

JOOS BLOO^{a,b}
ARNOUD ARNTZ^{a,c}
ERIK SCHOUTEN^a

^aMaastricht University, The Netherlands
Clinical Psychological Science

^bCommunity Mental Health Center Virenze RIAGG
Vaals, The Netherlands

^cUniversity of Amsterdam, The Netherlands
Department of Clinical Psychology

LISTA KONTROLNA ZABURZENIA OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA (BPD): OCENA PSYCHOMETRYCZNA I STRUKTURA CZYNNIKOWA W PRÓBIE KLINICZNEJ I NIEKLINICZNEJ

Badanie dotyczyło diagnozy i konceptualizacji osobowości *borderline* (BPD) za pomocą Listy Kontrolnej Osobowości z Pogranicza (Listy Kontrolnej BPD). Lista Kontrolna BPD jest opartym na systemie DSM-IV kwestionariuszem samoopisowym, stworzonym do pomiaru natężenia dolegliwości doświadczanych w związku z określonymi objawami osobowości z pogranicza w ciągu

Adres do korespondencji: ARNOUD ARNTZ – University of Amsterdam, Department of Clinical Psychology, PO Box 15933, 1001 NK Amsterdam, Holandia; e-mail: A.R.Arntz@uva.nl

Badanie częściowo sfinansowano z grantu nr OG-97.002 przyznanego przez Holenderską Radę Ubezpieczeń Zdrowotnych (*Dutch Health Care Insurance Board*). Za pomoc w rekrutacji pacjentów dziękujemy następującym placówkom zdrowia psychicznego: Środowiskowemu Centrum Zdrowia Psychicznego „Buitenamstel” w Amsterdamie, Szpitalowi Psychiatrycznemu „De Grote Beek” w Eindhoven, Środowiskowemu Centrum Zdrowia Psychicznego „Rijngeestgroep” w Leiden, Centrum Psychiatrycznemu im. Roberta Fleury w Leidschendam, Środowiskowemu Centrum Zdrowia Psychicznego w Maastricht, Szpitalowi Psychiatrycznemu „Vijverdal” i Centrum Zdrowia Psychicznego „Doctor Poelsoord” (oba w Maastricht), Środowiskowemu Centrum Zdrowia Psychicznego „Parnassia” w Hadze, Szpitalowi Psychiatrycznemu im. Vincenta van Gogha w Venray, Uniwersyteckiemu Centrum „St. Jozef” w Kortenberg (Belgia), Środowiskowemu Centrum Zdrowia Psychicznego w Maasmechelen (Belgia) oraz Środowiskowemu Szpitalowi Psychiatrycznemu „Daelwezeth” w Rekem (Belgia).

ostatniego miesiąca. Udział w badaniu wzięło 140 pacjentów z osobowością z pogranicza, 55 pacjentów z zaburzeniami osobowości typu C, 57 pacjentów cierpiących tylko na zaburzenia psychiczne z osi I, oraz 87 osób stanowiących niekliniczną grupę kontrolną. Badano właściwości psychometryczne Listy Kontrolnej BPD i zmiany zachodzące podczas leczenia. Konfirmacyjne analizy czynnikowe pierwszego rzędu przeprowadzone dla Listy Kontrolnej BPD na siedmiu wymiarowych modelach osobowości z pogranicza potwierdziły zarówno model 1-czynnikowy, jak i 9-czynnikowy, oparty na kryteriach DSM-IV. Stwierdzono bardzo dobrą spójność wewnętrzną, a także trafność teoretyczną, diagnostyczną i różnicową. Określono normy kliniczne i punkty odcięcia o wysokiej czułości i swoistości. Kwestionariusz jest narzędziem odpowiednim do badań przesiewowych i pomiaru efektów terapii, ponieważ okazał się czuły na zmiany.

Słowa kluczowe: zaburzenie osobowości z pogranicza; diagnoza; psychometria; struktura czynnikowa; trafność.

WPROWADZENIE

Zaburzenie osobowości z pogranicza (zaburzenie osobowości typu *borderline*; *borderline personality disorder*, BPD) jest poważną dolegliwością psychiczną, powszechnie spotykaną u pacjentów placówek służby zdrowia; jej jedynym stałym wyznacznikiem jest niestabilność w ważnych sferach życia (takich jak utrzymywanie związków, regulacja emocji, impulsywność, tożsamość i procesy poznawcze; APA, 1994). Kliniczne i badawcze zainteresowanie osobowością z pogranicza ogromnie się zwiększyło od czasu konceptualizacji tego zaburzenia w ramach systemu DSM. Mniej więcej równolegle wzrasta zrozumienie faktu, że natura i złożoność zaburzenia osobowości z pogranicza domaga się również skonstruowanych specjalnie z myślą o niej narzędzi przesiewowych i pomiarowych zarówno do celów klinicznych, jak i do celów badawczych; narzędzia takie są niezbędne do zrozumienia osobowości *borderline* i do wypracowania praktyki terapii tego zaburzenia opartej na danych empirycznych. Wywiady diagnostyczne (np. SCID-II i DIB; First, Gibbon, Spitzer, Williams i Benjamin, 1997, 2010; Zanarini, Gunderson, Frankenburg i Chauncey, 1989) są często stosowane w badaniach osobowości z pogranicza jako miary efektów leczenia (Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Cristoph i Beck, 2004; Clarkin, Levy, Lenzenweger i Kernberg, 2004; Hoglend, 1993; Nordahl i Nysæter, 2005; Stevenson i Meares, 1992). Jednak wywiady obejmują głównie okresy długie i nie są odpowiednim narzędziem do wykrywania zmian w krótszych przedziałach czasowych; przede wszystkim są one czasochłonne, a co za tym idzie – ich stosowanie generuje koszty. Kolejnym problemem w badaniu osobowości z pogranicza przy użyciu większości szeroko stosowanych (samoopisowych) narzędzi do pomiaru wyników leczenia jest to, że narzędzia te koncentrują się na ogólnym

nych aspektach psychopatologii, wskutek czego ukazują zaledwie część tego zaburzenia (w tym ogólne poziomy objawów, lęk, depresję i samoocenę). Podsumowując, potrzeba narzędzi mierzących aktualne nasilenie psychopatologii osobowości z pogranicza, łatwych w zastosowaniu i czułych na zmiany, aby mogły być używane do pomiaru efektów leczenia.

Ważną kwestią w ocenie nasilenia objawów BPD jest konceptualizacja osobowości z pogranicza – szczególnie decyzja o ujmowaniu tego zaburzenia jako konstruktu jednowymiarowego bądź wielowymiarowego (Zanarini i in., 1989; Hurt i in., 1990; Morey, 1991; Adams, Bernat i Luscher, 2001; Livesley i Schröder, 1991; Clarkin, Hull i Hurt, 1993; APA, 1994; Arntz, 1999; Fossati i in., 1999; Sanislow i in., 2002). Wcześniejsze badania ujawniały różne podwymiary patologii typu *borderline*. Zanarini i współpracownicy (1989) wyróżnili cztery wymiary tej patologii: afekt, poznanie, impulsywność i relacje międzyludzkie. Hurt i współpracownicy (1990) określili trzy zespoły kryteriów osobowości z pogranicza: tożsamość, afekt i impulsywność. Morey (1991) oraz Adams i współpracownicy (2001) uzyskali cztery wymiary: niestabilność afektywną, problemy tożsamościowe, negatywne relacje, oraz zachowania autodestrukcyjne. Na podstawie przeglądu literatury, Livesley i Schröder (1991) zaproponowali trzy czynniki leżące u podstaw osobowości z pogranicza: niestabilność/dezorganizację, wykorzystywanie innych (nie będące jednym z kryteriów DSM-IV) i zachowania autodestrukcyjne, jako czynniki najlepiej pasujące do pacjentów z osobowością z pogranicza i najlepiej odróżniające ich od innych pacjentów z zaburzeniami osobowości typu B. Badając osiem kryteriów DSM-III-R, Clarkin i współpracownicy (1993) znaleźli dowody na trójczynnиковą strukturę BPD, z następującymi czynnikami: niepewność siebie i trudności interpersonalne, afekt i regulacja afektu oraz impulsywność. Były jednak także dowody przemawiające za istnieniem czwartego czynnika: gniew/wrogość (odrębnego od afektu i regulacji afektu). Sanislow i współpracownicy (2002) badali kryteria osobowości *borderline* opisane w podręczniku DSM-IV nie tylko jako jednolity konstrukt, lecz także jako model trójczynnиковy, obejmujący zakłóconą relacyjność, dysregulację zachowania i dysregulację afektywną. Chociaż niektóre z powyższych modeli mają, jak się zdaje, identyczne podwymiary (np. „afekt”), kryteria DSM zaproponowane dla tych wymiarów są różne w różnych modelach (zob. przegląd w sekcji Metoda). W przeciwieństwie do modeli wielowymiarowych, badania o charakterze analizy czynnikowej dostarczyły dowodów na dobrą reprezentację kryteriów osobowości *borderline* przez jeden czynnik, przy wysokiej spójności wewnętrznej skali opartej na tych kryteriach (Arntz, 1999; Arntz i in., 2009; Sanislow i in., 2002). Ogólnie rzecz biorąc, nie ma zgodnej opinii co do tego, czy

kryteria osobowości z pogranicza według DSM powinno się traktować jako odnoszące się do konstruktów jednowymiarowego czy wielowymiarowego, a w przypadku wielowymiarowości – jakie są jego podwymiary.

