

ANNA KLATKIEWICZ

## TRAUMATYCZNE ZDARZENIA W DZIECIŃSTWIE A ROZWÓJ ZABURZENIA OSOBOWOŚCI BORDERLINE

### CHILDHOOD TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER DEVELOPMENT

Zakład Edukacji  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
p.o. kierownika: dr Mirosława Cylkowska-Nowak

---

#### Streszczenie

**Wstęp.** Współcześnie, mimo olbrzymiej wiedzy dotyczącej rozwoju dzieci, nadal wiele z nich staje się ofiarami wykorzystania fizycznego, emocjonalnego i seksualnego. Wiele osób w okresie dzieciństwa doświadcza traumatycznych wydarzeń ze strony najbliższych członków rodziny. Dlatego ważnym staje się pytanie dotyczące wpływu doświadczenia traumy na rozwój zaburzeń psychicznych w życiu dorosłym. Zaburzenie osobowości borderline jest jednym z zaburzeń, w którego etiologii wymienia się traumatyczne doświadczenia, a szczególnie wykorzystanie fizyczne, emocjonalne i seksualne. Niniejszy artykuł stanowi próbę przeglądu literatury i doniesień z badań na temat wpływu doświadczenia traumy w okresie dzieciństwa na rozwój zaburzenia osobowości borderline.

**Cel.** Celem pracy jest analiza wpływu doświadczenia traumy w okresie dzieciństwa na rozwój zaburzenia osobowości borderline.

**Material i metoda.** W badaniu zastosowano metaanalizę publikacji (raportów z badań, artykułów) na temat zdrowia kobiet i mężczyzn.

**Wyniki i wnioski.** Na podstawie dokonanej analizy, z całą pewnością stwierdzić można, iż istnieje dużo danych potwierdzających to, iż traumatyczne przeżycia we wczesnym okresie rozwoju zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń na jego dalszych etapach. Nie można pominąć faktu, iż wiele osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza donosi o doświadczeniach nadużycia lub wykorzystania fizycznego, emocjonalnego lub seksualnego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** trauma dziecięca, dzieciństwo, zaburzenie osobowości borderline, ryzyko, dysocjacja, rodzina dysfunkcyjna, wykorzystanie fizyczne, wykorzystanie emocjonalne, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie, zachowania parasuicydalne, samobójstwo.

#### Summary

**Introduction.** Many people have childhood trauma experience from the side of family members. Therefore, an important question is what is the childhood trauma impact on mental disorders development in adulthood. Borderline personality disorder is a disorder the etiology of which refers to traumatic experiences, especially the physical-, emotional- and sexual abuse.

**Aim.** The aim of the study is to analyze the impact of childhood trauma on the borderline personality disorder development.

**Material and method.** The study used a meta-analysis of publications (research reports, articles) about the impact of childhood trauma on the borderline personality disorder development.

**Results and conclusions.** On the basis of the analysis, there is much data supporting the fact that early traumatic experiences increase the likelihood of the borderline personality disorder development. Many people with borderline personality disorder reported about the experiences of physical, emotional or sexual abuse.

**KEY WORDS:** childhood trauma, childhood, borderline personality disorder, risk, dissociation, dysfunctional family, physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, neglect, parasuicide, suicide.

---

#### Wstęp

Współcześnie, mimo dynamicznego rozwoju różnych dziedzin życia oraz wzrostu świadomości społeczeństwa co do warunków dobrego rozwoju dzieci, ciągle często podawane są w programach i portalach informacyjnych doniesienia o krzywdzonych dzieciach. Wielu rodzicom wciąż, mimo wielu programów edukacyjnych dotyczących wychowania i rozwoju dzieci, kampanii społecznych i możliwości skorzystania z bezpłatnej porady psychologów i pedagogów oraz zwrócenia się po pomoc w trudnościach rodzinnych, trudno zauważyć problemy w swojej najbliższej rodzinie i krzywdę własnych dzieci.

Najmłodszy członkowie naszych społeczeństw stają się ofiarami dorosłych, a niejednokrotnie niestety w tym i swoich rodziców. Wobec dzieci stosowana jest przemoc fizyczna i psychiczna, są molestowane seksualnie, stawiane są w centrum sporów między rodzicami.

Jakie są tego skutki? Czy doświadczenie traumatycznych przeżyć w dzieciństwie wywiera swoje piętno na rozwijającej się osobowości dziecka? Czy w życiu dorosłym te osoby nadal pozostają pod wpływem trudnych doświadczeń z przeszłości?

Obecnie coraz częściej wskazuje się w psychiatrii i psychoterapii na etiologię reaktywną, a nie tylko neurotyczną, różnych zaburzeń. Dlatego też celem niniejszego artykułu jest przegląd doniesień z literatury i badań dotyczących wpływu doświadczenia traumatycznych sytuacji na rozwój dziecka i jego późniejszego dorosłego życia.

