Antagonizm i Rozhamowanie. Powyższy model wyraźnie nawiązuje do Pięciczynnikowego Modelu Osobowości (PMO), który opisuje zdrową osobowość. Zestawiając patologiczne cechy z PMO, Negatywny afekt odpowiada wysokiej Neurotyczności, Izolacja – niskiej Ekstrawersji, Antagonizm – niskiej Ugodowości, Rozhamowanie – niskiej Sumienności, a Psychotyzm – wysokiej Otwartości na doświadczenie (por. APA, 2013; Widiger, 2012). Zarazem hybrydowy charakter systemu diagnozy DSM-5 oznacza, iż obok ujęcia dymensjonalnego, w procesie diagnozy klinicznej obecne jest również podejście kategoryjne. Po uprzednim spełnieniu kryterium A, na podstawie wysokiego nasilenia określonych patologicznych cech rozpoznana zostaje kategoria specyficznego zaburzenia osobowości. W Sekcji III DSM-5 wyróżniono sześć (z wcześniejszych dziesięciu wyróżnianych w DSM-IV-TR i Sekcji II DSM-5) kategorii specyficznych zaburzeń osobowości: antyspołeczną, unikającą, z pogranicza, narcystyczną, obsesyjno-kompulsyjną i schizotypową, które zostały zdefiniowane przez typowe dla nich upośledzenie w zakresie funkcjonowania osobowości (kryterium A) i nasilenie patologicznych cech (kryterium B).

W przypadku ICD-11 – diagnoza nie identyfikuje konkretnego typu zaburzenia, a (1) wskazuje na nasilenie zaburzenia osobowości jako takiego (na skali: brak zaburzenia – trudności osobowościowe – łagodne zaburzenie osobowości – umiarkowane zaburzenie osobowości – głębokie zaburzenie osobowości), oraz (2) opisuje dysfunkcyjną strukturę osobowości w ramach nasilenia pięciu dysfunkcyjnych cech-domen (Negatywny afekt, Izolacja, Dysocjalność, Rozhamowanie i Anankastyczność). Dodatkowo ICD-11 daje możliwość zastosowania dodatkowego wskaźnika tj. wzorca *borderline*.

## BPD W AKTUALNYCH KLASYFIKACJACH ICD-11 ORAZ DSM-5

BPD pojawia się w inny sposób w ICD-11 oraz DSM-5. W ICD-11 jest to tzw. deskryptor *borderline*, który jest swego rodzaju wyłomem od ujęcia wymiarowego i został wprowadzony dlatego, że zwolennicy starej nomenklatury *borderline* nie zgodzili się na jego usunięcie. Argumentowali oni m.in., iż termin ten może być wykorzystywany do wyjaśniania zachowań takich jak samookaleczenia; wykluczania pacjentów ze standardowego leczenia z powodu innych diagnoz, czy też ze względu na pełną kliniczną całość (nie przystaje do

innych zaburzeń i pozwala na wyróżnienie osób, które w innym wypadku pozostałyby niezdiagnozowane; Reed i in., 2019; Tyrer, Mulder, Kim, Crawford, 2019).

W Sekcji II DSM-5 BPD włączone jest do klastra B zaburzeń osobowości, który wyróżnia osoby mające skłonność do dramatyzmu (*dramatic*), emocjonalności (*emotional*) i zmienności zachowań (*erratic behaviors*). Podobnie jak w poprzedniej (DSM-IV-TR; APA, 2000), tak i w przypadku Sekcji II DSM-5 przynajmniej pięć z dziewięciu kryteriów diagnostycznych musi zostać spełnione, aby można było zdiagnozować BPD. Poniżej przedstawiono kryteria diagnostyczne borderline obowiązujące w Sekcji II DSM-5 zaczerpnięte z tekstu opublikowanego przez APA – wydanie polskie (2021, s. 734–735).

„Stały wzorzec zachowań i doświadczania emocji, polegający na niestabilności związków międzyludzkich, zmienności w zakresie postrzegania samego siebie i reakcji emocjonalnych oraz znaczna impulsywność, rozpoczynający się u młodych dorosłych i występujący w różnych warunkach, charakteryzujący się co najmniej pięcioma z poniższych:

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

Z kolei w Sekcji III DSM-5 osobowość borderline charakteryzuje się poziomem upośledzenia funkcjonowania (Kryterium A) w dwóch lub więcej obszarach: tożsamości, kierowania sobą, empatii i bliskości, a także czterema bądź więcej patologicznymi cechami-aspektami osobowości (Kryterium B) z następujących cech-aspektów: labilność emocjonalna, niepokój, lęk separacyjny oraz depresyjność (z domeny Negatywny afekt), impulsywność i skłonność do nadmiernego ryzyka (z domeny Rozhamowanie), oraz wrogość (z domeny Antagonizm). Dodatkowo zawsze konieczne jest wystąpienie przynajmniej jednej z trzech patologicznych cech-aspektów: impulsywność, skłonność do nadmiernego ryzyka (z domeny Rozhamowanie) lub wrogość (z domeny Antagonizm).

Samuel, Carroll, Rounsaville i Ball (2013) twierdzą, że wymiarowe traktowanie BPD może znacząco polepszyć diagnozę i leczenie osób zaburzonych. Trull i Durrett (2005), a także Gamache i in. (2021) przekonują, że podejście wymiarowe rozwiązuje problemy podejścia kategorialnego, tj.: współwystępowanie diagnostyczne, niespójne rozróżnienia diagnostyczne oraz heterogeniczność.

Od momentu pojawienia się ujęcia dymensjonalnego badacze potwierdzają empiryczną wiarygodność i użyteczność modelu patologicznych cech osobowości w ocenie BPD (Campbell, Clarke, Massey, Lakeman, 2020; Gamache i in., 2021; Henriques-Calado i in., 2021; Huczewska, Didyk, Rogoza, 2019). Dla przykładu, Henriques-Calado i in. (2021) wykazali, że patologiczne cechy z DSM-5 mogą służyć jako zestaw predyktorów różnicujących borderline i chorobę afektywną dwubiegunową, a także oferować alternatywny sposób charakteryzowania zjawisk psychotycznych w BPD.