Opracowaliśmy dwa narzędzia przeznaczone do badania osobowości z pogranicza, służące do pomiaru aktualnego nasilenia tej patologii: samoopisową Listę Kontrolną Osobowości z Pogranicza (*BPD Checklist*) – kwestionariusz złożony z 47 pozycji, oraz półstrukturalizowany wywiad pod nazwą Wskaźnik Nasilenia Osobowości z Pogranicza (*Borderline Personality Disorder Severity Index*, BPDSI; trwają badania nad właściwościami psychometrycznymi polskiej wersji narzędzia w tłumaczeniu K. Staniaszek i A. Popiel). Oba instrumenty mają na celu pomiar aktualnego nasilenia określonych przejawów osobowości z pogranicza i zostały stworzone do oceny efektów leczenia pacjentów z tym zaburzeniem osobowości. Ścisłe rzecz biorąc, Lista Kontrolna BPD zawiera pytania o dolegliwości związane z objawami osobowości z pogranicza, które pacjent odczuwał w ciągu ostatniego miesiąca, natomiast wywiad BPDSI pozwala uzyskać ilościowy wskaźnik nasilenia i częstotliwości zachowań charakterystycznych dla osobowości z pogranicza w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Narzędzia te uzupełniają się nawzajem, na przykład jeśli chodzi o format samoopisu w pierwszym przypadku i wywiadu w drugim: pierwsze narzędzie mierzy subiektywne odczucie dolegliwości, natomiast drugie – częstotliwość objawów osobowości z pogranicza. Niniejszy artykuł jest pierwszym raportem dotyczącym właściwości psychometrycznych Listy Kontrolnej BPD; wywiad BPDSI jest opisany w następujących pracach: Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch i de Bie (2003) oraz Giesen-Bloo, Wachtters, Schouten i Arntz (2010). Lista Kontrolna BPD jest samoopisowym kwestionariuszem, złożonym z 47 pozycji, które oparte są na klinicznych obserwacjach terapeutów, na dotychczasowej literaturze poświęconej osobowości z pogranicza oraz na kryteriach tej osobowości opisanych w DSM-IV. Pozycje są oceniane na 5-stopniowej skali Likerta, od „wcale” do „krańcowo”, określającej stopień, w jakim respondent doświadczał 47 poszczególnych dolegliwości związanych z osobowością z pogranicza w ciągu ostatniego miesiąca. Pozycje Listy Kontrolnej BPD można pogrupować według kryteriów diagnostycznych DSM-IV/5. Można zatem użyć wyniku uzyskanego na Liście Kontrolnej BPD jako ogólnego wskaźnika subiektywnej dolegliwości spowodowanej przez objawy osobowości z pogranicza, a można też użyć łącznych wyników uzyskanych w poszczególnych kryteriach.

Cele niniejszego badania były następujące: (1) określić właściwości psychometryczne Listy Kontrolnej BPD; (2) określić dla niej normy kliniczne, swoistość i czułość; (3) zbadać jej czułość na zmiany; (4) testując Listą Kontrolną

BPD siedem wielowymiarowych modeli osobowości z pogranicza zbadać, który typ modelu sprawdza się lepiej: model z jednym czynnikiem wyższego rzędu czy oparty na systemie DSM model wielowymiarowy. Zbadano spójność wewnętrzną, a także trafność różnicową, diagnostyczną i teoretyczną w próbach pacjentów z osobowością z pogranicza, pacjentów z zaburzeniami osobowości typu C, pacjentów z objawami psychopatologicznymi wyłącznie z osi I oraz w nieklinicznej grupie kontrolnej. Sformułowano hipotezę, że Lista Kontrolna BPD będzie korelowała pozytywnie z obserwowaną częstotliwością i nasileniem objawów osobowości z pogranicza (BPDSI-IV; Arntz i in., 2003; Giesen-Bloo i in., 2010), z przekonaniem charakterystycznymi dla tego zaburzenia osobowości (PDBQ – sekcja BPD; Arntz, Dietzel i Dreessen, 1999; Arntz, Dreessen, Schouten i Weertman, 2004), ze schematami dezadaptacyjnymi (YSQ; Rijkeboer, van den Bergh i van den Bout, 2005; Schmidt, Joiner, Young i Telch, 1995), rozbieżnością pomiędzy Ja realnym a Ja idealnym (Skala Rozbieżności Ja–Cel–Inny – *Self-Goal-Other Discrepancy Scale*, MSGO; Miskimins, Wilson, Braucht i Berry, 1971), z niedojrzałymi mechanizmami obronnymi (DSQ-48; Andrews, Pollock i Stewart, 1989; Giesen-Bloo, Arntz, Opdenacker i Spinhoven, 2005), z patologiczną organizacją cech osobowości z pogranicza sformułowaną przez Kernberga (IPO; Kernberg i Clarkin, 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg i Foelsch, 2001) i z ogólnymi dolegliwościami manifestującymi się objawami psychopatologicznymi (SCL-90; Derogatis, Lipman i Covi, 1973; Arrindell i Ettema, 1986). Spodziewano się istotnego negatywnego związku pomiędzy Listą Kontrolną BPD a samooceną (RSES; Rosenberg, 1965) oraz braku istotnych korelacji Listy z neurotycznymi i dojrzałymi mechanizmami obronnymi. W odniesieniu do różnych grup kontrolnych, spodziewaliśmy się, że wyniki pacjentów z osobowością z pogranicza na Liście Kontrolnej BPD będą istotnie wyższe od wyników uzyskiwanych przez pacjentów z zaburzeniami osobowości typu C, pacjentów z zaburzeniami z osi I oraz grupy nieklinicznej.

METODA

Osoby badane

Dokonano równoczesnej rekrutacji 140 pacjentów z osobowością z pogranicza, 55 pacjentów z zaburzeniami osobowości typu C i 57 pacjentów prezentujących wyłącznie objawy zaburzeń z osi I; uczestników badania rekrutowano z dwunastu placówek zajmujących się leczeniem zaburzeń psychicznych (w for-

mie hospitalizacji lub leczenia ambulatoryjnego). Udział w badaniu był dobrowolny; w każdej chwili była możliwość rezygnacji z dalszego udziału. Poprzez ogłoszenia zamieszczane w lokalnej prasie dokonano też rekrutacji 87 osób do nieklinicznej grupy kontrolnej. Osoby te otrzymały bonusy o wartości proporcjonalnej do czasu poświęconego na udział w badaniu, średnio 30 euro. Grupy porównawcze nie były dopasowywane na zasadzie indywidualnej do poszczególnych pacjentów z osobowością *borderline*; starano się je dobrać według podobnych rozkładów zmiennych demograficznych. O rozmiarach grup decydowały kwestie mocy badawczej (dwustronne $\alpha = 0,05$; moc 80%). Ponieważ korelacje Listy Kontrolnej BPD z innymi narzędziami miały być badane w grupie pacjentów z osobowością z pogranicza, musiała to być grupa stosunkowo duża. W celu wskazania korelacji na poziomie $> 0,25$ w tej grupie należało zbadać przynajmniej 120 pacjentów z osobowością z pogranicza. Aby określić średnie wielkości efektu ($d = 0,50$) pomiędzy grupą z BPD a innymi grupami z mocą 80%, przy liczbie 120 pacjentów z BPD, należałoby objąć badaniami co najmniej 45 uczestników w klinicznej grupie kontrolnej i 45 nie-pacjentów. Zatem przy grupach o takiej wielkości, jak w niniejszym badaniu uzyskano wyższą moc. Grupy te częściowo pokrywały się z grupami, na których było oparte badanie BPDSI (Giesen-Bloo i in., 2010).

Po przedstawieniu opisu badania jego uczestnikom, uzyskano od każdego z nich pisemną zgodę na uczestnictwo. Diagnostyki oceniano za pomocą wywiadów półstrukturyzowanych opartych na DSM-IV (SCID-I i SCID-II; First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1996; First i in., 1997; Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider i Nolen, 1999; Weertman, Arntz i Kerkhofs, 2000; Weertman, Arntz, Dreessen, van Velzen i Vertommen, 2003). Wszyscy badani musieli mieścić się w przedziale wiekowym od 18 do 60 lat. Ogólnymi kryteriami wykluczającymi były zaburzenia psychiatryczne, zaburzenie dwubiegunowe, zaburzenia psychiczne wtórne wobec dolegliwości medycznych oraz upośledzenie umysłowe. Dopuszczono, żeby uczestniczący w badaniu pacjenci z osobowością z pogranicza mieli jednocześnie inne zaburzenia osobowości i/lub zaburzenia z osi I. Pacjenci z zaburzeniami osobowości typu C musieli spełniać kryteria przynajmniej jednego takiego zaburzenia; dopuszczono u nich jednoczesną obecność zaburzenia z osi I, ale nie dopuszczono zdiagnozowanego zaburzenia osobowości typu A lub B; nie mogli też jednocześnie spełniać więcej niż dwóch kryteriów osobowości *borderline*. Pacjenci z objawami zaburzeń z osi I musieli spełniać kryteria co najmniej jednego zaburzenia z osi I i nie mogli przy tym mieć zdiagnozowanych na progowym poziomie zaburzeń osobowości, ani spełniać więcej niż dwóch kryteriów osobowości *borderline*. Badani z nieklinicznej grupy kontrolnej mu-

sieli być wolni od dolegliwości psychicznych, nie mogli mieć żadnego zaburzenia z osi I, zaburzenia osobowości ani diagnozy progowej zaburzenia osobowości, a także nie mogli spełniać więcej niż dwóch kryteriów osobowości *borderline*. Badanie uzyskało akceptację komisji etyki Uniwersytetu w Maastricht.

Narzędzia badawcze

Po wypełnieniu wywiadów diagnostycznych podczas jednej lub dwóch sesji, w trakcie kolejnej sesji badani wypełniali Listę Kontrolną BPD i zestaw narzędzi – celem było zbadanie trafności zbieżnej i różnicowej Listy Kontrolnej BPD. Zastosowano następujące narzędzia:

Lista Kontrolna BPD (BPD Checklist; Arntz i Dreesen, 1995). Ten samoopisowy kwestionariusz złożony z 47 pozycji został stworzony do pomiaru subiektywnie odczuwanej uciążliwości objawów osobowości z pogranicza w ciągu ostatniego miesiąca. Jego pozycje sformułowano na podstawie kryteriów BPD według DSM-IV, literatury opisującej przejawy osobowości z pogranicza oraz obserwacji klinicznych. Oryginalna wersja holenderska została przetłumaczona na język angielski (zob. *Appendix 1* w angielskiej wersji niniejszego artykułu w bieżącym numerze *Roczników Psychologicznych*), a także na niemiecki, fiński, hiszpański i szwedzki. Tłumaczenie polskie Listy Kontrolnej BPD zamieszczono w Załączniku 1 do niniejszego artykułu.