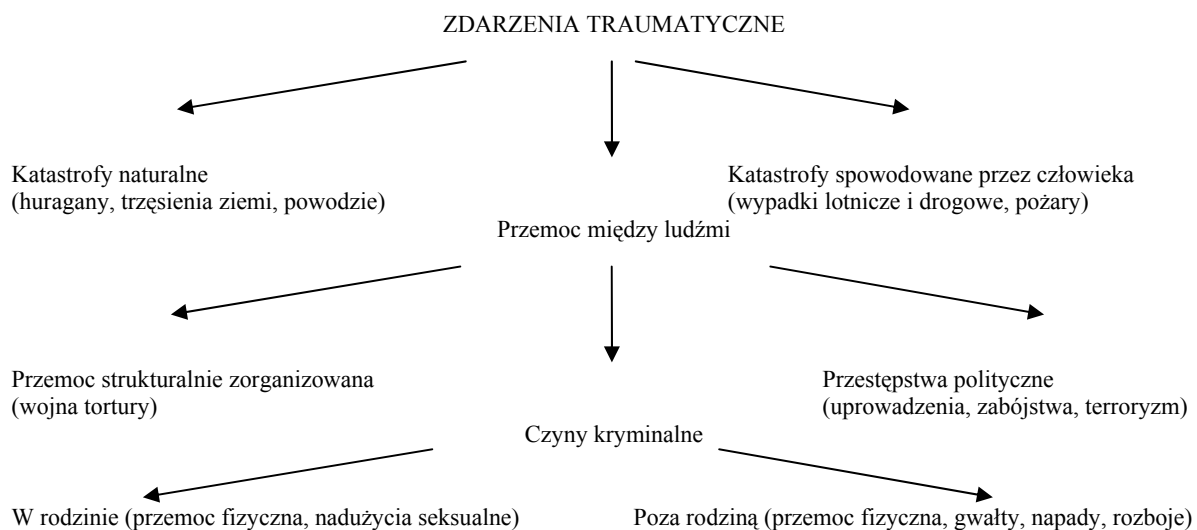
## Trauma – definicja i typologia

Słowo „trauma” jest współcześnie używane w kontekście wielu różnych sytuacji, skąd można łatwo zagubić jego faktyczne psychologiczno-diagnostyczne znaczenie. Określenie zdarzenie traumatyczne odnosi się do samego faktu wystąpienia jakiegoś konkretnego wydarzenia w życiu danej osoby, a nie do jej reakcji na daną sytuację. Odwołując się do definicji traury zawartej w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Umysłowych, oznacza ona: „(...) bezpośrednie i osobiste doświadczenie zdarzenia, które wiąże się ze śmiercią albo z poważnymi obrażeniami, lub z groźbą śmierci albo poważnych obrażeń, lub z innym zagrożeniem dla integralności fizycznej danej osoby; z byciem świadkiem śmierci, obrażeń albo zagrożenia integralności fizycznej innej osoby, lub z wiadomością o nagłej lub gwałtownej śmierci albo o poważnych obrażeniach lub o zagrożeniu śmiercią, albo z poważnymi obrażeniami, których doświadczył członek rodziny lub inna bliska osoba (Kryterium A1). Reakcja danej osoby na to zdarzenie musi się wiązać z silnym strachem, poczuciem bezradności lub przerażeniem (w przypadku dzieci, musi wiązać się z dezorganizacją zachowania lub pobudzeniem) (Kryterium A2)” [1]. DSM zalicza ponadto do potencjalnych zdarzeń traumatycznych takie sytuacje, jak: wojna, napaść fizyczna i na tle seksualnym, napad rabunkowy, bycie zakładnikiem, porwanie, ataki terrorystyczne, tortury, katastrofy, poważne wypadki samochodowe oraz choroby zagrażające życiu, bycie świadkiem czyjejś śmierci lub poważnych obrażeń na skutek przemocy, wypadku, wojny, lub katastrofy. Do zdarzeń traumatycznych zalicza się również wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie, nawet jeśli nie wiąże się ono z przemocą, urazem lub zagrożeniem nimi. Dodatkowo w klasyfikacji DSM-III-R za zdarzenie traumatyczne uzna-

wano zagrożenie dla integralności psychicznej [2]. Poniżej znajduje się typologia zdarzeń traumatycznych.

## Trauma a zaburzenia psychiczne

We współczesnej psychoterapii i psychiatrii specjaliści coraz częściej wśród etiologii zaburzeń psychicznych wymieniają doświadczenie traury w wczesnym okresie rozwoju. Badania retrospektywne pokazują, że około 25–35% kobiet i 10–20% mężczyzn potwierdza, iż byli ofiarami wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, a około 10–20% opisów tych doświadczeń przez mężczyzn i kobiety spełnia kryteria przemocy fizycznej [3]. Zaś w populacji pacjentek psychiatrycznych aż 35–70% opisuje wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie [4]. Wiele dzieci jest ponadto ofiarą znęcania psychicznego, zaniedbania i maltretowania. Skutkiem doświadczania takich zdarzeń we wczesnym okresie rozwoju są często znaczne i trwałe dysfunkcje psychiczne [5] i zakłócenia rozwoju osobowości [6]. Wiele badań pokazuje, iż doświadczanie traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie może być związane z późniejszym rozwojem aleksytymii [7, 8, 9]. Bycie wykorzystanym w dzieciństwie może predysponować również do rozwoju depresji w wieku dorosłym [10, 11]. Ponadto osoby, które były w dzieciństwie wykorzystywane seksualnie częściej niż osoby bez takich doświadczeń donoszą o symptomach fizycznych, które często pozostają bez wyjaśnień oraz o zaburzeniach somatyzacyjnych [12, 13, 14]. Jednym z częściej korelowanych zaburzeń psychicznych z doświadczaniem wczesnej traury jest zaburzenie osobowości borderline [15, 16]. Zauważyć więc można, że wiele badaczy znajduje powiązanie pomiędzy doświadczaniem traury a problemami zdrowotnymi w późniejszym czasie.



**Rycina 1.** Typologia zdarzeń traumatycznych (na podstawie: Dudek B.: Zaburzenia po stresie traumatycznym. Cena strachu. Post-traumatic stress disorder. GWP, Gdańsk 2003, 46).

Figure 1. Typology of traumatic events (based on: Dudek B.: Zaburzenia po stresie traumatycznym. Cena strachu. Post-traumatic stress disorder. GWP, Gdańsk 2003, 46).

Badania przeprowadzone przez Modestin J., Furrer R. i Malti T., pokazują, iż kobiety częściej są wykorzystywane seksualnie w okresie dorastania, co koreluje później z wysokim stopniem doświadczanych somatyzacji [17]. Ponadto wyciągnięto wnioski o korelację pomiędzy pochodzeniem z rodziny dysfunkcyjnej a byciem ofiarą wykorzystania seksualnego w okresie dzieciństwa i dorastania. U osób pochodzących z rodziny rozbitej, bądź dysfunkcyjnej, diagnozuje się częściej depresję, niż u osób z grupy kontrolnej. Depresja ta ma najczęściej charakter przewlekły, bądź nawracający, a nie epizodyczny. Natomiast przemoc w rodzinie predysponuje w wieku późniejszym do chorób psychicznych i aleksytymii.