## HETEROGENICZNOŚĆ BORDERLINE

Jak wskazuje literatura, zwłaszcza biorąc pod uwagę ujęcie kategoriale w diagnozowaniu zaburzeń osobowości, populacja BPD jest wyraźnie niejednorodna (np. Bornovalova, Levy, Gratz, Lejuez, 2010; Lewis, Caputi, Grenyer, 2012). Zagadnienie pojawiającej się heterogeniczności borderline doprowadziło wielu autorów do wyróżnienia jakościowo różnych rodzajów BPD (np. Bradley, Conklin, Westen, 2005; Conklin, Bradley, Westen, 2006; Critchfield, Clarkin, Levy, Kernberg, 2008; Digre, Reece, Johnson, Thomas, 2009; Hallquist, Pilkonis, 2012; Leihener i in., 2003; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, Levy, 2008; Salzer i in., 2013; Smits i in., 2017).

Zazwyczaj różnorodność borderline analizowano, stosując dwa podejścia: podejście skoncentrowane na zmiennych (*variable-centered approach*) i podejście skoncentrowane na osobach (*person-centered approach*; Hallquist, Pilkonis, 2012). Pierwsze z nich zasadniczo miało na celu redukcję liczby kryteriów (np. z DSM) do kilku podstawowych szerszych wymiarów, przy użyciu strategii analizy czynnikowej. Uzyskana w ten sposób struktura czynnikowa jest właściwością zmiennych, a nie poszczególnych osób, przy czym zakładano, że schemat relacji między zmiennymi jest taki sam w przypadku całej populacji, tj. ludzie tworzą jednorodną, homogeniczną grupę (Laursen, Hoff, 2006; von Eye, Bogat, 2006). Na przykład zmienna A (gniew), niezależnie od różnych charakterystyk człowieka, będzie łączyła się ze zmienną B (niestabilność w relacjach interpersonalnych) w taki sam sposób dla całej populacji. Podejście skoncentrowane na zmiennych było krytykowane za skupianie się wyłącznie na izolowanych właściwościach i nieuwzględnienie specyfiki złożonego opisu różnych osób. Z kolei podejście skoncentrowane na osobie – z lub bez wykorzystania kryteriów DSM – definiowało profile współwystępowania danych zmiennych w różnych podgrupach osób, zwykle przy użyciu strategii analizy klas latentnych lub analizy skupień (Hallquist, Pilkonis, 2012). W podejściu tym zakłada się, że badani nie tworzą homogenicznej grupy, a wśród nich można wyróżnić podgrupy osób podobnych, które różnią się od osób z innych podgrup. Przyjmuje się przy tym, że w różnych podgrupach zmienne tworzą powiązania o różnym charakterze (von Eye, Bogat, 2006). Niektórzy badacze przekonują, że to podejście dostarcza bogatszych informacji o konfiguracji cech osobowości badanych osób (zob. Alessandri, Vecchione, 2017; Asendorpf, 2002).

Jeśli chodzi o zastosowanie tych podejść do BPD, to w podejściu skoncentrowanym na zmiennych badacze zazwyczaj wskazywali na dwu- (Benazzi, 2006; Rosenberger, Miller, 1989; Whewell i in., 2000), trzy- (Blais, Hilsenroth, Castlebury, 1997; Clarkin i in., 1993; Lewis i in., 2012; Rusch, Guastello, Mason, 1992; Sanislow, Grilo, McGlashan, 2000; Taylor, Reeves, 2007) oraz czteroczynnikowe rozwiązania (Becker, McGlashan, Grilo, 2006), a zidentyfikowane czynniki odzwierciedlały zwykle konstelację dziewięciu kryteriów osobowości borderline (zob. tabela 1a). W przypadku wcześniejszych badań z wykorzystaniem podejścia skoncentrowanego na osobach większość badaczy puentowała, iż klasy nie identyfikują odrębnych typów, a jedynie odzwierciedlają nasilenie (np. niskie, umiarkowane lub wysokie prawdopodobieństwo patologii BP) zaburzenia osobowości borderline



(Bornovalova i in., 2010; Shevlin, Dorahy, Adamson, Murphy, 2007). Późniejsze badania, w których wykorzystywano dodatkowe rozwiązania (wskaźniki uznane za istotne dla patologii borderline; Salzer i in., 2013; Sleuwaegen i in., 2017) i analizy (np. *Factor Mixture Model*; Hallquist, Pilkonis, 2012), wskazywały na istnienie jakościowo różnych typów.

Przegląd najbardziej znanych modeli borderline w omówionych powyżej podejściach przedstawiono w tabelach 1a i 1b.