Wskaźnik Nasilenia Osobowości z Pogranicza (*The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV*, BPDSI-IV; Giesen-Bloo i in., 2010). BPDSI-IV jest wywiadem półstrukturyzowanym opartym na kryteriach DSM-IV BPD i daje wskaźnik ilościowy aktualnego nasilenia i częstotliwości określonych objawów osobowości z pogranicza. Wywiad ten obejmuje okres trzech miesięcy i jest również przeznaczony do pomiaru efektów terapii. BPDSI-IV składa się z 70 pozycji, przyporządkowanych dziewięciu kryteriom, uporządkowanym w takiej samej kolejności, w jakiej są opisane w podręczniku DSM-IV. Każda pozycja jest oceniana na 11-punktowej skali, od 0 („nigdy”) do 10 („codziennie”). Zakłócenie tożsamości stanowi wyjątek, gdyż dotyczy stabilnego poczucia siebie w pewnym okresie czasu, nie objawu, który dałoby się ująć w kategoriach ilościowych. Dlatego pozycje dotyczące zaburzenia tożsamości są oceniane na skali od 0 („brak”) do 4 („dominująca i wyraźna niewiedza, kim się jest”); średni wynik mnożony jest następnie przez 2,5. Wynik ogólny jest sumą dziewięciu uśrednionych wyników kryterialnych (zakres: 0-90). Wskaźnik, a także poszczególne kryteria mają satysfakcjonującą rzetelność oraz trafność różnicową, diagnostycz-

ną i teoretyczną w podobnych grupach pacjentów i w nieklinicznej grupie kontrolnej (Arntz i in., 2003; Giesen-Bloo i in., 2010)¹.

Kwestionariusz Przekonań w Zaburzeniach Osobowości – Osobowość z Pogranicza (*The Personality Disorder Beliefs Questionnaire – BPD section*, PDBQ; Arntz i in., 1999; Arntz i in., 2004). Kwestionariusz PDBQ jest oparty na poznawczej teorii zaburzeń osobowości (Beck, 1990; Arntz, 1994). Część kwestionariusza dotycząca osobowości z pogranicza obejmuje 20 przekonań, uważanych za charakterystyczne dla tego zaburzenia. Siła każdego z przekonań jest oceniana na wizualnej skali analogowej o długości 100 mm z następującymi biegunami: „W ogóle nie podzielam tego przekonania” oraz „W pełni podzielam to przekonanie”. Dobrą spójność wewnętrzną (α Cronbacha = 0,95), trafność kryterialną i stabilność przekonań wykazano w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości typu A, B i C, pacjentów z zaburzeniami z osi I i nieklinicznej grupy kontrolnej (Arntz i in., 1999; Arntz i in., 2004).

Kwestionariusz Schematów Younga (*The Young Schema Questionnaire*, YSQ; Rijkeboer i in., 2005; Schmidt i in., 1995). Kwestionariusz YSQ odzwierciedla 16 schematów z rozszerzonej poznawczej teorii zaburzeń osobowości Younga (Young, 1994). Pozycje – łącznie 205 – są oceniane na 6-punktowej skali Likerta, od „całkowicie prawdziwe” do „całkowicie nieprawdziwe”. Kwestionariusz ten wypełniała tylko grupa pacjentów z osobowością z pogranicza ($n = 81$). Okazał się on w wysokim stopniu czułym narzędziem do przewidywania obecności lub braku psychopatologii (Rijkeboer i in., 2005). Spójność wewnętrzną (α Cronbacha) kwestionariusza YSQ w badanej próbie wyniosła 0,98.

Skala Samooceny Rosenberga (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; Rosenberg, 1965). Skala składa się 15 pozycji. Badani zaznaczają na 6-punktowej skali Likerta (od „całkowicie prawdziwe” do „całkowicie nieprawdziwe”) w jakim stopniu zgadzają się z każdym stwierdzeniem. Wykazano, że narzędzie to cechuje się dobrą spójnością wewnętrzną (α Cronbacha = 0,91; Giesen-Bloo i in., 2006), a także trafnością teoretyczną, zbieżną i różnicową (Blascovich i Tomaka, 1991; Rosenberg, 1965, 1979).

Skala Rozbieżności Ja–Cel–Inny (*The Self-Goal-Other Discrepancy Scale*; Miskimins i in., 1971). Mierzy średnie rozbieżności między Ja–ideał i Ja–inny. Obejmuje 15 par przeciwstawnych cech osobowości, które są oceniane na wizualnej skali analogowej o długości 100 mm z różnych punktów widzenia: Jaki jestem? (Ja), Jak postrzegają mnie inni? (inny) oraz Jaki chcę być? (ideał). W niniejszym badaniu zastosowano tylko miarę rozbieżności Ja–ideał. Skala ma

¹ Przekład tego narzędzia na język polski jest w toku.

wystarczającą rzetelność (w naszym badaniu α Cronbacha = 0,89) oraz trafność teoretyczną i różnicową (Miskimins i in., 1971; Berry, Miskimins i Wilson, 1972; Miskimins i Baker, 1973).

Kwestionariusz Stylów Obronnych – 48 (*The Defense Style Questionnaire – 48*, DSQ-48; Andrews i in., 1989; Giesen-Bloo i in., 2005). Kwestionariusz DSQ-48 jest opartym na psychoanalizie narzędziem samoopisowym, mierzącym stosowanie przez pacjentów w życiu codziennym dojrzałych, neurotycznych i niedojrzałych mechanizmów obronnych. Każde z 48 stwierdzeń jest oceniane na 9-punktowej skali Likerta, od „całkowicie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Rzetelność i trafność (różnicowa, diagnostyczna i teoretyczna) skal mechanizmów niedojrzałych i neurotycznych wahają się od wartości umiarkowanych do dobrych (α Cronbacha = 0,80-0,70); skala mechanizmów dojrzałych jest mniej odporna (α Cronbacha = 0,55) (Spinhoven, Gaalen i Abraham, 1995; Trijsburg, van 't Spijker, Van, Hesselink i Duivenvoorden, 2000; Giesen-Bloo i in., 2005).

Lista Kontrolna Objawów – 90 (*The Symptom Checklist – 90*, SCL-90; Derogatis i in., 1973; Arrindell i Ettema, 1986). Lista Kontrolna SCL-90 jest szeroko stosowanym kwestionariuszem samoopisowym do pomiaru ogólnych dolegliwości psychicznych. Badani oceniają stopień, w jakim w ciągu ostatniego tygodnia doświadczali 90 dolegliwości z listy, zaznaczając odpowiedzi na 5-stopniowej skali Likerta od „wcale” do „bardzo”. Spójność wewnętrzna skali ogólnej w badanej próbie była znakomita (α Cronbacha = 0,97). Trafność zbieżną i różnicową potwierdzono na populacji pacjentów psychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie (Brophy, Norvell i Kiluk, 1988).

Inwentarz Organizacji Osobowości (*The Inventory of Personality Organization*, IPO; Kernberg i Clarkin, 1995; Lenzenweger i in., 2001; tłumaczenie holenderskie: Arntz i Kerkhofs, 1999). Pozycje kwestionariusza samoopisowego IPO, odzwierciedlające strukturę organizacyjną osobowości z pogranicza według teorii Kernberga, zastosowano w grupie pacjentów z BPD ($n = 78$). Pozycje te – w liczbie 90 – dotyczą rozmycia tożsamości, użycia prymitywnych mechanizmów obronnych, zmian w testowaniu rzeczywistości, patologicznych relacji z obiektem (narcystycznych i słabej jakości) i patologii superego, a oceniane były na 5-stopniowej skali Likerta od „nigdy nie jest prawdą” do „zawsze prawdziwe”. Rzetelność i trafność wykazano na próbach: nieklinicznej i klinicznej (Lenzenweger i in., 2001; Berghuis, Kamphuis, Boedijn i Verheul, 2009). Spójność wewnętrzna podskal w badanej próbie była dobra, α Cronbacha > 0,80.

BADANE WIELOWYMIAROWE KONCEPCJE OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA

Aby sprawdzić, czy lepsze podstawy ma koncepcja osobowości z pogranicza z jednym czynnikiem wyższego rzędu czy koncepcja wielowymiarowa oparta na systemie DSM, zbadano siedem wielowymiarowych modeli osobowości z pogranicza przy użyciu pozycji Listy Kontrolnej BPD. Odpowiednie kryteria Listy Kontrolnej/DSM-IV, tak jak je przyporządkowano, są podane w nawiasach, po czynnikach poszczególnych modeli. Ponieważ system DSM ewoluował, nie wszystkie kryteria DSM Listy Kontrolnej BPD mogły być przypisane do konkretnego czynnika w każdym modelu. Dlatego w analizie uwzględniano tylko pozycje odnoszące się do określonego czynnika określonego modelu, natomiast pozycje tych kryteriów Listy Kontrolnej BPD, które nie były istotne dla danego modelu, pomijano (zob. rozdział Analiza danych). Uwzględniono następujące modele osobowości z pogranicza, wraz z wchodzącymi w ich skład czynnikami:

Zanarini, Gunderson, Frankenburg i Chauncey (1989) wyróżnili w swoim wywiadzie diagnostycznym dla pacjentów z osobowością z pogranicza (wersja poprawiona) następujące cztery skale do pomiaru tego zaburzenia: Afekt (6, 7, 8), Poznanie (9), Impulsywność (4, 5) i Relacje międzyludzkie (1, 2).

Hurt, Clarkin, Widiger, Fyer, Sullivan, Stone i Frances (1990) określili trzy grupy kryteriów osobowości z pogranicza na podstawie korelacji z DSM-III: Tożsamość (1, 3, 7), Afekt (2, 6, 8) i Impulsywność (4, 5).

Morey (1991; Adams, Bernat i Luscher, 2001) stworzyli inwentarz do pomiaru osobowości, w którym osobowość z pogranicza jest ujęta w kategoriach czterech wymiarów: Niestabilność afektywna (6, 8), Problemy tożsamościowe (3), Negatywne relacje (1, 2) i Zachowania autodestrukcyjne (5).

