

Ocena zależności pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym osób z osobowością chwiejną emocjonalnie typu borderline a ich ogólnym poziomem funkcjonowania

Evaluation of the relationship between cognitive functioning in patients with borderline personality disorder and their general functioning

Anna Mosiołek, Jacek Gierus, Tytus Koweszko, Agata Szulc

Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM

Summary

Aim. The purpose of the study was to examine the relation between cognitive functioning in people with borderline personality disorder and their overall functioning level, as well as psychopathology intensification specific for this type of disorders.

Method. 64 patients aged 18–55 ($M = 30.09$) with borderline personality disorder (emotionally unstable personality – borderline type in the ICD-10) were examined. The study used: demographic-descriptive questionnaire, SCID II, Borderline Symptom Checklist-23, and Global Assessment of Functioning (GAF). For cognitive assessment, The Rey Auditory Verbal Learning Test, The Rey–Osterrieth Complex Figure test, TMT A, TMT B, verbal fluency test, Stroop test and Frontal Assessment Battery (FAB) were used.

Results. The average GAF score in the sample was $M = 43.65$. Significant differences between the comorbidity group and non-comorbidity group were observed with respect to the GAF scores (Mann-Whitney $U = 300.500$, $p = 0.008$) as well as a number of significant ($p < 0.05$) correlations between the level of cognitive functions and functioning in patients with no co-morbidity.

Conclusions. Clinically significant disturbances in general and social functioning persisted in the group of subjects with borderline personality disorder. The obtained data seem to suggest that the cognitive functions affect the overall functioning only in patients with psychiatric co-morbidity. In people without psychiatric co-morbidity there is a relationship of cognitive functions only with certain aspects of psychopathology specific to BPD.

Słowa kluczowe: funkcje poznawcze, zaburzenia osobowości borderline

Key words: cognitive functions, borderline personality disorder

Badanie nie było sponsorowane.

Wstęp

ICD-10 wyróżnia dwa typy osobowości chwiejnej emocjonalnie: impulsywny oraz borderline (borderline personality disorder – BPD), przy czym typ borderline odznacza się większym poziomem psychopatologii swoistej dla BPD oraz niższym poziomem ogólnego funkcjonowania [1]. Najogólniej objawy występujące w zaburzeniach osobowości typu borderline można podzielić na związane z emocjami, z zaburzeniami zachowania, z tożsamością oraz relacjami interpersonalnymi [2]. Osoby z BPD cechują się wyraźną tendencją do działań impulsywnych bez przewidywania konsekwencji tych działań, ich nastrój jest niestabilny, chwiejny i kapryśny, występuje skłonność do wybuchów emocjonalnych oraz niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych. Osoby z BPD różnią się zarówno od innych grup klinicznych, jak i osób zdrowych w zakresie funkcjonowania neurokognitywnego. Znamienna jest nadaktywność systemu noradrenergicznego i osi podwzgórzowo–przysadkowo–naderczowej [3, 4]. Objawy te wiązane są z obniżoną kontrolą inhibicyjną (ograniczona elastyczność reagowania na zmieniające się warunki otoczenia) oraz zakłóceniami przetwarzania poznawczego (zwłaszcza „góra–dół”), które mogą przekładać się na obecną w BPD dysregulację emocjonalną. Uważa się, że negatywny kontekst emocjonalny może zmieniać przetwarzanie poznawcze poprzez dysmodulację w regionach mózgu zaangażowanych w regulację emocji, kontrolę impulsów, funkcje wykonawcze i pamięć [5, 6]. Trudności w relacjach interpersonalnych powszechnie występujące u osób z osobowością chwiejną emocjonalnie typu borderline łączone są często z występowaniem dysregulacji emocjonalnej zachowania oraz z występowaniem zaburzeń poznania społecznego i metapoznania [7].

Istnieją różne koncepcje etiologiczne wyjaśniające nieprawidłowe wzorce funkcjonowania interpersonalnego i poznawczego w zaburzeniach osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline. Jedną z nich jest biospołeczny model rozwoju zaburzeń, który wskazuje na rolę specyficznych czynników środowiskowych i biologicznych prowadzących do rozregulowania emocjonalnego [8–10]. Pojęcie regulacji emocji odnosiłoby się do zdolności do modulowania reakcji emocjonalnych w odpowiedzi na bodźce środowiskowe, zarówno poprzez wzmocnienie, jak i osłabienie ich nasilenia. Model ten zakłada, że zdolność do sprawowania skutecznej kontroli nad emocjami podlega dostępowi zasobów poznawczych [9, 10], zaangażowanych w ponowną ocenę poznawczą bodźców emocjonalnych, tłumienie lub modyfikację reakcji emocjonalnych, co oznaczać by mogło, że zaburzenia funkcjonowania mogą, przynajmniej częściowo, wynikać z występowania dysfunkcji poznawczych [11, 12]. Pomimo istnienia hipotez, że objawy występujące w BPD wynikają między innymi z dysfunkcji przetwarzania poznawczego, to brak jest badań oceniających wpływ funkcji poznawczych na globalne funkcjonowanie osób z zaburzeniami osobowości typu borderline. Badanie miało na celu sprawdzenie zależności pomiędzy ogólnym funkcjonowaniem osób z BPD oraz nasileniem psychopatologii swoistej dla tego typu zaburzeń osobowości i funkcjonowaniem poznawczym.