**Tabela 1a. Modele wymiarowe borderline (podejście skoncentrowane na zmiennych)**

Lp.	BP – Modele wymiarowe – podejście skoncentrowane na zmiennych	
1	Rosenberger, Miller (1989)	1) niestabilność ( <i>affective instability</i> ; gniew, zachowania samobójcze, impulsywność, chwiejność emocjonalna) 2) zaburzona relacja ( <i>unstable relationships</i> ; próby uniknięcia porzucenia, pustka, zaburzenia tożsamości, niestabilne relacje)
2	Rusch i in. (1992)	1) zmienność ( <i>volatility</i> ; niestabilne relacje interpersonalne, behawioralna impulsywność, nieodpowiednia złość) 2) nieprzewidywalna autodestrukcyjność ( <i>self-destructive unpredictability</i> ; chwiejność emocjonalna, akty samookaleczeń) 3) zaburzona tożsamość ( <i>identity disturbance</i> )
3	Clarkin i in. (1993)	1) problemy z tożsamością i trudnościami interpersonalnymi ( <i>identity problems and interpersonal difficulties</i> ) 2) trudności emocjonalne i samookaleczenia ( <i>affect difficulties and self-harm</i> ) 3) impulsywność ( <i>impulsivity</i> )
4	Blais i in. (1997)	1) niestabilność interpersonalna ( <i>interpersonal instability</i> ; próby uniknięcia porzucenia, zaburzenia tożsamości, pustka) 2) niestabilność afektywna i poznawcza ( <i>affective and cognitive instability</i> ; gniew, paranoja związana ze stresem) 3) impulsive zachowania autodestrukcyjne ( <i>impulse self-damaging behaviours</i> ; niestabilne relacje, impulsywność, zachowania samobójcze, chwiejność emocjonalna)
5	Sanislow i in. (2000)	1) zaburzona więź ( <i>disturbed relatedness</i> ; niestabilne relacje, zaburzona tożsamość, chroniczna pustka) 2) rozregulowane zachowanie ( <i>behavioural dysregulation</i> ; impulsywność, zachowania samobójcze) 3) dysregulacja afektu ( <i>affective dysregulation</i> ; niestabilność emocjonalna, gniew, próby uniknięcia porzucenia)
6	Whewell i in. (2000)	1) zgodny z typem borderline z ICD-10 ( <i>consistent with the ICD 10 type of borderline</i> ) 2) zgodny z typem impulsywnym z ICD-10 ( <i>consistent with the impulsive type from ICD 10</i> )
7	Becker i in. (2006)	1) groźby bądź gesty samobójcze, doświadczenie pustki bądź nudy ( <i>suicidal threats or gestures and emptiness or boredom</i> ) 2) chwiejność emocjonalna, niekontrolowana złość, zaburzona tożsamość ( <i>affective instability, uncontrolled anger, identity disturbance</i> ) 3) niestabilne relacje, obawy przed porzuceniem ( <i>unstable relationships and abandonment fears</i> ) 4) impulsywność i zaburzenia tożsamości ( <i>impulsiveness and identity disturbance</i> )
8	Benazzi (2006)	1) niestabilność afektywna ( <i>affective instability</i> ; niestabilny nastrój, niestabilne relacje międzyludzkie, niestabilny obraz siebie, chroniczna pustka i złość) 2) impulsywność ( <i>impulsivity</i> ; impulsywność, zachowania samobójcze, unikanie porzucenia i paranoiczne wyobrażenia)
9	Taylor, Reeves (2007)	1) niestabilność interpersonalna ( <i>interpersonal instability</i> ; niestabilne relacje, zaburzenie tożsamości, chroniczna pustka) 2) niestabilność afektywna i niski poziom impulsywności ( <i>affective instability and low impulsivity</i> ) 3) paranoja związana ze stresem i niski poziom złości ( <i>stress-related paranoia and low anger</i> )
10	Chmielewski, Bagby, Quilty, Paxton, Ng (2011)	1) dysregulacji afektu ( <i>affective dysregulation</i> ) 2) dysregulacji behawioralnej ( <i>behavioural dysregulation</i> ) 3) zaburzonych relacji ( <i>disturbed relations</i> )
11	Lewis i in. (2012)	1) dysregulacja afektu ( <i>affect dysregulation</i> ; impulsywność, niestabilność emocjonalna, gniew) 2) wrażliwość na odrzucenie ( <i>rejection sensitivity</i> ; zachowania samobójcze, próby uniknięcia porzucenia, pustka) 3) niepowodzenie mentalizacji ( <i>mentalization failure</i> ; paranoja związana ze stresem, zaburzenie tożsamości, niestabilne relacje)
12	Speranza i in. (2012)	1) kryteria zorientowane wewnętrznie ( <i>internally oriented criteria</i> ; unikanie porzucenia, zaburzenia tożsamości, chroniczne poczucie pustki i związane ze stresem wyobrażenia paranoidalne) 2) kryteria zorientowane zewnętrznie ( <i>externally oriented criteria</i> ; niestabilne relacje międzyludzkie, impulsywność, zachowania samobójcze lub samookaleczanie się oraz nieodpowiednia złość)

Tabela 1b. Modele typologiczne borderline (podejście skoncentrowane na osobach)

Lp.	BP – Modele typologiczne – podejście skoncentrowane na osobach
1	Fossati, Madeddu, Maffei (1999) 1) typ ciężki ( <i>severe</i> ; wysokie poparcie dla wszystkich objawów) 2) typ bezobjawowy ( <i>asymptomatic</i> ) 3) typ określony obecnością impulsywności i niewłaściwej złości ( <i>characterised by impulsivity and inappropriate anger</i> )
2	Leihener i in. (2003) 1) typ autonomiczny ( <i>autonomous</i> ) 2) typ zależny ( <i>dependent</i> )
3	Bradley i in. (2005) 1) typ wysoko funkcjonujący internalizujący ( <i>high-functioning internalizing</i> ) 2) typ histrioniczny ( <i>histrionic</i> ) 3) typ depresyjny internalizujący ( <i>depressive internalizing</i> ) 4) typ gniewny eksternalizujący ( <i>angry externalizing</i> )
4	Tchatcher, Cornelius, Clark (2005) 1) typ ciężki ( <i>severe</i> ) 2) typ umiarkowany ( <i>moderate</i> ) 3) typ impulsywny ( <i>impulsivity</i> )
5	Conklin i in. (2006) 1) typ internalizujący/rozregulowany ( <i>internalizing/dysregulated</i> ) 2) typ eksternalizujący/rozregulowany ( <i>externalizing/dysregulated</i> ) 3) typ histrioniczny/impulsywny ( <i>histrionic/impulsive</i> )
6	Oldham (2006) 1) emocjonalny ( <i>affective</i> ) 2) impulsywny ( <i>impulsive</i> ) 3) agresywny ( <i>aggressive</i> ) 4) zależny ( <i>dependent</i> ) 5) pusty ( <i>empty</i> )
7	Critchfield i in. (2008) 1) typ o podwyższonych cechach paranoidalnych i schizotypowych ( <i>elevated paranoid and schizotypal features</i> ) 2) typ o podwyższonych cechach histrionicznych i narcystycznych ( <i>elevated histrionic and narcissistic features</i> ) 3) typ o podwyższonych cechach unikowych i obsesyjno-kompulsyjnych ( <i>elevated avoidant and obsessive-compulsive features</i> )
8	Lenzenweger i in. (2008) 1) typ o obniżonych cechach antyspołecznych, paranoidalnych i agresywnych ( <i>low levels of antisocial, paranoid, and aggressive features</i> ) 2) typ o podwyższonych cechach paranoidalnych ( <i>elevated paranoid features</i> ) 3) typ o podwyższonych cechach antyspołecznych i agresywnych ( <i>elevated antisocial and aggressive features</i> )
9	Digre i in. (2009) 1) typ wycofany internalizujący ( <i>withdrawn-internalizing</i> ) 2) typ poważnie zaburzony internalizujący ( <i>severely disturbed-internalizing</i> ) 3) typ niespokojny (lękowy) eksternalizujący ( <i>anxious-externalizing</i> )
10	Newhill, Vaughn, DeLisi (2010) 1) typ impulsywny/antyspołeczny ( <i>impulsive/antisocial</i> ) 2) typ o niskim poziomie psychopatii ( <i>low psychopathic</i> ) 3) typ interpersonalnie wykorzystujący (manipulacyjny)/narcystyczny ( <i>interpersonally exploitative/narcissistic</i> ) 4) typ o wysokim poziomie psychopatii/antyspołeczny ( <i>high psychopathic/antisocial</i> )
11	Hallquist, Pilkonis (2012) 1) typ gniewny/agresywny ( <i>angry/aggressive</i> ; najwyższy poziom agresji, manipulacja i rozhamowanie) 2) typ gniewny/podejrzliwy ( <i>angry/mistrustful</i> ) 3) typ z zaburzeniami tożsamości i niskim poziomem gniewu ( <i>poor identity/low anger</i> ) 4) typ prototypowy z umiarkowanym poziomem agresji i niskim poziomem nieufności ( <i>prototypical</i> )
12	Millon, Millon, Meagher, Grossman, Ramnath (2012) 1) zniechęcony ( <i>discouraged</i> ) 2) drażliwy ( <i>petulant</i> ) 3) impulsywny ( <i>impulsive</i> ) 4) autodestrukcyjny ( <i>self-destructive</i> )
13	Soloff, Chiappetta (2012) 1) typ wysokiej śmiertelności ( <i>high lethality</i> ) 2) typ niskiej śmiertelności ( <i>low lethality</i> )
14	Salzer i in. (2013) 1) typ mściwy ( <i>vindictive</i> ) 2) typ umiarkowanie uległy ( <i>moderate submissive</i> ) 3) typ nieasertywny ( <i>nonassertive</i> ) 4) typ wykorzystujący ( <i>exploitable</i> ) 5) typ społecznie unikowy ( <i>socially avoidant</i> )