Livesley i Schröder (1991) dokonali przeglądu literatury i zbadali, które z grupy zachowań związanych z osobowością z pogranicza najlepiej pasowały do pacjentów z tym zaburzeniem i najlepiej odróżniały ich od pacjentów z innymi zaburzeniami osobowości typu B. Stwierdzili w strukturze osobowości z pogranicza trzy czynniki, a mianowicie: podstawowy czynnik – Niestabilność/Dezorganizacja (1, 2, 3, 6, 7, 9) i czynniki powiązane – Wykorzystywanie innych (brak odnośnych kryteriów DSM-IV) i Zachowania autodestrukcyjne (4, 5, 8).

Clarkin, Hull i Hurt (1993) znaleźli potwierdzenie trójczynnikowej struktury osobowości z pogranicza w badaniu odnoszącym się do ośmiu kryteriów DSM-III-R; trzy czynniki były następujące: Niepewność siebie i trudności interpersonalne (1, 2, 3, 7), Afekt i regulacja afektu (5, 6, 8) oraz Impulsywność (4).

Clarkin, Hull i Hurt (1993) omówili też wartość osobnego, czwartego czynnika Gniew/Wrogość (kryterium 8, wyodrębnione z czynnika Afekt i regulacja afektu).

Sanislow, Grilo, Morey, Bender, Skodol, Gunderson i in. (2002) zbadali kryteria osobowości z pogranicza według DSM-IV jako jednolity konstrukt, ale także jako trójczynnikiowy model obejmujący Zakłóconą relacyjność (2, 3, 7, 9), Dysregulację behawioralną (4, 5) i Dysegregację afektywną (1, 6, 8).

ANALIZA DANYCH

Aby zbadać strukturę wymiarową zaburzenia osobowości z pogranicza (BPD), przeprowadzono confirmacyjne analizy czynnikowe pierwszego rzędu, dopasowując pozycje Listy Kontrolnej BPD do siedmiu modeli tego zaburzenia osobowości; obliczono również kryterium informacyjne Akaikiego (AIC; Akaike, 1987). Ponieważ tylko modele zagnieżdżone mogą być testowane statystycznie w zestawieniu ze sobą nawzajem, lepszym wyjściem jest zastosowanie wskaźnika AIC. Wskaźnik ten jest względną miarą, stosowaną do porównywania różnych modeli zawierających te same informacje. Dla każdego modelu obliczono wskaźnik AICs dla proponowanej struktury trójczynnikiowej lub czterocynnikiowej, dla struktury jednocynnikiowej i dla struktury ze wszystkimi czynnikami, w której wszystkie kryteria DSM mające zastosowanie do danego modelu występowały jako osobne czynniki (w liczbie sześciu, ośmiu lub dziewięciu). Najniższa wartość AIC wśród porównywalnych modeli wskazuje model najbardziej informatywny (dostarczający najpełniejszych informacji). Trzy modele zaproponowane przez Hurta i współpracowników (1990) oraz oba zaproponowane przez Clarkina i współpracowników (1993) można było porównać ze sobą bezpośrednio za pomocą testów chi-kwadrat, podobnie jak dwa modele autorstwa Livesleya i Schröder (1991) oraz Sanislowa i współpracowników (2002). Modele opracowanych przez Zanarini i współpracowników (1989) oraz Moreya (1991) nie można było w ten sposób porównać z innymi modelami.

Spójność wewnętrzna całości narzędzia i poszczególnych kryteriów uznawana była za zadowalającą przy wartościach α Cronbacha powyżej 0,70 (Nunnally, 1978). Trafność różnicową badano za pomocą analiz ANOVA i ANCOVA (z istotnymi współzmiennymi na podstawie różnic międzygrupowych; zob. rozdział Wyniki), a następnie przeprowadzono testy t planowanych porównań (grupa z BPD w zestawieniu z każdą z pozostałych grup). Obliczono korelacje (cząstkowe) Pearsona dla trafności diagnostycznej i teoretycznej. Ustalono nor-

my kliniczne zgodnie ze wzorami Jacobsona i Truax (1991). Czułość zbadano za pomocą sparowanych testów t .

Wszystkie testy interpretowano przy istotności na poziomie 5%. Analizy przeprowadzono przy użyciu oprogramowania SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) w wersji 11.5, oraz LISREL w wersji 8.30. Ze względu na brak niektórych danych wartość N jest różna w różnych analizach.

WYNIKI

Porównywalność grup

Podsumowanie danych demograficznych, liczby diagnoz z osi I i liczby cech zaburzenia osobowości z pogranicza dla czterech grup znajduje się w Tabeli 1. W przypadku 33 pacjentów z zaburzeniami z osi I główną diagnozą było zaburzenie lękowe, w przypadku 18 – zaburzenie nastroju, w przypadku czterech – zaburzenie występujące pod postacią somatyczną, a u jednego pacjenta – zaburzenie odżywiania. Dwudziestu ośmiu pacjentów z zaburzeniami osobowości typu C wykazywało osobowość obsesyjno-kompulsyjną, 24 – osobowość unikającą, a trzech – osobowość zależną.

Grupy różniły się istotnie pod względem płci, wspólnego mieszkania z partnerem lub partnerką, statusu zatrudnienia, wieku, liczby zaburzeń z osi I oraz liczby cech zaburzenia osobowości z pogranicza. Nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie wykształcenia. Pacjenci z osobowością z pogranicza mieli – średnio – istotnie więcej diagnoz z osi I niż pacjenci z zaburzeniami z osi I. Dalsze analizy międzygrupowe zostały skorygowane dla tych zmiennych, z wyjątkiem wspólnego mieszkania i statusu zatrudnienia, które uznano za cechy właściwe badanym grupom (rzadziej posiadanie pracy, częściej niepełnosprawność lub zasiłek; zob. Miller i Chapman, 2001, gdzie opisano ryzyko, jakie niesie ze sobą stosowanie współzmiennych, które są nieodłącznie związane ze zmienną niezależną). Analizy grupy z osobowością z pogranicza skorygowano tylko dla liczby diagnoz z osi I, ponieważ analiza regresji wykazała dla tej grupy istotny wpływ jedynie tej zmiennej na wynik ogólny Listy Kontrolnej BPD ($t = 2,16$; $p = 0,033$; 12,0% wyjaśnianej wariancji).

Tabela 1

Dane demograficzne, liczba diagnoz zaburzeń z osi I oraz liczba cech osobowości z pogranicza (BPD) dla wszystkich grup

	Pacjenci z BPD (N = 140)		Pacjenci z zaburzoną osobowością typu C (N = 55)		Pacjenci z zaburzoną osobowością z osi I (N = 57)		Niekliniczna grupa kontrolna (N = 87)		Analiza		
	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2	df	p
Kobiety	125	89	30	55	35	61	59	68	32,56	3	< 0,001
Mieszkanie razem	44	31	27	51	28	53	44	51	13,43	3	< 0,004
Zatrudnienie									61,80	15	< 0,001
Zajmuje się domem	20	14,3	10	18,9	2	3,8	13	15,1			
Student/uczeń	19	13,6	7	13,2	5	9,4	29	33,7			
Pracujący/pracująca	26	18,6	17	32,1	13	24,5	30	34,9			
Z niepełnosprawnością	58	41,4	18	34,1	26	49,1	6	7,0			
Na zasiłku	16	11,4	1	1,9	6	11,3	5	5,8			
Inne	1	0,7	0	0,0	1	1,9	3	3,5			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	df	p
Wiek	30,29	7,82	38,19	11,94	34,13	10,28	35,38	14,23	8,31	3	< 0,001
Wykształcenie ²	2,55	1,19	2,92	1,24	2,43	1,23	2,72	1,03	2,02	3	0,112
Liczba zaburzeń z osi I	2,30	1,48	1,69	1,35	1,59	0,99	0	0	66,09	33	< 0,001
Liczba cech BPD	6,77	1,26	0,98	1,13	0,25	0,55	0	0	1193,28		< 0,001

Uwaga. Test chi-kwadrat dla płci; analizy wariancji (ANOVA) dla wieku, poziomu wykształcenia, statusu zatrudnienia, liczby zaburzeń z osi I i liczby cech BPD. ¹ W siedmiu przypadkach brakowało niektórych danych. ² W holenderskim systemie edukacji są różne rodzaje dyplomów, które pogrupowaliśmy w pięć kategorii: (1) od szkoły podstawowej do szkoły wyższej (5).

Struktura czynnikowa

Przeprowadzono confirmacyjne analizy czynnikowe pierwszego rzędu, stosując modelowanie równań strukturalnych. Statystyki testowe i wartości AIC dla siedmiu modeli zawiera Tabela 2.

Modele ze wszystkimi czynnikami (czyli z kryteriami DSM-IV w charakterze czynników) wyjaśniały dane uzyskane za pomocą BPDSI-IV istotnie lepiej – na podstawie wskaźnika AIC – niż proponowane modele wieloczynnikowe lub jednoczynnikowe (we wszystkich przypadkach $p < 0,001$). Wartości AIC wskazują więc, że korzyść informacyjna uzyskana w przypadku modelu ze wszystkimi czynnikami przewyższa korzyść uzyskiwaną przy użyciu prostszych modeli 3-czynnikowych i 4-czynnikowych. Ponadto na podstawie wartości AIC można stwierdzić, że 4-czynnikowy model Clarkina, Yeomansa i Kernberga (1993) pozwolił uzyskać więcej informacji niż model 3-czynnikowy tych samych autorów (1993) i model zaproponowany przez Hurta i współpracowników (1990). Modele Sanisłowa (Sanisław i in., 2002) oraz Livesleya i Schröder (1991) okazały się

pod tym względem jednakowo dobre. Poziomy istotności dla porównań między-rzędowych w Tabeli 2 są niedostępne, ponieważ testów statystycznych nie można zastosować do porównywania modeli niezagnieżdżonych. Ze względu na to, że model ze wszystkimi kryteriami z systemu DSM jako czynnikami był lepszy, dalsze analizy psychometryczne skoncentrowały się – obok modelu z wynikiem ogólnym – na tym właśnie modelu o dziewięciu podskalach.