Wszystkie formy wykorzystania seksualnego przyczyniają się w dużej mierze do rozwoju zaburzenia osobowości borderline i w ciężkich przypadkach wykorzystania dodatkowo do rozwoju somatyzacji [17]. Wielu badaczy wskazuje na jedną z konsekwencji traumy – niezdolność do modulowania emocji, co z kolei stanowi jeden z typowych wskaźników dla zaburzenia osobowości borderline [18]. Długotrwałe wykorzystanie seksualne w dzieciństwie jest predykatorem rozwoju późniejszego zaburzenia osobowości borderline i jego specyficznych symptomów, takich jak: derealizacji, promiskuityzmu, zachowań parasuicydalnych, chronicznej dysforii [19].

Badacze i terapeuci zajmujący się zaburzeniem osobowości borderline dowodzą ponadto, iż spośród osób z tym typem zaburzenia, 81% doświadczyło w dzieciństwie silnej traumy, 71% było nadużywanych fizycznie, 67% było ofiarami wykorzystania seksualnego, a 62% było świadkami przemocy domowej [20].

W odniesieniu do mężczyzn okazuje się natomiast, iż w odróżnieniu od kobiet z doświadczeniem traumy w dzieciństwie, u których częściej diagnozuje się zaburzenie osobowości borderline w życiu dorosłym, częściej diagnozowane jest schizotypowe zaburzenie osobowości [21].

Ponadto doświadczenie traumy we wczesnym okresie rozwoju wpływa na proces dojrzewania struktur mózgowych, takich jak: hipokamp, jądro migdałowe i korę przedczołową [22].

### **Trauma dziecięca a rozwój zaburzenia osobowości borderline**

Wiele badań dowodzi, iż powtarzające się w okresie dzieciństwa doświadczenia fizycznego i seksualnego wykorzystania, bycia świadkiem domowej oraz wczesnej separacji mają duże znaczenie w rozwoju zaburzenia osobowości borderline [20, 23, 24, 25]. Okazuje się bowiem, iż osoby z zaburzeniem osobowości borderline w porównaniu z osobami z innymi zaburzeniami osobowości doświadczają znacznie częściej w okresie dzieciństwa wykorzystania seksualnego, bo aż w 76%, a z grupy osób z innymi zaburzeniami osobowości 26% [26]. Dodatkowo osoby, u których rozwinęła się osobowość z pogranicza były wykorzystywane przez dłuższy okres czasu (odpowiednio osoby z zabu-

rzeniem osobowości borderline 4,9 lat i osoby z innym zaburzeniem osobowości – 0,39 lat), często z pełną penetracją (38%) oraz przez różne osoby (więcej niż jedną) w okresie dzieciństwa. Najczęściej wykorzystanie seksualne dotyka dzieci w wieku ok. 7,5 lat. Również znacząco częściej osoby z zaburzeniem osobowości borderline były ofiarami, bądź świadkami przemocy domowej (54%), niż osoby z innymi zaburzeniami osobowości (20,5%). Tego rodzaju wieloletnie wykorzystanie seksualne może u ofiary mieć negatywny wpływ na osiąganie odpowiednich dla jej wieku zadań rozwojowych, obniżać poczucie własnej wartości, zakłócać rozwój poczucia tożsamości, wpływać negatywnie na zdolność do testowania rzeczywistości, zaburzać umiejętność nawiązywania i budowania relacji interpersonalnych oraz osiągania swoich celów.

W odniesieniu do rodzin pochodzenia osób z zaburzeniem osobowości borderline, to w porównaniu z rodzinami pochodzenia osób z innymi zaburzeniami osobowości, są one mniej spójne, notuje się w nich mniej rodzinnej ekspresji emocjonalnej, natomiast więcej konfliktów oraz sprawowania rodzinnej kontroli nad członkami rodziny [26]. Takie negatywne środowisko rodzinne koreluje z rozwojem zaburzenia osobowości w 44%.

Innym czynnikiem predysponującym do rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza może być także trauma wewnątrzrodzinna, która zakłóca i wpływa negatywnie na relację między głównym opiekunem dziecka a dzieckiem [27, 28, 29]. Teza ta znajduje poparcie również wśród badaczy teorii przywiązania, którzy potwierdzają fakt, iż dezorganizacja wczesnego przywiązania stanowi duży czynnik rozwoju zaburzeń psychiatrycznych, w szczególności tych które opierają się na mechanizmach dysocjacyjnych [30]. Dezorganizacja przywiązania jest diagnozowana u 20% dzieci z grupy niskiego ryzyka zagrożenia rozwojem psychopatologii i u 40–80% niemowląt z grupy wysokiego ryzyka rozwoju psychopatologii [31]. Jednocześnie te dzieci, u których w okresie niemowlęcym zaobserwowano zdeorganizowany rodzaj przywiązania, w badaniach longitudinalnych diagnozowano wysoką częstość występowania niezintegrowanego i dramatycznego stylu reprezentacji. Co stanowi duże podobieństwo do cech charakterystycznych dla zaburzenia osobowości borderline: niezintegrowanej reprezentacji siebie i innych, niskiej kontroli impulsów i emocji, podatności w kierunku doświadczeń dysocjacyjnych i deficytów metakognitywnych [32].

Czynnikiem wpływającym na rozwój zdeorganizowanego przywiązania może też być trudna sytuacja emocjonalna matki (szczególnie, jeśli przeżycia te nie zostały przez matkę psychologicznie domknięte), zagrożenie ciąży, bądź trudny poród. Okazuje się bowiem, iż u 95% dzieci, których matki w okresie ciąży doświadczyły jakiejś straty lub innego traumatycznego doświadczenia, bądź których ciąża wiązała się z ryzykiem, rozwija się zaburzenie osobowości borderline [33].

W szczególności narażone na rozwój zaburzenia osobowości borderline są osoby, których środowisko rodzinne było konfliktowe, niespójne i naruszające osobiste granice

członków rodziny, a rodzice dopuszczali się jednocześnie zaniedbań, jak i nadużyć i wykorzystywania seksualnego, bądź fizycznego [34].

Jednocześnie w wielu analizach okazuje się, że doświadczenie w dzieciństwie wykorzystania fizycznego i seksualnego, predysponuje nie tylko do rozwinięcia zaburzenia osobowości borderline, ale również dodatkowo do skłonności do epizodów depresyjnych (30% osób) oraz tendencji maniakalno-depresyjnych (33%) w obrazie pogranicznego zaburzenia osobowości [35].