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Lp.	BP – Modele typologiczne – podejście skoncentrowane na osobach	
15	Wright i in. (2013)	1) typ natrętny ( <i>intrusive</i> ) 2) typ mściwy ( <i>vindictive</i> ) 3) typ unikający ( <i>avoidant</i> ) 4) typ nieasertywny ( <i>nonassertive</i> ) 5) typ umiarkowanie wykorzystujący ( <i>moderate exploitable</i> ) 6) typ ciężko wykorzystujący ( <i>extreme exploitable</i> )
16	Ramos, Canta, de Castro, Leal (2014)	1) typ internalizujący ( <i>internalizing</i> ) 2) typ eksternalizujący ( <i>externalizing</i> )
17	Rebok i in. (2014)	1) typ afektywny ( <i>affective</i> ) 2) typ impulsywny ( <i>impulsive</i> ) 3) typ agresywny ( <i>aggressive</i> ) 4) typ zależny ( <i>dependent</i> ) 5) typ pusty ( <i>empty</i> )
18	Rufino, Ellis, Clapp, Pearte, Fowler (2017)	1) typ o niskim upośledzeniu ( <i>low impairment</i> ) 2) typ globalnej dysregulacji ( <i>global dysregulation</i> ) 3) typ emocjonalnie świadomy ( <i>emotionally aware</i> )
19	Sleuwaegen i in. (2017)	1) typ emocjonalny/rozhamowany ( <i>emotional/disinhibited</i> ) 2) typ zahamowany ( <i>inhibited</i> ) 3) typ o niskim poziomie niepokoju ( <i>low levels anxiety</i> ) 4) typ wysokiej samokontroli ( <i>high self-control</i> )
20	Smits i in. (2017)	1) typ „rdzeniowy BPD” ( <i>core BPD features</i> ) 2) typ ekstrawertywny/eksternalizujący ( <i>extravert/externalizing</i> ) 3) typ schizotypowy/paranoidalny ( <i>schizotypal/paranoid</i> )
21	Slavin-Stewart, Boylan, Burke (2018)	1) typ z niskimi objawami ( <i>low symptom</i> ) 2) typ lękowy ( <i>anxious</i> ) 3) typ „trauma” ( <i>trauma</i> ) 4) typ „BPD” ( <i>BPD</i> )
22	Sleuwaegen i in. (2018)	1) typ emocjonalny/rozhamowany ( <i>emotional/disinhibited</i> ) 2) typ z niskim poziomem niepokoju (lęku) ( <i>low levels anxiety</i> ) 3) typ zahamowany ( <i>inhibited</i> )
23	Johnson, Levy (2020)	1) typ bezobjawowy ( <i>asymptomatic</i> ) 2) typ niestabilny/chwiejny ( <i>unstable</i> ) 3) typ pusty ( <i>empty</i> )
24	Cavelti i in. (2021)	1) typ borderline ( <i>borderline group</i> ) 2) typ impulsywny ( <i>impulsive group</i> )
25	Gamache i in. (2021)	1) typ z cechami borderline ( <i>borderline traits</i> ) 2) typ z umiarkowaną patologią borderline z impulsywnością ( <i>moderate pathology with impulsivity</i> ) 3) typ z umiarkowaną patologią borderline z problemami z tożsamością i depresją ( <i>moderate pathology with identity problems and depressivity</i> ) 4) typ z ciężką patologią borderline ( <i>severe pathology</i> )

*Adnotacja.* Modele nr 6 i 12 są zaczerpnięte z obserwacji klinicznych i teorii.

## PRÓBA UPORZĄDKOWANIA BPD

Poniżej przedstawiono próbę syntezy wiedzy o heterogeniczności borderline wynikającej z zaprezentowanych modeli w tabelach 1a i 1b. Zastosowana metoda polegała na dwóch krokach. Pierwszy z nich to wyodrębnienie z omówionych modeli możliwie najmniejszych jednostek znaczeniowych, rozumianych jako wąsko zdefiniowane cechy, opisujących różnicowanie borderline. Natomiast drugi – polegał na połączeniu wyróżnionych jednostek znaczeniowych w szersze, spójne teoretycznie grupy, nazwane domenami. Taka metoda

pozwołała na (1) uwzględnienie całej opisywanej w literaturze różnorodności borderline, ale (2) w taki sposób, aby opis był możliwie syntetyczny. Krok pierwszy był zatem krokiem analitycznym, a krok drugi – syntetycznym, przy czym jego wartością było uwzględnienie większości głównych modeli obecnych w literaturze.