Tabela 2

Wartości chi-kwadrat, stopni swobody i kryterium informacyjnego Akaikego (AIC) dla modeli badanych za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA)

	Zanarini i in. (1989)			Morey (1991)			Hurt i in. (1990)			Clarkin i in. (1993)			Clarkin i in. (1993)			Livesley i Schröder (1991)			Sanislow i in. (2002)		
Liczba proponowanych / wszystkich czynników	4			3			4			3			4			3			3		
	8			6			8			8			8			9			9		
	χ^2	df	AIC	χ^2	df	AIC	χ^2	df	AIC	χ^2	df	AIC	χ^2	df	AIC	χ^2	df	AIC	χ^2	df	AIC
Model z proponowa- nymi czynnikami	2661	696	3227	1589	371	1975	2691	699	3329	2743	699	3468	2646	696	3268	3975	1033	4705	3930	1031	4707
							χ^2	df	AIC							χ^2	df	AIC			
Model 1-czynnikowy	3045	702	3703	2038	377	2644			2984	702	3818					4227	1034	5175			
Model ze wszystkimi czynnikami	2333	675	2719*	1452	362	1751*			2238	675	2612*					3362	999	3789*			

Uwagi. * Model ze wszystkimi czynnikami jest istotniejszy przy $p < 0,001$ niż model z proponowanymi czynnikami i model 1-czynnikowy (test chi-kwadrat). W badaniu Zanarini i in. (1989) nie uwzględniono kryterium „tożsamości” według BPDSI-IV/DSM-IV; w badaniu Moreya (1991) nie uwzględniono kryteriów: „impulsywność”, „pustka” oraz „dysocjacja” i „ideacja paranoidalna”; Hurt i in. (1990), a także Clarkin i in. (1993) nie uwzględnili „dysocjacji i ideacji paranoidalnej”. Oznacza to, że statystyki dla modelu 1-czynnikowego i wszystkich modeli wieloczynnikowych w badaniach Hurt i in. (1990) i Clarkin i in. (1993) są identyczne, podobnie jak statystyki dotyczące modeli autorstwa Livesleya i Schröder (1991) oraz Sanislow i in. (2002).

Spójność wewnętrzna

Spójność wewnętrzna Listy Kontrolnej BPD okazała się znakomita zarówno dla całej próby, jak i dla grupy z BPD (wartości α Cronbacha wyniosły, odpowiednio, 0,97 i 0,92). Na podstawie wyników całej grupy obliczono też spójność wewnętrzną dla wyników z poszczególnych skupień, czyli czynników-kryteriów DSM – jej wartości wahały się od zadowalającej do znakomitej: unikanie opuszczenia $\alpha = 0,87$; niestabilne relacje $\alpha = 0,78$; zakłócenie tożsamości $\alpha = 0,89$; autodestrukcyjna impulsywność $\alpha = 0,69$; powracające zachowania (para) samobójcze $\alpha = 0,82$; niestabilność afektywna $\alpha = 0,93$; brak kontroli nad gniewem $\alpha = 0,78$; dysocjacja i ideacja paranoidalna $\alpha = 0,86$. Nie obliczano wartości α dla chronicznego poczucia pustki, gdyż to kryterium mierzy zaledwie jedna pozycja, która bardzo dobrze korelowała z wynikiem ogólnym ($r_{ii} = 0,84$). Korelacje obiekt-reszta (r_{ir}) dla wyników poszczególnych pozycji i kryteriów w relacji do wyniku ogólnego wahały się od -0,01 do 0,90 (mediana dla pozycji = 0,65, mediana dla kryteriów = 0,84)². Na podstawie korelacji item-reszta stwierdzono, że dwie pozycje negatywnie wpływają na spójność: „hazard” i „kradzież sklepową”; oba należą do kryterium „autodestrukcyjna impulsywność”. Usunięcie tych pozycji poprawiło spójność wewnętrzną kryterium autodestrukcyjnej impulsywności do poziomu satysfakcjonującej homogeniczności (α Cronbacha = 0,72); poprawa spójności wewnętrznej całego narzędzia była nieznaczna.

Zmiana w trakcie leczenia

Trzydziestu dziewięciu pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza wzięło udział w badaniu pilotażowym bez warunków kontrolnych, przeprowadzonym w ramach przygotowania do badania klinicznego z randomizacją (*randomized clinical trial*, RCT; Giesen-Bloo i in., 2006), w którym porównano terapię skoncentrowaną na schematach (*Schema Therapy*, ST) i psychoterapię skoncentrowaną na przeniesieniu (*Transference Focused Psychotherapy*, TFP). Obie metody są specjalistycznymi psychoterapiami zaburzenia osobowości z pogranicza. ST jest psychoterapią integracyjną, łączącą techniki i obserwacje terapii poznawczo-behawioralnej, terapii doświadczeniowych, teorii przywiązania i innych teorii rozwoju w model poznawczy (Young, 1994; Young, Klosko i Weishaar, 2003). TFP jest oparta na zaproponowanym przez Kernberga psychodynamicznym modelu osobowości z pogranicza, zgodnym z teorią relacji

² Tabelę z korelacjami obiekt-reszta dla wyników indywidualnych, wyników poszczególnych kryteriów i wyniku ogólnego można uzyskać od autora artykułu.

z obiektem (Clarkin i in., 1999; Yeomans, Clarkin i Kernberg, 2002). Terapia miała charakter otwarty i składała się z pojedynczych sesji, które odbywały się dwa razy w tygodniu. Listę Kontrolną BPD stosowano raz na trzy miesiące. W przypadku Listy Kontrolnej BPD 6-miesięczna ocena dla 32 pacjentów wykazała istotne średnie obniżenie wyniku o 14,00 punktów ($t(31) = 2,64$; $p = 0,013$, test dwustronny; $ES = 0,52$). Po roku stosowania ST lub TFP wynik ogólny 26 pacjentów zmniejszył się średnio o dalsze 24,27 punktu w stosunku do poziomu bazowego ($t(25) = 3,58$; $p = 0,001$, test dwustronny; $ES = 0,95$).

W randomizowanym badaniu klinicznym (Giesen-Bloo i in., 2006) uczestniczyło 86 pacjentów z osobowością z pogranicza. Oni również wykazywali duże obniżenie doświadczanego natężenia objawów psychopatologicznych osobowości z pogranicza mierzonej za pomocą Listy Kontrolnej BPD (Giesen-Bloo, Arntz, van Dyck, Spinhoven i van Tilburg, 2002). Sześć miesięcy po rozpoczęciu terapii (ST lub TFP), 73 pacjentów miało wyniki ogólne niższe średnio o 17,34 punktu ($t(72) = 6,24$; $p < 0,001$, test dwustronny; $ES = 0,59$). Po roku terapii wynik ogólny 68 pacjentów obniżył się średnio o dalsze 25,22 punktu w stosunku do poziomu bazowego ($t(67) = 7,48$; $p < 0,001$; test dwustronny; $ES = 0,83$). Średnie obniżenie wyniku ogólnego dla 54 pacjentów po dwóch latach terapii wyniosło 29,78 ($t(53) = 7,81$; $p < 0,001$; test dwustronny; $ES = 1,12$).

Trafność różnicowa

W Tabeli 3 przedstawiono średnie wyniki ogólne, średnie wyniki kryteriów DSM z odchyleniami standardowymi oraz statystyki testowe dla wszystkich czterech grup, nieskorygowane i skorygowane dla współzmiennych (wiek, płeć, liczba zaburzeń z osi I).

Wyniki ogólne Listy Kontrolnej BPD i wyniki poszczególnych kryteriów DSM uzyskane przez pacjentów z osobowością *borderline* były istotnie wyższe od wyników uzyskanych przez grupy kontrolne. Dwie pozycje (hazard i kradzież sklepowa) nie różnicowały grupy z osobowością *borderline* od żadnej z grup kontrolnych; te same pozycje odpowiadały za obniżoną spójność wewnętrzną kryterium „autodestrukcyjna impulsywność”. Częstotliwość ich występowania u pacjentów z osobowością z pogranicza była bardzo niska. Wyniki trzech innych pozycji nie różnicowały pacjentów z osobowością z pogranicza od pacjentów z zaburzeniami osobowości typu C: pozycja „brak odwagi uznania własnych złych stron” – należąca do kryterium tożsamości ($p = 0,057$), „niepamiętanie ważnych rzeczy (nie z powodu leków/narkotyków)” – należąca do kryterium dysocjacji ($p = 0,319$) oraz pozycja „rozpaczliwe próby powstrzymania innych osób

przed odejściem” – przyporządkowana do kryterium opuszczenia ($p = 0,118$), chociaż wszystkie różnice miały kierunek zgodny z przewidywaniami.