### **Doświadczenie traumatyczne, dysocjacja i zaburzenie osobowości borderline**

Doświadczenie traumatyczne (a w szczególności doświadczenie wykorzystania seksualnego, bądź fizycznego w okresie dzieciństwa) może uruchomić dysocjacyjne sposoby radzenia sobie [36]. Dysocjacja to stan jawnego zakłócenia w normalnym zintegrowanym funkcjonowaniu świadomości. Zakłócenie to obejmuje takie funkcje, jak: percepcja, pamięć i tożsamość [37]. IntrapSYchiczna dysocjacja jest składową takich zaburzeń jak: amnezja psychogenna, depersonalizacja (szczególnie w zakresie doświadczeń związanych z ciałem), derealizacja, defragmentacja tożsamości i automatyzacja [36]. W odniesieniu natomiast do zaburzenia osobowości borderline niektórzy autorzy twierdzą, że dysocjacja jest jego nieodłącznym elementem [38]. Z tego też powodu objawy dysocjacyjne zostały dodane jako jedno z kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia w DSM IV.

W badaniach okazuje się bowiem, iż 70% spośród pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza ma w swojej biografii silny poziom emocjonalnego wykorzystania i emocjonalnego zaniedbania [37]. Zdecydowana większość z nich doświadczyła takiej traumy ze strony członka lub członków najbliższej rodziny [39]. Jednocześnie osoby, które były w dzieciństwie wykorzystywane (emocjonalnie lub fizycznie) lub emocjonalnie zaniedbane prezentują znacznie wyższy poziom dysocjacji, niż osoby z zaburzeniem osobowości borderline, ale bez takich traumatycznych doświadczeń [37]. Ponadto 52% pacjentów dysocjacyjnych było ofiarami kazirodztwa [39].

Dodatkowo stwierdza się, iż wśród postaci rodzicielskich osób z zaburzeniem osobowości borderline częściej, niż w przypadku rodziców osób bez tego zaburzenia, znajdują się osoby mające częste wahania ogólnego nastroju, doświadczające intensywnego gniewu (którego kontrola sprawia im trudność), a nawet mające w swoim życiorysie przemijające doświadczenia dysocjacyjne lub urojenia paranoidalne oraz zaburzenia tożsamości. Ponadto wśród tych osób znajdują się również takie, które w swoim dzieciństwie same były ofiarami emocjonalnych, bądź fizycznych nadużyć [39]. Wykazano również zależność pomiędzy nadużyciem emocjonalnym a tendencją do zaburzenia tożsamości oraz wszystkich typów wykorzystania z labilnością emocjonalną w wieku dorosłym [39].

Mimo tych przejściowych objawów u postaci rodzicielskich, rodziny te najczęściej z perspektywy najbliższego otoczenia funkcjonują „normalnie”, przez co tłumaczy się również specyficzną zmienność osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza.

Wyniki te mogą znaleźć swoje wyjaśnienie również w biologicznym mechanizmie skutków trwałej traumy. Najprawdopodobniej doznanie traumy w okresie dziecięcym powoduje złożone zmiany w neuroanatomii, neuroendokrynologii i wrażliwości neuroprzekąnikowej, które utrzymują się również w życiu dorosłym (przykładowo długotrwały stres doznany w dzieciństwie powoduje wzrost aktywności osi podwzgórze – przysadka – nadnercza, która utrzymuje się również w życiu dorosłym) [40]. Dysocjacja zmniejsza niepokój i towarzyszącą temu odpowiedź osi podwzgórze – przysadka – nadnercza. Ta teza znajduje swoje potwierdzenie również w negatywnej korelacji pomiędzy poziomem kortyzolu i doświadczeń dysocjacyjnych obserwowanych podczas stresujących wydarzeń [41]. Wtórne zmiany adaptacyjne do trwałego, nieadaptacyjnego używania tego mechanizmu, mogą wyjaśniać niski poziom kortyzolu oraz zwiększoną wrażliwość na negatywne sprzężenie zwrotne mechanizmu osi podwzgórze – przysadka – nadnercza w sytuacjach stresujących, objawiające się zaburzeniami depersonalizacyjnymi [42]. Dodatkowo ciało migdałowate jest bardzo wrażliwe na zaburzenia osi podwzgórze – przysadka – nadnercza [43]. W rezultacie tych mechanizmów, traumatyczne powtarzające się doświadczenia w dzieciństwie mogą przyczyniać się do skłonności do agresji i niskiego poziomu kontroli impulsów (mających swą podstawę biologiczną w strukturalnych zmianach ciała migdałowatego) [37].

Na podobne zależności wykazywane przez współczesne badania, zwracał uwagę już Zygmunt Freud w swoich pracach, sugerując, iż doświadczenie fizycznej, bądź seksualnej traumy w dzieciństwie oraz wykorzystanie lub zaniedbanie emocjonalne mające charakter przewlekły może powodować zaburzenie procesu mentalizacji [44].

### **Typy rodzin wpływających zaburzająco na rozwój dziecka**

Dokonując powyższej analizy nie sposób nie zastanawiać się nad tym, jakie rodziny stanowią bezpieczne środowisko dla rozwoju i ukształtowania osobowości dzieci, a jakie dla ich harmonijnego rozwoju są zagrożeniem. Na podstawie badań Ozturk i Sar, wyróżniono osiem typów rodzin, funkcjonujących pozornie normalnie, a w rzeczywistości w dużym stopniu zaburzających rozwój dzieci [39]:

**Typ pierwszy** – rodzina wysoce napięciowa. W takiej rodzinie jeden z rodziców pełni rolę dominującą i prezentuje aktywnie egoistyczną postawę wobec drugiego partnera i dzieci. Ten aktywny egoizm może osiągnąć nawet poziom zachowań sadystycznych, gdyż to on narzuca wszystkie normy w tej rodzinie. Niedostosowanie się do nich przez jednego członka rodziny, obciąża konsekwencjami wszystkich członków rodziny. Spokój w domu jest uzależniony od

dostosowania się do instrukcji wydawanych przez dominującego rodzica. Osoba ta z reguły wykazuje się zmiennością nastrojów, intensywnym gniewem i deficytami w umiejętności jego kontrolowania, przemijającymi zachowaniami dysocjacyjnymi i paranoidalnymi oraz pomieszaniem własnej tożsamości. Natomiast dla rodzica pasywnego w tej rodzinie charakterystyczne są takie cechy jak: niespójność i brak konsekwencji, konformizm, łatwość poddawania się sugestiom partnera dominującego oraz deficyt w obrębie umiejętności społecznych, ale jednocześnie nie jest on introwertywny. Dzieci wychowywane i dorastające w takiej rodzinie uczestniczą w walce o dominację i wykazują już w okresie dojrzewania tendencję do zachowań, mających na celu rozładowanie wysokiego poziomu napięcia oraz wybuchowości. Rodzina ta jest z tych wszystkich typów najbardziej dysfunkcyjna, gdyż jej członkowie nie są w stanie przyjąć odpowiedzialności za swoje zachowanie, atmosfera jest wybuchowa, pełna przemocy słownej i fizycznej, przy jednoczesnym braku intymności i emocjonalnego wsparcia. Mimo tych cech, rodziny te we własnym postrzeganiu najczęściej uważają się za tzw. „prawdziwą rodzinę”.

**Typ drugi** – rodzina introwertywna. Obie postacie rodzicielskie charakteryzują się introwertywnością i rzadko komunikują się ze sobą, a intymność jest niedozwolona. Rodzice wychowują poprzez nakazy, żadne argumenty dzieci się nie liczą. W rzeczywistości oboje najczęściej mają tendencje obsesyjne, nawet do bycia obsesyjno-kompulsywnymi. Nie ma w tych rodzinach miejsca na role społeczne, jest dystans, wewnątrzrodzinny chaos i parę traumatycznych relacji. Dzieci najczęściej stają się również introwertywne, ponieważ ekspresja emocjonalna i zachowania impulsywne są niedozwolone. Emocjonalność jest dozwolona tylko jako doświadczenie kolektywne. Matki najczęściej przyjmują postawę moralizatorską, co podsyca agresję w rodzinie, która jest rozładowywana poprzez negatywne wzajemne nastawienie. W rezultacie członkowie rodziny nie mogą zachowywać się spontanicznie i elastycznie, a ich zdolności adaptacyjne do sytuacji są rozwinięte na bardzo niskim poziomie.

**Typ trzeci** – rodzina mieszana. W takiej rodzinie jedno z rodziców jest silnie napięciowe, natomiast drugie introwertywne (zazwyczaj matka). Partner introwertywny z dziećmi jest często przez drugiego partnera wykorzystywany (zdarza się, że w sadyistyczny sposób). W tej rodzinie najczęściej i najsilniej (ze wszystkich omawianych typów rodzin) występują wewnątrzrodzinne traumy (które mogą eskalować nawet do poziomu terroru), które są utrzymywane w sekrecie rodzinnym.

**Typ czwarty** – rodziny dwustronne (odwracalne). Ten typ rodziny charakteryzuje się niepewnością co do tego, która z postaci rodzicielskich jest introwertywna, a która ekstrawertywna. Role w rodzinie są wielokrotnie wymieniane bez widocznych przyczyn. Zachowania rodziców nie są spójne (np. charakterystyczna jest duża labilność między miłością a nienawiścią), nie ma żadnych norm i zasad rodzinnych.

**Typ piąty** – rodziny dysocjacyjne. W takiej rodzinie, przynajmniej jeden z jej członków zmaga się z zaburzeniem

dysocjacyjnym lub przejawia tendencję do doświadczeń dysocjacyjnych. Rodzinne sekrety (np. o przybranym dziecku, niewyjaśnionym zgonie wśród krewnych itp.) powiązane są często z wybuchami przed wszystkimi członkami rodziny. Rodziny te żyją z reguły poniżej średniego poziomu społeczno-gospodarczego. Powszechnie jest w tych rodzinach zamienianie ról między członkami rodziny z ofiary na sprawcę. Dzieci wychowywane w takich rodzinach często doświadczają wielu traumatycznych przeżyć i służą kontenerowaniu „rodzinnych trucizn”.

**Typ szósty** – rodziny schizoidalne. Rodziny schizoidalne mają bardzo ograniczone kontakty społeczne, żyją w swoim własnym świecie. Związki między rodzicami i dziećmi są patologiczne. Jest to typ rodziny, w której dzieci należą do najbardziej zaniedbanych pod względem fizycznym i emocjonalnym. Rodzice wykazują zachowania infantylne i niedojrzałe, a jedno z dzieci jest zmuszane do przejęcia pełnej i ogólnej odpowiedzialności za dom. Styl życia takiej rodziny jest chaotyczny, każdy członek rodziny żyje we własnym pokoju, nie ma wspólnego spożywania posiłków. Członkowie rodziny nie czują się za siebie wzajemnie odpowiedzialni. Komunikują się ze sobą w bardzo oszczędny sposób, krótkimi zdaniami, czasami godzinami potrafią się do siebie nie odzywać. Nie zapraszają do domu gości, a dużą część czasu spędzają na oglądaniu ulicy z okien.

**Typ siódmy** – rodziny depresyjne. Dla tego typu rodzin charakterystyczny jest nastrój depresyjny wszystkich członków rodziny oraz przekonanie, że są traktowani niesprawiedliwie i że inni są nieprzychylnie do nich nastawieni. Najczęściej żyją na niskim poziomie społeczno-ekonomicznym. Dzieci w takiej rodzinie również prezentują nastrój depresyjny, najczęściej ich rozwój ulega na pewnym etapie dojrzewania zatrzymaniu i nie przejawiają żadnych ambicji w życiu, zamiast tego lamentują i uskarżają się w domu.

**Typ ósmy** – rodziny narcystyczne. Rodziny takie budują rodzice aroganccy, roszczeniowi i ekshibicyjni w swoich zachowaniach. Goście są zapraszani często i przyjmowani świątecznie, mimo iż rodziny te preferują gości o wyższym statusie socjoekonomicznym. Rodzice opowiadają wówczas o swoich sukcesach i osiągnięciach oraz prezentują swoją posesję. Podobnej postawy uczone są dzieci.