Oczywiście w wielu modelach pewne jednostki znaczeniowe się powtarzały, a ostatecznie wyodrębniono 59 podstawowych jednostek znaczeniowych ze wszystkich modeli (zob. tabela 2). Celowo pominięto te dotyczące samego nasilenia patologii (np. typ ciężki, typ umiarkowany itp.), „traumy” i patologii borderline jako takiej (np. typ „BPD”, typ borderline itp.). Dokonano także modyfikacji w postaci usunięcia kwantyfikacji „podwyższony”, uznając tym samym, że samo określenie (np. paranoidalny czy unikowy) jest równoznaczne z wysokim nasileniem konkretnej jednostki. Wykluczono również typy, które w literaturze pojawiają się jako nieopisujące bezpośrednio zaburzenia borderline, co mogłoby wskazywać, że jest to grupa względnie zdrowa, tj. typ bezobjawowy, emocjonalnie świadomy i o wysokiej samokontroli.

**Tabela 2. 59 jednostek znaczeniowych wyodrębnionych z modeli borderline wymienionych w tabelach 1a i 1b**

Lp.	Jednostki znaczeniowe
1	impulsywny
2	o niewłaściwej złości
3	gniewny eksternalizujący
4	drażliwy
5	gniewny
6	antyspołeczny
7	agresywny
8	mściwy
9	eksternalizujący/rozregulowany
10	eksternalizujący
11	ekstrawertywny/eksternalizujący
12	o umiarkowanym poziomie agresji
13	o obniżonych cechach antispołecznych
14	o obniżonych cechach agresywnych
15	o niskim poziomie gniewu
16	autonomiczny
17	umiarkowanie uległy
18	nieasertywny
19	zależny
20	internalizujący
21	wysoko funkcjonujący internalizujący
22	depresyjny internalizujący
23	o problemach z depresją
24	zniechęcony
25	wycofany internalizujący
26	internalizujący/rozregulowany
27	poważnie zaburzony internalizujący
28	histrioniczny
29	histrioniczny/impulsywny

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Lp.	Jednostki znaczeniowe
30	paranoidalny
31	podejrzliwy
32	o obniżonych cechach paranoidalnych
33	o niskim poziomie nieufności
34	schizotypowy
35	narcystyczny
36	interpersonalnie wykorzystujący (manipulacyjny)
37	umiarkowanie wykorzystujący
38	obsesyjno-kompulsyjny
39	natrętny
40	psychopatyczny
41	o niskim poziomie psychopatii
42	o zaburzonej tożsamości
43	o problemach z tożsamością
44	unikający
45	autodestrukcyjny
46	o niskim nasileniu zachowań autodestrukcyjnych
47	niestabilny/chwiejny
48	afektywny
49	o niskim upośledzeniu w dysregulacji
50	o globalnej dysregulacji
51	emocjonalny/rozhamowany
52	zahamowany
53	niespokojny (lękowy) eksternalizujący
54	lękowy
55	o niskim poziomie lęku
56	odczuwający pustkę
57	wrażliwy na odrzucenie
58	niestabilny interpersonalnie
59	niezdolny do odróżniania siebie od innych

W kroku drugim poddano analizie 59 wyróżnionych jednostek, poszukując podobieństwa między nimi. W rezultacie zostały one połączone w 11 domen – spójnych wewnętrznie oraz odróżnialnych od innych grup. Zostały one wymienione w tabeli 3. Wyróżnione domeny różnią się między sobą nie tylko znaczeniowo, ale także zakresem. Świadczy o tym m.in. ilość włączonych w nie pojedynczych jednostek znaczeniowych. Dla przykładu domeny internalizacyjna (II) i eksternalizacyjna (VIII) posiadają najwięcej zgrupowanych z 59 pierwotnych jednostek znaczeniowych (odpowiednio – 16 i 24), w związku z tym ich zakres znaczeniowy będzie jakościowo szerszy aniżeli domen obsesyjno-kompulsyjnej czy schizotypowej, do których przynależy tylko jedna pierwotna jednostka. Poniżej, pod tabelą 3, przedstawiono uzasadnienie owego proponowanego podziału.



Tabela 3. 59 jednostek znaczeniowych zaszeregowane w 11 grup spójnych domen

Lp.	Grupy spójnych jednostek znaczeniowych (domeny)	Pojedyncze jednostki znaczeniowe (wąsko określone cechy)
I	obsesyjno-kompulsyjna	38 – obsesyjno-kompulsyjny
II	internalizacyjna	20 – internalizujący 21 – wysoko funkcjonujący internalizujący 25 – wycofany internalizujący 26 – internalizujący/rozregulowany 27 – poważnie zaburzony internalizujący 53 – niespokojny (lękowy) eksternalizujący 54 – lękowy 55 – o niskim poziomie lęku 52 – zahamowany 22 – depresyjny internalizujący 23 – o problemach z depresją 19 – zależny 17 – umiarkowanie uległy 18 – nieasertywny 24 – zniechęcony 44 – unikający
III	autodestrukcyjna	45 – autodestrukcyjny 46 – o niskim nasileniu zachowań autodestrukcyjnych
IV	doświadczenia pustki	56 – odczuwający pustkę
V	wrażliwości na odrzucenie	57 – wrażliwy na odrzucenie
VI	paranoidalna	30 – paranoidalny 31 – podejrzliwy 32 – o obniżonych cechach paranoidalnych 33 – o niskim poziomie nieufności
VII	schizotypowa	34 – schizotypowy
VIII	eksternalizacyjna	9 – eksternalizujący/rozregulowany 10 – eksternalizujący 11 – ekstrawertywny/eksternalizujący 2 – o niewłaściwej złości 3 – gniewny eksternalizujący 4 – drażliwy 5 – gniewny 6 – antyspołeczny 7 – agresywny 12 – o umiarkowanym poziomie agresji 13 – o obniżonych cechach antyspołecznych 14 – o obniżonych cechach agresywnych 15 – o niskim poziomie gniewu 8 – mściwy 39 – natrętny 40 – psychopatyczny 41 – o niskim poziomie psychopatii 36 – interpersonalnie wykorzystujący (manipulacyjny) 37 – umiarkowanie wykorzystujący 16 – autonomiczny 35 – narcystyczny 28 – histrioniczny 29 – histrioniczny/impulsywny 1 – impulsywny
IX	niestabilności interpersonalnej	58 – niestabilny interpersonalnie
X	zaburzonej świadomości siebie	42 – o zaburzonej tożsamości 43 – o problemach z tożsamością 59 – niezdolny do odróżniania siebie od innych