Tabela 3

Średnie wyniki ogólne Listy Kontrolnej BPD i średnie wyniki w kryteriach DSM dla wszystkich grup

Skupienie (zakres wyników)	Analiza	BPD	ZO-C	Oś I	NieP	BPD ~ ZO-C		BPD ~ oś I		BPD ~ NieP	
		<i>M (SD)</i> Śr. skor. (SE)	<i>M (SD)</i> Śr. skor. (SE)	<i>M (SD)</i> Śr. skor. (SE)	<i>M (SD)</i> Śr. skor. (SE)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Opuszczenie (7-35)	ANOVA	19,44 (6,03)	14,31 (5,39)	11,67 (4,41)	7,33 (0,76)	6,70	< 0,001	10,29	< 0,001	18,44	< 0,001
	ANCOVA	18,94 (0,48)	14,11 (0,68)	11,73 (0,66)	8,60 (0,63)	5,74	< 0,001	8,77	< 0,001	11,84	< 0,001
Relacje (3-15)	ANOVA	8,59 (3,11)	6,04 (2,76)	5,19 (2,32)	3,34 (0,74)	6,42	< 0,001	8,63	< 0,001	15,34	< 0,001
	ANCOVA	8,56 (0,25)	5,95 (0,36)	5,20 (0,35)	3,73 (0,33)	5,85	< 0,001	7,73	< 0,001	10,46	< 0,001
Zaburzenie tożsamości (8-40)	ANOVA	23,13 (5,79)	17,58 (5,99)	13,74 (5,30)	9,03 (1,47)	6,98	< 0,001	11,96	< 0,001	20,66	< 0,001
	ANCOVA	22,84 (0,50)	17,63 (0,71)	13,84 (0,70)	9,99 (0,66)	5,88	< 0,001	10,44	< 0,001	14,02	< 0,001
Impulsywność (9-45)	ANOVA	15,39 (4,23)	12,04 (3,69)	11,04 (2,82)	9,76 (1,20)	6,26	< 0,001	8,23	< 0,001	12,26	< 0,001
	ANCOVA	15,23 (0,33)	11,93 (0,47)	10,95 (0,47)	10,42 (0,44)	5,57	< 0,001	7,41	< 0,001	7,85	< 0,001
(Para) samobójstwo (3-15)	ANOVA	5,85 (3,03)	3,98 (1,59)	3,39 (1,03)	3,00 (0,00)	5,60	< 0,001	7,46	< 0,001	9,95	< 0,001
	ANCOVA	5,61 (0,21)	4,04 (0,30)	3,38 (0,29)	3,26 (0,28)	4,27	< 0,001	6,21	< 0,001	6,16	< 0,001
Niestabilność afektywna (4-20)	ANOVA	14,34 (3,76)	10,47 (3,89)	9,07 (3,54)	4,70 (1,27)	7,40	< 0,001	10,21	< 0,001	21,50	< 0,001
	ANCOVA	14,03 (0,31)	10,29 (0,45)	9,12 (0,44)	5,82 (0,42)	6,72	< 0,001	9,04	< 0,001	14,24	< 0,001
Pustka (1-5)	ANOVA	3,83 (1,11)	3,02 (1,19)	2,30 (1,13)	1,15 (0,72)	5,11	< 0,001	9,78	< 0,001	19,72	< 0,001
	ANCOVA	3,78 (0,10)	2,96 (0,14)	2,30 (0,14)	1,37 (0,13)	4,68	< 0,001	8,72	< 0,001	13,31	< 0,001
Kontrola gniewu (4-20)	ANOVA	8,54 (3,28)	6,04 (2,65)	5,23 (2,09)	4,17 (0,72)	6,18	< 0,001	8,28	< 0,001	12,56	< 0,001
	ANCOVA	8,31 (0,25)	5,94 (0,36)	5,26 (0,35)	4,80 (0,33)	5,31	< 0,001	7,01	< 0,001	7,58	< 0,001
Dysocjacja (8-40)	ANOVA	18,77 (5,85)	14,49 (5,06)	12,65 (4,68)	8,74 (1,69)	5,64	< 0,001	8,17	< 0,001	15,43	< 0,001
	ANCOVA	18,42 (0,48)	14,34 (0,68)	12,59 (0,67)	9,75 (0,64)	4,80	< 0,001	7,03	< 0,001	9,85	< 0,001
Ł ą c z n i e (47-235)	ANOVA	117,88 (25,61)	87,96 (25,00)	74,26 (22,44)	51,23 (5,62)	8,71	< 0,001	12,87	< 0,001	22,64	< 0,001
	ANCOVA	115,72 (2,10)	87,72 (2,98)	74,36 (2,94)	57,72 (2,78)	7,66	< 0,001	11,39	< 0,001	15,02	< 0,001

Uwaga. ZO-C – zaburzenie osobowości typu C; NieP – nie-pacjenci; śr. skor. – średnia skorygowana. ANCOVA z wiekiem, płcią i liczbą zaburzeń z osi I jako współzmiennymi.

Trafność diagnostyczna i teoretyczna

Korelacje i częściowe korelacje Pearsona pomiędzy wynikiem ogólnym Listy Kontrolnej BPD a innymi narzędziami dla całej próby i dla grupy pacjentów z osobowością *borderline* zawiera Tabela 4.

Tabela 4
Korelacje Pearsona i korelacje cząstkowe wyniku ogólnego Listy Kontrolnej BPD z innymi zmiennymi i statystyki testowe

	Cała grupa		Pacjenci z BPD	
	r z LK-BPD	Skorygowane r^1	r z LK-BPD	Skorygowane r^2
Kryt. BPD według DSM-IV	0,75*** ($n = 325$)	0,65*** ($n = 316$)	0,27** ($n = 132$)	0,22* ($n = 130$)
BPDSI-IV	0,85** ($n = 267$)	0,78*** ($n = 263$)	0,56*** ($n = 126$)	0,51*** ($n = 124$)
PDBQ – sekcja BPD	0,67*** ($n = 334$)	0,53*** ($n = 316$)	0,39*** ($n = 140$)	0,34*** ($n = 130$)
Rozbieżność Ja–ideał	0,62*** ($n = 287$)	0,45*** ($n = 280$)	0,29** ($n = 127$)	0,24** ($n = 125$)
DSQ-48 – dojrzałe m. obr.	-0,09 ($n = 276$)	-0,06 ($n = 272$)	-0,55 ($n = 124$)	-0,04 ($n = 122$)
DSQ-48 – neurotyczne m. obr.	0,49*** ($n = 276$)	0,37*** ($n = 272$)	0,30** ($n = 124$)	0,28** ($n = 122$)
DSQ-48 – niedojrzałe m. obr.	0,72*** ($n = 276$)	0,63*** ($n = 272$)	0,56*** ($n = 124$)	0,54*** ($n = 122$)
SCL-90	0,89*** ($n = 292$)	0,82*** ($n = 285$)	0,81*** ($n = 126$)	0,79*** ($n = 124$)
Samoocena	-0,75*** ($n = 280$)	-0,64*** ($n = 273$)	-0,58*** ($n = 131$)	-0,57*** ($n = 129$)
YSQ			0,79*** ($n = 81$)	0,79*** ($n = 81$)
IPO – niski poziom m. obr.			0,67*** ($n = 78$)	0,68*** ($n = 77$)
IPO – tożsamość rozproszona			0,68*** ($n = 78$)	0,69*** ($n = 77$)
IPO – zmiany w testowaniu rzeczywistości			0,54*** ($n = 78$)	0,54*** ($n = 77$)
IPO – BPO patologiczne relacje z obiektem			0,58*** ($n = 77$)	0,58*** ($n = 77$)
IPO – patologia superego			0,56*** ($n = 78$)	0,58*** ($n = 77$)

Uwaga. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (dwustronne). ¹ Korelacje cząstkowe r , skorygowane dla wieku, płci i liczby diagnoz z osi I; ² korelacje cząstkowe r , skorygowane dla liczby diagnoz z osi I; LK-BPD – Lista kontrolna BPD; m. obr. – mechanizmy obronne; BPO – organizacja osobowości *borderline* (*borderline personality organization*). Wartości N są różne z powodu brakujących danych.

Wyniki Listy Kontrolnej BPD dla całej próby, nawet po skorygowaniu, były silnie skorelowane z innymi zmiennymi, których dotyczyły hipotezy. Istotna pozytywna korelacja z neurotycznymi mechanizmami obronnymi odbiegała od spodziewanej korelacji zerowej. Większość korelacji nieco się obniżyła po korekcie dla wieku, płci i liczby diagnoz z osi I, jednak moc dyskryminacyjna zwiększyła się. Lista Kontrolna BPD wykazywała też zakładane korelacje w przypadku grupy z osobowością z pogranicza. Korekta dla liczby diagnoz z osi I spowodowała minimalne zmiany.

Normy kliniczne, czułość i swoistość

Normy kliniczne uzyskano zgodnie ze wzorami Jacobsona i Truax (1991). Jeśli chodzi o grupę z osobowością z pogranicza, dysfunkcyjny punkt odcięcia określono na poziomie 67,28, co wskazuje, że osoby z wyższymi wynikami z dużym prawdopodobieństwem wykazują patologię osobowości *borderline* (z pogranicza). Funkcjonalny punkt odcięcia, określony na podstawie wyników grupy kontrolnej, to 62,47; osoby z niższymi wynikami prawdopodobnie kwali-

fikują się do grupy nie-pacjentów. Punkt odniesienia pomiędzy tymi dwoma punktami odcięcia – między pacjentami z osobowością z pogranicza a osobami z grupy kontrolnej nie-pacjentów – określono na poziomie 63,32. W przypadku dysfunkcyjnego punktu odcięcia czułość wyniosła 0,99 (138 z 140 pacjentów z osobowością *borderline* zakwalifikowano poprawnie), a swoistość 0,98 (poprawnie sklasyfikowano 85 z 87 nie-pacjentów). Dla funkcjonalnego punktu odcięcia czułość wyniosła 1 (140 na 140), a swoistość – 0,94 (82 z 87). Punkt odniesienia pomiędzy grupą z osobowością *borderline* a grupami pacjentów (z zaburzeniami osobowości typu C i z zaburzeniami z osi I) określono na poziomie 99,23. Oznacza to, że wyniki powyżej 100 oznaczają psychopatologię związaną z osobowością *borderline*.

Podsumowując, proponujemy kliniczny punkt odcięcia na poziomie 67 dla wyzdrowienia i 100 jako poziom świadczący o zaburzeniu osobowości z pogranicza i jako kryterium kwalifikujące na terapię BPD.

DYSKUSJA

W niniejszym artykule badano Listę Kontrolną Osobowości z Pogranicza metodami psychometrycznymi pod kątem przydatności w charakterze narzędzia przesiewowego i/lub miary efektów leczenia; praca miała również na celu przyczynić się do lepszego zrozumienia konceptualizacji osobowości z pogranicza.