### **Podtyp zaburzenia osobowości borderline a stresujące wydarzenia życiowe**

Zaburzenie osobowości borderline jest współcześnie jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych. W populacjach klinicznych zaburzenie osobowości z pogranicza występuje na poziomie 15–25% [45]. Coraz częściej mówi się jednak o tym, iż istnieje potrzeba diagnozowania nie tylko czy „tak lub nie” istnieje u danej osoby zaburzenie osobowości, ale również stopnia jego nasilenia [46]. Niektórzy badacze próbują na tej podstawie wyróżnić podtypy zaburzenia z pogranicza, poprzez wyszczególnienie częstości występowania poszczególnych kryteriów dia-

gnostycznych tego zaburzenia u osób z nim się borykających. Kryteria te to według DSM – IV, gdzie zaburzenie to 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 samouszkodzające się zachowanie.

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 bójk).

9. Przejściowe, związane ze stresem, poważne symptomy dysocjacyjne lub paranoidalne podejrzania.

I tak w badaniach okazuje się, że zaburzenia tożsamości (kryterium 3) diagnozowane są u 1,5% populacji osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości borderline, paranoiczne myśli (kryterium 9) u 6,1%, intensywny gniew (kryterium 8) u 7,8%, czyli u stosunkowo niewielkiej liczby osób. Natomiast impulsywność (kryterium 4) u 44,3%, unikanie porzucenia (kryterium 1) u 21,5% i intensywne relacje międzyludzkie (kryterium 2) u 20,5%, czyli przez znacznie większą część badanej próby [46].

Na podstawie tych wyników wyróżniono 4 podtypy zaburzenia. Podtyp 4, nie potwierdzający prawie żadnego z kryteriów poza impulsywnością, został uznany za grupę normalną. Podtyp 1 charakteryzuje się spełnianiem wszystkich kryteriów diagnostycznych w wysokim stopniu. Natomiast podtyp 2 i 3 to podtypy pośrednie, z których podtyp 2 jest bardzo podobny do podtypu 3 poza tym, iż charakteryzuje się wyższym odsetkiem osób spełniających kryterium niestabilnych i intensywnych relacji interpersonalnych (kryterium 2), kryterium niestabilności emocjonalnej (kryterium 6) oraz chronicznego poczucia pustki (kryterium 7) [46].

Następnie sprawdzono, co jeszcze różni te podtypy. Okazało się, iż osoby z podtypu 1 są w stosunku do osób z podtypu 4 młodsze i mają niższy wskaźnik inteligencji. Ponadto osoby z podtypu 1 częściej doświadczają zaburzeń psychicznych, a w ich życiu zanotowano więcej krytycznych wydarzeń życiowych. W odniesieniu do zaburzeń psychicz-

nych najczęściej pojawiały się u nich: uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia lękowo-depresyjne oraz epizody depresyjne. Natomiast w odniesieniu do krytycznych wydarzeń życiowych zanotowano w ich życiorysach: poważne choroby, bycie ofiarą urazów i pobić, śmierć bliskiej osoby w okresie dzieciństwa, bycie ofiarą znęcania się, bycie ofiarą przemocy domowej [46]. W efekcie osoby te częściej niż osoby z podtypu 4 są uzależnione od alkoholu, częściej podejmują próby samobójcze i samookaleczają się.

Natomiast osoby z podtypu 2 i 3, w porównaniu z osobami z podtypu 4, są częściej płci żeńskiej, młodsze i mają niższy wskaźnik inteligencji. Jeśli chodzi o kondycję psychiczną, to jest ona nieznacznie lepsza u osób z podtypu 2 i 3, niż u osób z podtypu 1. Podobnie prezentuje się nasilenie występowania krytycznych wydarzeń życiowych. Mimo to u osób z podtypu 2, w porównaniu z osobami z podtypu 4, częściej występują uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia lękowo-depresyjne i epizody depresji. Stosunkowo wysoki w tej grupie jest również wskaźnik podejmowania prób samobójczych [46].

Wyniki te warto uwzględnić w pracy terapeutycznej z osobami z zaburzeniem osobowości borderline, szczególnie pod kątem pracy z doświadczeniem traumatycznym w przypadku osób z podtypu 1.

### **Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, zaburzenie osobowości borderline i tendencje samobójcze**

Zaburzenie osobowości borderline jest jednym z zaburzeń, które wiąże się z dużą liczbą zachowań parasuicydalnych i suicydalnych, szczególnie w grupie kobiet [47, 48]. Zachowania parasuicydalne i suicydalne mają w tej grupie osób charakter powtarzający się (69% osób z zaburzeniem osobowości borderline podejmuje kolejne zachowanie parasuicydalne lub próbę samobójczą w ciągu 2 lat od poprzedniej, natomiast 36% wśród osób podejmujących takie zachowanie, bądź próbę, ale nie mających tego zaburzenia [49]). Ryzyko dokonania samobójstwa wynosi w tej grupie 10%, co jest porównywalne do liczby dokonanych samobójstw wśród populacji osób chorujących na schizofrenię oraz zaburzenia nastroju [50].

Jednocześnie, jak już wspomniano, wiele danych wskazuje na to, iż czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza jest wykorzystanie seksualne, bądź fizyczne oraz zaniedbanie w dzieciństwie. Badania pokazują ponadto, iż ryzyko zachowań i prób samobójczych u osób, które były wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie jest o 1,3–25,6 razy wyższe, niż u osób nigdy nie wykorzystywanych seksualnie [51]. Wśród odsetka kobiet, które przedawkowały, kobiet będących ofiarami wykorzystania seksualnego w dzieciństwie jest 15 razy więcej niż nie mających takiego doświadczenia w swojej biografii [52]. W odniesieniu natomiast do myśli samobójczych, to najczęściej mają one formę: zatracenia (wśród osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza – 75%, natomiast u osób bez tego zaburzenia – 32%), cięcia się (odpowiednio 41% i 14%). Myśli te odzwierciedlają się w metodach prób sa-

mobójczych: próby zatrucia się (odpowiednio 65% i 27%), oraz podcięcie żył (odpowiednio 28% i 14%) [49].