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Lp.	Grupy spójnych jednostek znaczeniowych (domeny)	Pojedyncze jednostki znaczeniowe (wąsko określone cechy)
XI	dysregulacji emocjonalnej	47 – niestabilny/chwiejny 48 – afektywny 51 – emocjonalny/rozhamowany 50 – o globalnej dysregulacji 49 – o niskim poziomie upośledzenia w dysregulacji

*Adnotacja.* Liczba w kolumnie trzeciej oznacza konkretną pojedynczą jednostkę znaczeniową z tabeli 2.

Między innymi Wright i in. (2012) dostarczyli dowodów na istnienie dwóch czynników psychopatologii osobowości – internalizacja i eksternalizacja. W kategoriach DSM-5 – czynnik internalizacji składał się z Negatywnego afektu i Izolacji (tj. niepokój/lęk, perseveratywność, depresyjność, wycofanie i anhedonia), podczas gdy czynnik eksternalizacji z Antagonizmu i Rozhamowania (tj. skłonność do manipulacji, skłonność do oszukiwania, wielkościowość, poszukiwanie uwagi, nieodpowiedzialność, impulsywność, skłonność do nadmiernego ryzyka; Widiger i in., 2019). Te doniesienia wydają się korespondować z badaniami Ramosa i in. (2014), którzy opierając się m.in. na skali wzorców osobowości MACI (*Millon Adolescent Clinical Inventory*; Millon, Millon, Davis, 1993) wskazali dwa rozwiązania opisujące osobowość borderline – typ internalizujący i eksternalizujący. Typ internalizujący prezentował wysokie wyniki w zakresie cech: poniżania siebie (*self-demeaning*), introwersji (*introversive*), bycia ponurym/smętnym (*doleful*), zahamowania (*inhibited*) i uległości (*submissive*), natomiast typ eksternalizujący – siły/gwałtowności (*forceful*), bycia niesfornym/nieposłusznym (*unruly*), samolubstwa (*egotistic*) oraz dramatyzacji (*dramatizing*). Dodatkowo, Digre i in. (2009) w wynikach badań raportują m.in. typ wycofany internalizujący, a Bradley i in. (2005) typ depresyjny internalizujący i gniewny eksternalizujący, wskazując tym samym na specyfikę internalizacji i eksternalizacji. Warto również wspomnieć, iż na podstawie teorii etiologii BPD Millon i in. (2012) wskazali (oprócz trzech innych) typ zniechęcony jako ten, który łączy w sobie cechy osobowości depresyjnej, uległej, zależnej i unikającej. Leihener i in. (2003) dowiedli także, iż autonomiczność osiągała niskie wyniki m.in. w uległości (*submissive*) i introwersji (*introverted*), a wysokie w pewności siebie (*assured*) i arogancji (*arrogant*). Z tej perspektywy wydaje się zasadne połączenie jednostek lękowych (53, 54, 55), zahamowania (52), depresji (22, 23), zależnej (19), uległej (17), nieasertywnej (18), zniechęconej (24) i unikającej (44) w ogólną grupę jednostek internalizacyjnych (II), natomiast w grupę eksternalizacji (VIII) następujące jednostki: o niewłaściwej złości (2), gniewne (3, 5, 15), drażliwą (4), antyspołeczne (6, 13), agresywne (7, 12, 14), mściwą (8), natrętną (39), psychopatyczne (40, 41), wykorzystujące (36, 37), autonomiczną (16), narcystyczną (35), histrioniczne (28, 29) i impulsywną (1).

Grupa jednostek autodestrukcyjnych (III) łączy ze sobą jednostkę autodestrukcyjną (45) i tę o niskim nasileniu zachowań autodestrukcyjnych (46), ponieważ odnoszą się one wprost do zachowań samouszkodzających i autoagresywnych. Grupa paranoidalna (VI) skupia jednostki: paranoidalną (30), podejrzliwą (31), o obniżonych cechach paranoidalnych (32), a także o niskim poziomie nieufności (33) ze względu na wzajemne podobieństwo znaczeniowe. Biorąc pod uwagę problemy z obrazem siebie i poczuciem własnej wartości, grupa jednostek o zaburzonej świadomości siebie (X) łączy jednostki o wspólnych cechach: zaburzonej tożsamości (42), o problemach z tożsamością (43), a także jednostkę niezdolną do odróżniania siebie od innych (59). Natomiast grupa jednostek dysregulacji emocjonalnej (XI) łączy wszystkie jednostki, które jakkolwiek związane były z dysregulacją emocjonalną/afektywną (47, 48, 51, 50, 49). Pozostałe jednostki, tj. obsesyjno-kompulsyjna (38), doświadczania pustki (56), wrażliwości na odrzucenie (57), schizotypowa (34) i niestabilności interpersonalnej (58), są różne od pozostałych, dlatego formują osobne domeny.

## PODSUMOWANIE

Przy pomocy obszernej literatury przedstawiono aktualny stan wiedzy dotyczący heterogeniczności osobowości borderline z uwzględnieniem historycznego ujęcia, a także kategoryjnego i wymiarowego traktowania diagnozy. Kluczowym celem było uporządkowanie wymiarowych i typologicznych modeli, a także dokonanie ich systematyzacji poprzez wyodrębnienie i zgrupowanie szczegółowych jednostek znaczeniowych BPD w szersze grupy. Selekcjonowanie polegało głównie na porównywaniu różnych modeli ze sobą, wyłanianiu z nich podobnych lub zazębiających się znaczeniowo pojedynczych jednostek, a następnie umiejscawianie tych elementów w nowej grupie jednostek. Wynikiem owego sortowania są nowe, uproszczone, ujednoczone, spójne, ale zakresowo różne grupy jednostek, do których przypisano pojedyncze jednostki znaczeniowe. Wartością niniejszego artykułu jest propozycja kategoryzacji wielu różnych modeli, która może być niejako fundamentem umożliwiającym dopasowanie chociażby do innych modeli psychologicznych identyfikujące szersze tło osobowościowe.