Spójność wewnętrzna całości narzędzia i poszczególnych kryteriów była w reguły zadowalającą, z wyjątkiem kryterium o nazwie „autodestrukcyjna impulsywność” (zaledwie satysfakcjonująca). Jednak usunięcie dwóch spośród dziewięciu pozycji tego kryterium – „hazard” i „kradzież sklepowa” – podniosło poziom spójności wewnętrznej z $\alpha = 0,69$ do $\alpha = 0,72$. Innym argumentem uzasadniającym taki zabieg może być fakt, że wspomniane pozycje były problematyczne także z punktu widzenia mocy dyskryminacyjnej przy odróżnianiu osób z osobowością *borderline* od innych pacjentów i osób nie będących pacjentami. Z drugiej strony, obie pozycje miały bardzo niski wskaźnik podstawowy w grupie z osobowością z pogranicza. Wyjaśnienie może być takie, że chociaż te zachowania są charakterystyczne dla osobowości z pogranicza, występują bardzo rzadko: często w ciągu miesiąca nie występują w ogóle. Jednak rzadkie występowanie tych zachowań może również wskazywać, że nie są zbyt powszechne w przypadkach osobowości z pogranicza, a zatem nie są objawem prototypowym dla tego zaburzenia osobowości. Dwa badania psychometryczne BPDSI (Arntz i in., 2003; Giesen-Bloo i in., 2010) odnosiły się do podobnych problemów

z pozycjami dotyczącymi hazardu i kradzieży sklepowej. W związku z tymi powtarzającymi się wnioskami odnośnie do hazardu i kradzieży sklepowej sugerujemy pominięcie tych symptomów w conceptualizacjach osobowości z pogranicza w przyszłych wersjach systemu DSM. Brak zdolności różnicowania między pacjentami z osobowością z pogranicza a pacjentami cierpiącymi na zaburzenia osobowości typu C w przypadku jednej pozycji opuszczenia, jednej pozycji tożsamości i jednej pozycji dysocjacji można wyjaśnić niskimi częstotliwościami ich występowania w grupie osób z BPD. Usunięcie lub pozostawienie tych pozycji pozostaje delikatną kwestią, wymagającą zrównoważenia statystyk i teorii. Naszym zdaniem ich usunięcie nie jest, ze względów teoretycznych, w pełni uzasadnione. Ponadto udział każdej z tych pozycji w łącznym wyniku uzyskanym w zakresie danego kryterium oraz w wyniku całkowitym był znaczny, co wskazuje, że jednak reprezentują one kryteria, do których zostały przypisane. Kwestię słuszności pozostawienia lub usunięcia tych pozycji będą musiały rozstrzygnąć dalsze badania nad Listą Kontrolną BPD.

Interpretacja wyników konfirmacyjnych analiz czynnikowych siedmiu różnych modeli zależy od celów zastosowania modelu osobowości z pogranicza. Jeśli celem jest rozróżnienie różnych klas w ramach struktury takiej osobowości, sugerujemy rozważenie dziewięciu kryteriów DSM-IV jako dziewięciu czynników, gdyż w świetle uzyskanych przez nas wyników wydaje się, że nie ma innego sposobu na użyteczne zmniejszenie liczby zaczerpniętych z systemu DSM kryteriów zaburzenia osobowości typu *borderline* niż połączenie ich wszystkich w jeden czynnik. W porównaniu z modelem zawierającym wszystkie czynniki (sześć, osiem lub dziewięć) zmniejszenie liczby czynników do trzech albo czterech (skupienia kryteriów DSM-IV) skutkowało znaczącą utratą informacji. Ta obserwacja jest niezgodna z wynikiem opisanym przez Sanisłowa i współpracowników (2002), wskazującym, że model 3-czynnikowy najlepiej różnicuje i pozwala zrozumieć strukturę osobowości z pogranicza; być może rozbieżność bierze się stąd, że do diagnozowania zaburzeń osobowości w jednym przypadku użyto kwestionariusza samoopisowego, zaś w drugim – wywiad ustrukturyzowanego. Lista Kontrolna BPD mierzy kryteria osobowości z pogranicza według DSM-IV na poziomie mikroskopijnym, za pomocą kilku pozycji dla każdego kryterium (z wyjątkiem kryterium pustki), natomiast wywiad ustrukturyzowany mierzy je na poziomie bardziej ogólnym, filtrując i grupując informacje o pacjencie do postaci wniosku o obecności bądź nieobecności ogólnego kryterium BPD. Nie uzyskaliśmy przekonujących dowodów przemawiających za modelem zakładającym wymiary pomiędzy poziomem kryteriów szczegółowych a ogólnym, całościowym kryterium BPD. Zatem, choć wielocechowy model DSM

dopuszcza szeroki zakres wariacji, jeśli chodzi o kombinacje kryteriów osobowości z pogranicza – co skutkuje różnorodnością na poziomie kryteriów – u podstaw kryteriów wydaje się leżeć wymiar ogólny, całościowy. Dlatego omówione wyniki potwierdzają pierwotny wniosek Sanisłowa i współpracowników (2002), że osobowość z pogranicza jest konstruktem statystycznie jednolitym. Badania Arntza (1999), Arntza i współpracowników (2009) oraz Fossatiego i współpracowników (1999) również potwierdzają ten wniosek. Uderzającą rzeczą jest zbieżność omówionych wniosków z wynikami czynnikowymi badania poświęconego BPDSI-IV (Giesen-Bloo i in., 2010) – badania o podobnym układzie, uwzględniającego tych samych siedem modeli. W badaniu tym przewaga tzw. modelu osobowości z pogranicza ze wszystkimi czynnikami (według DSM) nad modelem proponowanym lub 1-czynnikowym była zreplikowana niemal dokładnie. Odnotować należy tylko dwie różnice w zakresie wskaźnika AIC między proponowanymi modelami czynnikowymi: (1) nie 3-czynnikowy model Hurta i współpracowników (1990), lecz 4-czynnikowy model Clarkina i współpracowników (1993) najlepiej wyjaśniał dane w naszym badaniu; (2) model autorstwa Sanisłowa i współpracowników (2002) nie okazał się lepszy od modelu Livesleya i Schröder (1991): oba jednakowo dobrze wyjaśniały dane. Wspomniane różnice między proponowanymi modelami czynnikowymi pokazują, że tworzenie różnych czynników o różnych nazwach niekoniecznie dostarcza dodatkowych informacji o jednostce lub pomaga ją zrozumieć lepiej niż modele zawierające komplet czynników. Wybór modelu osobowości z pogranicza – jednoczynnikowego, proponowanego lub obejmującego wszystkie czynniki – zależy od celu i kontekstu, do jakiego potrzebne są określone informacje na temat BPD.

Jak zaznaczono na wstępie, Lista Kontrolna Zaburzenia Osobowości z Pogranicza i wywiad BPDSI są narzędziami uzupełniającymi się wzajemnie. Stwierdzono, że oba spełniają standardy psychometryczne. Ciekawe będzie zbadanie i porównanie różnych sposobów ustalania poprawy (lub pogorszenia) stanu pacjentów z BPD w trakcie terapii: klinicznej perspektywy terapeuty, subiektywnej perspektywy pacjenta i jego doświadczenia zmiany (Lista Kontrolna BPD) oraz obiektywnej zmiany, jaka zachodzi u danej osoby (BPDSI). Byłoby wskazane, aby w miarę możliwości stosować Listę Kontrolną BPD i wywiad BPDSI w tych samych sesjach pomiarowych. Wstępne wyniki uzyskane za pomocą Listy Kontrolnej BPD i wywiadu BPDSI w badaniu wyników terapii osobowości z pogranicza wskazują, że obserwowana poprawa w zakresie częstotliwości występowania objawów tego zaburzenia osobowości poprzedza doświadczenie poprawy w postaci zmniejszenia odczuwanych dolegliwości (Giesen-Bloo i in., 2002).

ZAKOŃCZENIE

Można stwierdzić, że Lista Kontrolna BPD jest psychometrycznie mocnym narzędziem. Ma dobrą spójność wewnętrzną, a także bardzo dobre wskaźniki trafności różnicowej, zbieżnej i teoretycznej. Lista Kontrolna BPD okazała się narzędziem czułym na zmiany; poziom odczuwanych objawów charakterystycznych dla zaburzenia osobowości z pogranicza istotnie zmniejszył się podczas psychoterapii. Konfirmacyjne analizy czynnikowe pierwszego rzędu potwierdziły model 1-czynnikowy i 9-czynnikowy oparty na kryteriach zaburzenia osobowości z pogranicza według DSM-IV. Określono normy kliniczne, specyficzność i czułość do zastosowania Listy w praktyce klinicznej i w badaniach naukowych. Autorzy zaproponowali wartość 67 jako kliniczny punkt odcięcia dla wyzdrowienia w przypadku użycia Listy Kontrolnej BPD jako narzędzia do pomiaru efektów leczenia. Dla wskazania pacjentów z osobowością z pogranicza, np. w procedurach przesiewowych lub kwalifikujących na terapię BPD, zasugerowali punkt odcięcia na poziomie 100.

Dalsze badania powinny koncentrować się na funkcjonowaniu Listy jako narzędzia przesiewowego i jako miary efektu leczenia. Należy również przeprowadzić badania weryfikujące jej trafność w innych grupach klinicznych (np. z zaburzeniami osobowości typu B lub ze schizofrenią).

BIBLIOGRAFIA

- Adams, H. E., Bernat, J. A. i Luscher, K. A. (2001). Borderline personality disorder: An overview. W: P. B. Sutker i H. E. Adams (red.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (wyd. 3, s. 491-507). New York: Plenum.
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317-332.
- American Psychological Association, APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Pollock, C. i Stewart, G. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46, 455-460.
- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419-430.
- Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research Therapy*, 37, 97-134.
- Arntz, A., Bernstein, D., Gielen, D., Nieuwenhuyzen van, M., Penders, K., Haslam, N. i Ruscio, J. (2009). Taxometric evidence for the dimensional structure of cluster-c, paranoid, and borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 606-628.
- Arntz, A., Dietzel, R. i Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research Therapy*, 37, 545-557.