Osoby, które w dzieciństwie doświadczyły wykorzystania seksualnego, bądź fizycznego, w dorosłym życiu prześlaknięte są często obawą o bycie kolejny raz ofiarą, są podejrzliwe w stosunku do innych i trudno im zaufać. Przejawiają zaburzenia myślenia, deficyty w testowaniu rzeczywistości, towarzyszy im poczucie depresji i beznadziejności oraz często natrętne myśli dotyczące penetracji. Te wszystkie deficyty i zaburzenia związane są również z mechanizmami obronnymi stosowanymi przez takie osoby, w celu uniknięcia kontaktu z emocjami dotyczącymi traumatycznych zdarzeń, w rezultacie czego często doświadczają przerażającego poczucia wewnętrznej pustki, bycia nikim, bycia wewnątrznie martwym [53]. W odniesieniu do relacji wewnętrznych, okazuje się, że ich granice są słabe i przepuszczalne, spostrzegają na zmianę siebie i innych jednocześnie jako ofiary, bądź sprawców. Niemożliwe staje się dla nich zbudowanie prawdziwej bliskości z drugą osobą, za którą to bliskością tęsknią, gdyż wielokrotnie przeżywają ponownie poczucie opuszczenia, zdrady, przy jednoczesnej chęci zemsty. Wobec czego wielokrotnie przejawiają duży poziom agresji w kontaktach sami z sobą i z innymi, co niejednokrotnie prowadzi te osoby do ataków na samych siebie. Po czym często odczuwają oni poczucie winy, przynębnienie, beznadziejność, co w rezultacie napędza błędne koło autodestrukcji. Koło to pogłębia się jeszcze w momencie spostrzegania samego siebie negatywnie oraz poprzez tendencje do impulsywności, co w efekcie wielokrotnie prowadzi do podejmowania zachowań parasuicydalnych lub prób samobójczych. Samobójstwo jest najczęściej postrzegane przez te osoby, jako ostateczne zwycięstwo nad złem, unicestwienie swojego ciała (kojarzonego z bólem) lub jako ucieczka od psychicznego bólu nadużycia do lepszego świata [53].

### Zakończenie

Reasumując dokonany powyżej przegląd oraz analizę literatury i doniesień z badań dotyczących wpływu doświadczenia traumy w okresie dzieciństwa na rozwój zaburzenia osobowości borderline, z całą pewnością stwierdzić można, iż istnieje dużo danych potwierdzających to, iż traumatyczne przeżycia we wczesnym okresie rozwoju zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń na jego dalszych etapach. Nie można pominąć faktu, iż wiele osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza donosi o doświadczeniach nadużycia lub wykorzystania fizycznego, emocjonalnego lub seksualnego. Z perspektywy dziecka traumatycznym doświadczeniem jest także bycie ofiarą powtarzającego się zaniedbania ze strony rodziców. Ponadto wiele osób, u których rozwinęło się zaburzenie osobowości borderline, doświadczyło nadużycia, wykorzystania lub zaniedbania nie jednorazowo, lecz było ofiarami przez czas znacznie dłuższy, niejednokrotnie przez wiele lat. Dzieciństwo wielu z tych osób upłynęło w ciągłym strachu, napię-

ciu, bez możliwości przewidzenia momentu, kiedy ich sytuacja znowu stanie się nie do zniesienia.

Efekty takich warunków dorastania są często przez te osoby ponoszone przez całe dorosłe życie. Borykają się oni z wieloma trudnościami emocjonalnymi, trudno im zawierać i budować relacje interpersonalne z innymi, mają poważne problemy ze spójnym obrazem siebie i innych, często uzależniają się od różnych substancji psychoaktywnych, a nawet wykazują znaczne tendencje autodestrukcyjne: uszkadzają siebie, a nawet często podejmują próby samobójcze.

Jako społeczeństwo nie możemy więc być biernymi obserwatorami krzywdzonych dzieci, lecz powinniśmy dokładać wszelkich starań, aby je chronić (szczególnie dziewczynki, które częściej niż chłopcy stają się ofiarami nadużycia i wykorzystania, zwłaszcza seksualnych) przed tak traumatycznymi doświadczeniami. Jest to szczególnie istotne, gdyż niestety skutki tak traumatycznych doświadczeń (szczególnie gdy ich prowadzycielami są najczęściej najbliższe osoby, które przecież powinny chronić i dawać poczucie bezpieczeństwa) nie kończą się na życiu tych dzieci, ale są przenoszone na następne pokolenia. Gdyż jak pokazują statystyki i doświadczenie terapeutów, rodzic z zaburzeniem osobowości borderline również (bez terapii) nie jest najczęściej w stanie stworzyć optymalnych warunków dla rozwoju własnym dzieciom i zapewnić im dom, który będzie się kojarzył z miłością i bezpieczeństwem.

### Piśmiennictwo

1. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association APA, 2000, 463.
2. DSM-III-R. American Psychiatric Association APA, 1987.
3. Briere J., Elliott D.M.: Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl.*, 2003, 27, 1205-1222.
4. Briere J.: Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects. CA:Sage, Newbury Park 1992, 1-205.
5. Briere J., Scott C.: Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2010.
6. Strelau J.: Osobowość a ekstremalny stres. GWP, Gdańsk 2004, 1-368.
7. Lumley M.A., Stettner L., Wehmer F.: How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J. Psychosom. Res.*, 1996, 41, 505-518.
8. Berebaum H.: Childhood abuse, alexithymia, and personality disorder. *J. Psychosom. Res.*, 1996, 41, 585-595.
9. Zalotnic C., Shea M.T., Pearlstein T. i wsp.: The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr. Psychiatry*, 1996, 37, 12-16.
10. Brown J., Cohen P., Johnson J.G. et al.: Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1999, 38, 1490-1496.
11. Fergusson D.M., Swain-Campbell N.R., Horwood L.J.: Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychol. Med.*, 2002, 32, 991-996.