## BIBLIOGRAFIA

- Alessandri, G., Vecchione, M. (2017). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality types across cultures. W: A. T. Church (red.), *The Praeger handbook of personality across cultures: Culture and characteristic adaptations* (s. 211–246). Santa Barbara: Praeger/ABC-CLIO.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Waszyngton: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Text Revision. Waszyngton: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Waszyngton: APA.
- Asendorpf, J. B. (2002). Editorial: The puzzle of personality types. *European Journal of Personality*, 16, 51–55. <https://doi.org/10.1002/per.446>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042–2047. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>
- Becker, D. F., McGlashan, T. H., Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>
- Benazzi, F. (2006). Borderline personality–bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.06.010>
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Castlebury, F. D. (1997). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 31–37. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90050-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90050-X)
- Bornovalova, M. A., Levy, R., Gratz, K. L., Lejuez, C. W. (2010). Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: Initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychological Assessment*, 22(2), 233–245. <https://doi.org/10.1037/a0018493>
- Bradley, R., Conklin, C., Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006–1019. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x>
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 972–981. <https://doi.org/10.1111/inm.12737>
- Cavelti, M., Thompson, K., Betts, J., Fowler, C., Luebbers, S., Cotton, S. M., Chanen, A. M. (2021). Borderline personality disorder diagnosis and symptoms in outpatient youth as risk factors for criminal offenses and interpersonal violence. *Journal of Personality Disorders*, 35, 23–37. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2021\\_35\\_503](https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_503)
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
- Chmielewski, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Paxton, R., Ng, S. A. M. (2011). A (re)-evaluation of the symptom structure of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(9), 530–539. <https://doi.org/10.1177/070674371105600904>
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Sowiło, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3–4), 134–141. <https://doi.org/10.1159/000508353>
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 137–143. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.2.137>

- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 466–486. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Conklin, C. Z., Bradley, R., Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 69–77. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Kernberg, O. F. (2008). Organization of cooccurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 185–200. <https://doi.org/10.1348/014466507X240731>
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly, 11*, 301–321.
- Digre, E. I., Reece, J., Johnson, A. L., Thomas, R. A. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 3*(1), 56–67. <https://doi.org/10.1002/pmh.64>
- Doering, S. (2019). Borderline personality disorder in patients with medical illness: A review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosomatic Medicine, 81*(7), 584–594. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000724>
- Dowson, J. H., Grounds, A. (1995). *Personality disorders: Recognition and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Laurensen, E. M., Verheul, R., Busschbach, J. J., Soeteman, D. I. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: Quality of life and costs. *Journal of Personality Disorders, 26*(4), 593–604. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.593>
- Fossati, A., Madeddu, F., Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders, 13*(3), 268–280. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.3.268>
- Frosch, J. (1964). The psychotic character. *Psychiatric Quarterly, 38*, 81–96. <https://doi.org/10.1007/BF01573368>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Côté, A., Faucher, J., ... Tremblay, M. (2021). Latent profiles of patients with borderline pathology based on the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00146-w>
- Glover, K. (2021). Gender differences in the clinical presentation of borderline personality disorder: A review. *Dissertation, 600*. Pobrane z: <https://digitalcommons.nl.edu/diss/600>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 9*, 199–210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>
- Gunderson, J. G., Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *The American Journal of Psychiatry, 132*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Hallquist, M. N., Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(3), 228–246. <https://doi.org/10.1037/a0027953>
- Henriques-Calado, J., Gonçalves, B., Marques, C., Paulino, M., Marques, J. G., Grácio, J., Pires, R. (2021). In light of the DSM-5 dimensional model of personality: Borderline personality disorder at the crossroads with the bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders, 294*, 897–907. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.047>
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology, 38*, 82–86. <https://doi.org/10.1159/000084815>
- Huczewska, I., Didyk, P., Rogoza, R. (2019). From categorical diagnosis to dimensional assessment of borderline personality. *Current Issues in Personality Psychology, 7*(4), 355–360. <https://doi.org/10.5114/cipp.2019.89674>
- Jensen, P., Hoagwood, K., Zitner, L. (2006). What's in a name? Problems versus prospects in current diagnostic approaches. W: D. Cicchetti, D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology, t. 1: Theory and method* (s. 24–40). New Jersey: John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470939383.ch2>
- Johnson, B. N., Levy, K. N. (2020). Identifying unstable and empty phenotypes of borderline personality through factor mixture modeling in a large nonclinical sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 11*(2), 141–150. <https://doi.org/10.1037/per0000360>
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorovac, A., Simonsen, E. (2021). Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features – A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLoS One, 16*(1), e0245331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331>
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Klein, D. F. (1970). Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry, 117*(538), 351–352. <https://doi.org/10.1192/S0007125000193523>
- Klein, D. F. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. W: P. Hartocollis (red.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (s. 365–384). Nowy Jork: International Universities Press.
- Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic, 17*, 1–12.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(3), 680–691. <https://doi.org/10.1037/a0028513>
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., ... Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 170–191. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.170>