- Arntz, A. i Dreessen, L. (1995). BPD Klachtenlijst. Dokument wewnętrzny, Maastricht University.
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E. i Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: A test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1215-1225.
- Arntz, A. i Kerkhofs, M. L. M. (1999). *Inventarisatie van de persoonlijkheidsstructuur* (autoryzowane holenderskie tłumaczenie Inwentarza Organizacji Osobowości). Maastricht: Autor.
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. i de Bie, A. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17, 45-59.
- Arrindell, W. A. i Ettema, J. H. M. (1986). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beck, A. T., Freeman, A. i współpracownicy (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, London: Guilford Press.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G. i Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(1), 44.
- Berry, K. L., Miskimins, R. W. i Wilson, L. T. (1972). The concept of self and psychiatric chronicity. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 5-8.
- Blascovich, J. i Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. W: J. P. Robinson, P. R. Shaver i L. S. Wrightsman (red.), *Measures in personality and social psychological attitudes* (s. 115-160). New York: Academic Press.
- Brophy, C. J., Norvell, N. K. i Kiluk, D. J. (1988). An examination of the factor structure and convergent and discriminant validity of the SCL-90R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 334-340.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Cristoph, P. i Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 257-271.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W. i Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137-143.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. i Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18, 52-72.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. i Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. i Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. i Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (2010). SCID II – Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP (redakcja naukowa: B. Zawadzki, A. Popiel, E. Pragłowska).
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. i Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders – patient edition (SCID-I/P), version 2.0*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C. i Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 72-79.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., van Dyck R., Spinhoven, Ph. i van Tilburg, W. (2002). *Outpatient treatment of borderline personality disorder: Analytical psychotherapy versus cognitive behavior therapy*. Referat wygłoszony na sympozjum „Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzenia osobowości z pogranicza”, 16-17 listopada 2002, Nowy Jork.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., Opendacker, J. i Spinhoven, Ph. (2005). *The Defense Style Questionnaire-48: Factor structure in clinical and non-clinical samples*. Dokument wewnętrzny, Maastricht University.
- Giesen-Bloo, J., Dyck van, R., Spinhoven, P., Tilburg van, W., Dirksen, C., Asselt van, T., Kremers, I., Nadort, M. i Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized controlled trial of schema-focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E. i Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49, 136-141.
- Groenestijn, M. A. C., Akkerhuis, G. W., Kupka, R. W., Schneider, N. i Nolen, W. A. (1999). *Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV as I stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoglund, P. (1993). Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 7, 168-181.
- Hurt, S., Clarkin, J., Widiger, T., Fyer, M., Sullivan, T., Stone, M. i Frances, A. (1990). Evaluation of DSM-III decision rules for case detection using joint conditional probability structures. *Journal of Personality Disorders*, 4, 121-130.
- Jacobson, N. S. i Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kernberg, O. F. i Clarkin, J. F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: Personality Disorders Institute of Cornell University, Westchester Division.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. i Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a non-clinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Livesley, W. J. i Schröder, M. L. (1991). Dimensions of personality disorder: The DSM-III-R Cluster B diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 320-328.
- Miller, G. A. i Chapman, J. P. (2001). Misunderstanding analysis of covariance. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 40-48.
- Miskimins, R. W. i Baker, B. R. (1973). Self-concept and the disadvantaged. *Journal of Community Psychology*, 1, 347-361.
- Miskimins, R. W., Wilson, L. T., Braucht, G. N. i Berry, K. L. (1971). Self-concept and psychiatric symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 185-187.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Nordahl, H. M. i Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264.

- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H. i van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Stout, R. L., Zanarini, M. C. i 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, 284-290.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. i Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 231-295.
- Spinhoven, P., Gaalen, H. A. V. i Abraham, R. E. (1995). The defense style questionnaire: A psychometric examination. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 124-133
- Stevenson, J. i Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Trijsburg, R. W., van 't Spijker, A., Van, H. L., Hesselink, A. J. i Duivenvoorden, H. J. (2000). Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 432-439.
- Weertman, A., Arntz, A., Dreessen, L., van Velzen, C. i Vertommen, S. (2003). Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 17, 562-567.
- Weertman, A., Arntz, A. i Kerkhofs, M. L. M. (2000). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. i Kernberg, O. F. (2002). *A primer for transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Revised edition*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. i Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M., Gunderson, J., Frankenburg, F. R. i Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.

ZAŁĄCZNIK 1

LISTA KONTROLNA BPD
(TŁUMACZENIE POLSKIE)LISTA KONTROLNA
ZABURZENIA OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA
BPD-CHECKLIST-PL

JAK WYPEŁNIĆ KWESTIONARIUSZ?

W kwestionariuszu zostaniesz zapytany/zapytana, w jakim stopniu określone dolegliwości sprawiały Ci kłopot **w ciągu ostatniego miesiąca**. Dla każdej dolegliwości wskaż, w jakim stopniu jej doświadczałeś/doświadczałaś, zakreślając najbardziej trafną w Twoim przypadku odpowiedź.

Przykład:

	Wcale	W niewielkim stopniu	Umiarkowanie	W znacznym stopniu	Krańcowo
Ból głowy	1	2	3	4	5

© Arnaud Arntz & Laura Dreessen

Tłumaczenie angielskie: Josephine Giesen-Bloo (Maastricht, sierpień 2001), tłumaczenie polskie na podstawie wersji angielskiej: Piotr Czyżewski, redakcja naukowa: Agnieszka Popiel (2017).

W jakim stopniu w ciągu ostatniego miesiąca sprawiało Ci kłopot:		Wcale	W niewielkim stopniu	Umiarkowanie	W znacznym stopniu	Krańcowo
1	Spontaniczne wydawanie zbyt dużych sum pieniędzy, na których wydawanie nie możesz sobie pozwolić	1	2	3	4	5
2	Gwałtowne zmiany nastroju	1	2	3	4	5
3	Napady złości	1	2	3	4	5
4	Poczucie, że nie jesteś sobą, jakbyś obserwował (obserwowała) samego / samą siebie z zewnątrz, lub doświadczanie siebie jakby w filmie albo we śnie (niespowodowane użyciem leków ani narkotyków)	1	2	3	4	5
5	Uderzanie innych lub rzucanie w nich przedmiotami	1	2	3	4	5
6	Celowe kaleczenie się (cięcie, klucie, uderzanie, przypalanie)	1	2	3	4	5
7	Niepewność, czy bardziej pociągają Cię mężczyźni, czy kobiety	1	2	3	4	5
8	Hazard	1	2	3	4	5
9	Pragnienie zabicia się	1	2	3	4	5
10	Niepewność, kim naprawdę jesteś	1	2	3	4	5
11	Poczucie znudzenia lub wewnętrznej pustki	1	2	3	4	5
12	Nadużywanie alkoholu	1	2	3	4	5
13	Obawa, że inni Cię opuszczą	1	2	3	4	5
14	Bycie osobą tak różną w różnych sytuacjach lub w kontaktach z innymi ludźmi, że już nie wiesz, kim jesteś	1	2	3	4	5
15	Niepewność co do tego, jak powinno wyglądać Twoje życie	1	2	3	4	5
16	Przekonanie, że inni traktują Cię niesprawiedliwie	1	2	3	4	5
17	Zażywanie narkotyków	1	2	3	4	5
18	Silne zmiany w uczuciach wobec innych osób	1	2	3	4	5
19	Nieufność wobec innych ludzi	1	2	3	4	5
20	Brak odwagi w uznaniu swoich złych stron	1	2	3	4	5

W jakim stopniu w ciągu ostatniego miesiąca doskwierały Ci:		Wcale	W niewielkim stopniu	Umiarkowanie	W znacznym stopniu	Krańcowo
21	Myśl, że jeśli inni ludzie poznają Cię naprawdę, odrzucą Cię	1	2	3	4	5
22	Niebezpieczna jazda (samochodem, motocyklem, rowerem)	1	2	3	4	5
23	Obserwowanie lub poczucie odmienności otaczającego świata, tak że wydaje Ci się on bardzo dziwny albo nierealny (np. inni ludzie wyglądają obco albo jak „roboty”; niespowodowane zażyciem leków ani narkotyków)	1	2	3	4	5
24	Tendencja do zachowań zagrażających życiu (np. w ruchu drogowym)	1	2	3	4	5
25	Uczucia rozpacz	1	2	3	4	5
26	Próba pozbawienia się życia	1	2	3	4	5
27	Odhodzenie od zmysłów z powodu myśli/przekonania, że ktoś, kto jest dla Ciebie ważny opuści Cię	1	2	3	4	5
28	Groźenie w obecności innych osób, że się zranisz albo zabijesz	1	2	3	4	5
29	Napady obżarstwa	1	2	3	4	5
30	Postrzeżenie siebie jako osoby złej i nie do zaakceptowania	1	2	3	4	5
31	Przekonanie, że inne osoby uwzięły się na Ciebie (że jesteś prześladowany/prześladowana)	1	2	3	4	5
32	Niepewność, jakich znajomych albo bliskich chcesz mieć	1	2	3	4	5
33	Uczucia, które są dla Ciebie nie do przyjęcia	1	2	3	4	5
34	Niepewność, co właściwie jest dla Ciebie ważne	1	2	3	4	5
35	Kradzież sklepowa	1	2	3	4	5
36	Nagle niepokoje, depresje i drażliwość	1	2	3	4	5
37	Wpadanie w złość tak silną, że tracisz panowanie nad sobą i niszczysz przedmioty	1	2	3	4	5
38	Niepamiętanie ważnych rzeczy (niespowodowane zażyciem leków ani narkotyków)	1	2	3	4	5
39	Duża podejrzliwość	1	2	3	4	5

W jakim stopniu w ciągu ostatniego miesiąca doskwierały Ci:		Wcale	W niewielkim stopniu	Umiarkowanie	W znacznym stopniu	Krańcowo
40	Poczucie strasznego zawodu na kims, kogo podziwiałeś / podziwiałaś lub kochałeś / kochałaś	1	2	3	4	5
41	Spontaniczny kontakt seksualny, którego później żałowałeś / żałowałaś	1	2	3	4	5
42	Nagła utrata zaufania do innych osób	1	2	3	4	5
43	Przekonanie, że nie jesteś w stanie samodzielnie poradzić sobie z życiem	1	2	3	4	5
44	Nienawiść do siebie, do wszystkich i do świata	1	2	3	4	5
45	Rozpaczliwe próby powstrzymania innych osób przed odejściem	1	2	3	4	5
46	Niepewność co do tego, jakie są Twoje faktyczne standardy i wartości	1	2	3	4	5
47	Nieświadomość, co zrobiłeś lub gdzie jesteś (niespowodowana zażyciem leków ani narkotyków)	1	2	3	4	5