12. Kinzl J.F., Traweger C., Biel W.: Family background and sexual abuse associated with somatization. *Psychother. Psychosom.*, 1995, 64, 82-87.
13. Salmon P., Calderbank S.: The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. *J. Psychosom. Res.*, 1996, 40, 329-336.
14. Reilly J., Baker G.A., Rhodes J. et al.: The association of sexual and physical abuse with somatization: Characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychol. Med.*, 1999, 29, 399-406.
15. Oldham J.M., Skodol A.E., Gallaher P.E. et al.: Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: A pilot study. *Psychiatr. Q.*, 1996, 67, 287-295.
16. Zanarini M.C., Williams A.A., Lewis R.E. et al.: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154, 1101-1106.
17. Modestin J., Furrer R., Malti T.: Different traumatic experiences are associated with different pathologies. *Psychiatr. Q.*, 2005, 76 (1), 19-32.
18. van der Kolk B.A., Hostetler A., Hebron N. et al.: Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1994, 17, 715-730.
19. Silk K.R., Lee S., Hill E.M. i wsp.: Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am. J. Psychiatry*, 1995, 152, 1059-1064.
20. Hemina J.L., Perry J.C., van der Kolk B.A.: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1989, 146, 490-495.
21. Berenbaum H., Thompson R.J., Milana M.E. i wsp.: Psychological Trauma and Schizotypal Personality Disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 2008, 117(3), 502-519.
22. Brenner J.D.: Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 2003, 12, 271-292.
23. Ogata S., Silk K., Goodrich S. et al.: Childhood sexual and physical abuse in borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 1008-1013.
24. Westen D., Ludolph P., Mistle B. et al.: Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1990, 60, 55-66.
25. Zanarini M., Gunderson J., Marino M. et al.: Childhood experiences of borderline patients. *Compr. Psychiatry*, 1989, 30, 18-25.
26. Weaver T.L., Clum G.A.: Early Family Environments and Traumatic Experiences Associated with Borderline Personality Disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1993, 61(6), 1068-1075.
27. Sabo A.N.: Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: conceptual and clinical implications. *J. Personal. Disord.*, 1997, 11, 50-70.
28. Chu J.A., Dill D.L.: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 887-892.
29. Oldham J.M., Kodol A.E., Dallaher P.E. et al.: Relationship of borderline symptoms to historie of abuse and neglect: a pilot study. *Psychiatr. Q.*, 1996, 67, 287-295.
30. Anderson C.L., Alexander P.C.: The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 1996, 59, 240-254.
31. Main M.: Recent studiem in atachment: overview. The selected implications for clinical work, W: S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr, Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996, 343-363.
32. Hesse H., Main M.: Secondo-generation effects of unresolved trauma i non-maltreating Barents: dissociated, frightened and threatening parental behavior. *Psychoanal. Inquiry*, 1999, 19, 481-540.
33. Liotti G., Pasquini P.: Predictive factors for borderline personality disorder: patient's early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 2000, 102, 282-289.
34. Links P.S., Blum H.M.: Family environment and borderline personality disorder: Development of etiologic models, W: Family environment and borderline personality disorder. Links P.S., American Psychiatric Press., Washington 1990, 3-24, 17.
35. Weaver T.L., Clum G.A.: Early Family Environments and Traumatic Experiences Associated With Borderline Personality Disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1993, 61(6), 1072.
36. Darves-Bornoz J.M.: Experiences of Trauma and Dissociation in France. *J. Trauma. Practic.*, 2005, 4(1/2), 95-111.
37. Watson S., Chilton R., Fairchild H. i wsp.: Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2006, 40, 478-481.
38. Zweig-Frank H., Paris J., Guzder L.: Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female pateints with borderline personality disorder. *Can. J. Psychiatry*, 1994, 39, 259-264.
39. Ozturk E., Sar V.: The „Apparently Normal” Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *J. Trauma Practic*, 2005, 4(3/4), 287-303.
40. Heim C., Nemeroff C.B.: Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Semin. Clin. Neuropsychiatry*, 2002, 7, 147-159.
41. Morgan III C.A., Rasmusson W.S.: Relationship among plasma cortisol, catecholamiens, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosom. Med.*, 2001, 63, 421-422.
42. Sapolsky R.M.: Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorder. *Arch. Genral. Psychiatry*, 2000, 57, 925-935.
43. Ericsson K., Drevets W., Schulkin J.: Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in norma land pathological emotional states. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2003, 27, 233-246.
44. Fonagy P.: Attachment and borderline personality disorder. *J. Am. Psychoanal. Assos.*, 2000, 48, 1129-1146; discussion 1175-1187.
45. Gunderson J.G.: Borderline personality disorder: A clinical guide, American Psychiatric Press, Washington 2001, 1-329.
46. Shevlin M., Dorady M., Adamsom G. i wsp.: Subtypes of borderline personality disorder, associated clinical disorder and stressful live-events: A talent class analysis based on the Britidh Psychiatric Morbidity Survey. *Br. J. Clin. Psychol.*, 2007, 46, 273-281.
47. Bongar B., Petersom L.G., Golann S. et al.: Self-mutilation of the chronically parasuicidal patent: An examination of the frequent visitor to the psychiatric emergency room. *Ann. Clin. Psychiatry*, 1990, 2(3), 217-222.



48. Söderberg S.: Personality disorder in parasuicide. *Nord. J. Psychiatry*, 2001, 55(3), 163-167.
49. Söderberg S., Kullgren G., Renberg E.S.: Childhood sexual abuse predict poor outcome seven years after parasuicide. *Soc. Psychiatry: Psychiatr. Epidemiol.*, 2004, 39, 916-920.
50. Paris J.: Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr. Serv.*, 2002, 53(6), 738-742.
51. Santa Mina E.E., Gallop R.M.: Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Can. J. Psychiatry*, 1998, 43(8), 793-800.
52. Coll X., Law F., Tobias A., Hawton K. et al.: Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. *Child. Abuse. Negl.*, 2001, 25(10), 1291-1302.
53. Weinberg I., Moti Shmushkevich M.A., Barach I. et al.: „I Am Nobody”: A Case Study of Suicidal Dynamice in Pedophilia. *Arch. Suicid. Res.*, 2003, 7, 375-387.

**Adres do korespondencji:**

Zakład Edukacji  
ul. Bukowska 70, pok. 113  
60-812 Poznań