- Laursen, B., Hoff, E. (2006). Person-centered and variable-centered approaches to longitudinal data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3), 377–389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(4), 248–254. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000061150.38924.2A>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313–331. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.313>
- Lewis, K., Caputi, P., Grenyer, B. F. (2012). Borderline personality disorder subtypes: A factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196–206. <https://doi.org/10.1002/pmh.1183>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, t. 29. Nowy Jork: The Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. W: J. Livesley (red.), *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (s. 3–38). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Markon, K. E. (2013). Epistemological pluralism and scientific development: An argument against authoritative nosologies. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 554–579. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.554>
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. D. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: Pearson Assessments.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. Hoboken–New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottet, A., Corcos, M., Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: The mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Newhill, C. E., Vaughn, M. G., DeLisi, M. (2010). Psychopathy scores reveal heterogeneity among patients with borderline personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 202–220. <https://doi.org/10.1080/14789940903281157>
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
- Ramos, V., Canta, G., de Castro, F., Leal, I. (2014). Discrete subgroups of adolescents diagnosed with borderline personality disorder: A latent class analysis of personality features. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 463–482. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_126](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_126)
- Rangell, L. (1955). Scientific proceedings: Panel reports: The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 285–298. <https://doi.org/10.1177/000306515500300208>
- Rapaport, D., Gill, M., Schafer, R. (1945). *Diagnostic psychological testing*, t. 1. Chicago: The Year Book Publishers.
- Rebok, F., Teti, G. L., Fantini, A. P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S. M., Derito, M. N., Daray, F. M. (2015). Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 49–60. <https://doi.org/10.1007/s11266-014-9317-3>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Robbins, L. L. (1956). The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(3), 550–562. <https://doi.org/10.1177/000306515600400311>
- Rosenberger, P. H., Miller, G. A. (1989). Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 161–169. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.2.161>
- Rufino, K. A., Ellis, T. E., Clapp, J., Pearte, C., Fowler, J. C. (2017). Variations of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A latent profile analysis approach with adult psychiatric inpatients. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 17. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0068-2>
- Rusch, K. M., Guastello, S. J., Mason, P. T. (1992). Differentiating symptom clusters of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 730–738. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199211\)48:6<730::AID-JCLP2270480606>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199211)48:6<730::AID-JCLP2270480606>3.0.CO;2-V)
- Salzer, S., Streeck, U., Jaeger, U., Masuhr, O., Warwas, J., Leichsenring, F., Leibing, E. (2013). Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 94–98. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182532b59>
- Samuel, D. B., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Ball, S. A. (2013). Personality disorders as maladaptive, extreme variants of normal personality: Borderline personality disorder and neuroticism in a substance using sample. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 625–635. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.625>
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1629–1633. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1629>
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ..., McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 284–290. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.284>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Joiner, T. E., Jr. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375–387. <https://doi.org/10.1037/a0015711>



- Selby, E. A., Joiner, T. E., Jr. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology, 13*(3), 219–229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 53*(6), 765–774. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.003>
- Shevlin, M., Dorahy, M., Adamson, G., Murphy, J. (2007). Subtypes of borderline personality disorder, associated clinical disorders and stressful life-events: A latent class analysis based on the British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 273–281. <https://doi.org/10.1348/014466506X150291>
- Siever, L. J., Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1647–1658. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647>
- Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. W: T. Millon, R. F. Krueger, E. Simonsen (red.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (s. 350–361). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Slavin-Stewart, C., Boylan, K., Burke, J. D. (2018). Subgroups of adolescent girls with borderline personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders, 32*(5), 636–653. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_317](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_317)
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Berens, A., Vogels, C., Sabbe, B. (2017). Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences, 108*, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.065>
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Wilderjans, T., Berens, A., Sabbe, B. (2018). Do treatment outcomes differ after 3 months DBT inpatient treatment based on borderline personality disorder subtypes? *Personality and Mental Health, 12*(4), 321–333. <https://doi.org/10.1002/pmh.1430>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: A cluster-analytic approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4*, 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0066-4>
- Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R., Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(2), 259–265. <https://doi.org/10.4088/JCP.V69N0212>
- Soloff, P. H., Chiappetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 468–480. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.468>
- Southward, M. W., Cheavens, J. S. (2018). Identifying core deficits in a dimensional model of borderline personality disorder features: A network analysis. *Clinical Psychological Science, 6*(5), 685–703. <https://doi.org/10.1177/2167702618769560>
- Speranza, M., Pham-Scottet, A., Revah-Levy, A., Barbe, R. P., Perez-Diaz, F., Birmaher, B., Corcos, M. (2012). Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(4), 230–237. <https://doi.org/10.1177/070674371205700406>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly, 7*(4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stone, M. H. (1986). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. Nowy Jork: University Press.
- Stone, M. H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*(1), 193–210. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70151-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70151-9)
- Sturova, D. (1991). Zaburzenie osobowości „z pogranicza”. W: M. Sokolik (red.), *Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychoty. Mechanizmy zaburzeń, specyficzne problemy terapii* (s. 45–53). Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Taylor, J., Reeves, M. (2007). Structure of borderline personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 805–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.20398>
- Thatcher, D. L., Cornelius, J. R., Clark, D. B. (2005). Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1709–1724. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.008>
- Trull, T. J., Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Trull, T. J., Tomko, R. L., Brown, W. C., Scheiderer, E. M. (2010). Borderline personality disorder in 3-D: Dimensions, symptoms, and measurement challenges. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(11), 1057–1069. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00312.x>
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- von Eye, A., Bogat, G. A. (2006). Person-oriented and variable-oriented research: Concepts, results, and development. *Merrill-Palmer Quarterly, 52*(3), 390–420. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0032>
- Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D., Heather, N. (2000). Does the ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *British Journal of Medical Psychology, 73*(4), 483–494. <https://doi.org/10.1348/000711200160679>
- Widiger, T. A. (red.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Widiger, T. A., Lowe, J. R. (2010). Personality disorders. W: M. M. Antony, D. H. Barlow (red.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (s. 571–605). Nowy Jork: The Guilford Press.
- Widiger, T. A., Mullins-Sweatt, S. N. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. W: J. M. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender (red.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders* (s. 35–53). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Widiger, T. A., Sellbom, M., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Kotov, R., ... Wright, A. G. C. (2019). Personality in a hierarchical model of psychopathology. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 77–92. <https://doi.org/10.1177/2167702618797105>

- Widiger, T. A., Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- World Health Organization. (2020). *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. Pobrane z: <https://icd.who.int/en> (dostęp: 16.12.2021).
- Wright, A. G., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., Scott, L. N., Stepp, S. D., Nolf, K. A., Pilkonis, P. A. (2013). Clarifying interpersonal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modeling. *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.125>
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 951–957. <https://doi.org/10.1037/a0027669>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*(2), 144–150. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19749>
- Zilboorg, G. (1941). Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 4*, 149–155.