Material i metoda

Przebadano 64 osoby (58 kobiet i 6 mężczyzn) w wieku 18–55 lat ($M = 30,09$), z zaburzeniem osobowości typu borderline (wg ICD-10), hospitalizowanych w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kryteriami włączenia do badania były: diagnoza osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline (ICD-10), postawiona na podstawie ustrukturuwanego wywiadu lekarskiego przeprowadzonego przez wyznaczonego specjalistę psychiatrę, potwierdzona za pomocą wywiadu klinicznego SCID-II, przeprowadzonego przez psychologa (badaczom zależało na potwierdzeniu diagnozy w ramach obu klasyfikacji), brak istotnych zaburzeń wzroku i słuchu, stabilny stan psychiczny i somatyczny. Badanie zostało zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniu zostali poinformowani o jego celu oraz wyrazili świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Początkowa próba składała się z 79 uczestników, ale w końcowych wynikach, ze względu na niewypełnienie wszystkich pytań niektórych kwestionariuszy, uwzględniono jedynie pacjentów, u których dysponowano kompletem danych.

W badaniu korzystano z: kwestionariusza demograficzno-opisowego, skali Borderline Symptom Checklist-23 (BSL-23) oraz skali Global Assessment of Functioning (GAF), oceny poznawczej dokonywano za pomocą Testu 15 Słów Reya (RAVLT), Testu Figury Złożonej Reya (ROCFT), Testu Łączenia Punktów A (TMT A), Testu Łączenia Punktów B (TMT B), testu fluencji słownej (fonemicznej i semantycznej), testu Stroopa oraz Frontal Assessment Battery [13–17]. Narzędzia do oceny poznawczej dobrano w taki sposób, żeby oceniały podstawowe domeny funkcjonowania poznawczego. Czas potrzebny do wykonania testów wynosił ok. 60–90 min. Badanie neuropsychologiczne przeprowadzał oraz oceny uzyskanych wyników dokonywał psycholog. Ocenę kliniczną z uwzględnieniem psychopatologii swoistej dla osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline oceniano za pomocą SCID-II i BSL-23. Ogólną ocenę poziomu funkcjonowania przeprowadzano przy użyciu skali porządkowej GAF o zdefiniowanych 10 przedziałach, na wynik której składają się trzy aspekty funkcjonowania: psychopatologiczny, społeczno-interpersonalny oraz zawodowy [18]. Wskaźnik GAF oceniano w punktacji 0–100, przy czym 100 pkt oznacza doskonałe funkcjonowanie, brak patologii, natomiast 0 pkt – skrajnie złe funkcjonowanie. Skala GAF dla każdej z badanych osób była wypełniana według instrukcji APA z 2000 r. wspólnie przez psychiatrę i psychologa uczestniczących w badaniu.

Nasilenie objawów typowych dla zaburzenia osobowości typu borderline oceniano przy użyciu BSL-23 [19]. Jest to skala samoopisowa (23 pozycje, w których badany odpowiada na 5-stopniowej skali), oceniająca nasilenie objawów, subiektywne samopoczucie (skala 0–100%) oraz nasilenie zachowań autodestrukcyjnych w ramach BPD (11 pozycji o 5-stopniowej skali odpowiedzi) – wskaźnikami tych czynników są odpowiednio: BSL wynik ogólny, BSL ocena samopoczucia i BSL zachowania destrukcyjne.

W ramach procedury oceny funkcjonowania poznawczego wykonano badanie RAVLT, które polegało na czytaniu przez badającego serii 15 słów (lista A), z któ-

rych badany miał powtórzyć jak największą ich ilość. Badający odczytywał 5 serii wyrazów, tak aby badany miał okazję wyuczyć się materiału testowego. Następnie badający odczytywał jednokrotnie inną listę (lista B), z poleceniem powtórzenia jak największej ilości wyrazów. Następnie proszono badanych o odtworzenie z pamięci wyrazów z listy A. Po ok. 30 minutach badający prosił badanego o spontaniczne odtworzenie wyrazów z listy A.

W teście ROCFT badane osoby miały za zadanie skopiować złożoną figurę, a następnie odtworzyć ją z pamięci po 3–5 minutach. Za wskaźnik wykonania przyjmuje się ilość elementów figury poprawnie odtworzonych bezpośrednio i po odroczeniu. W TMT A i B za wskaźnik wykonania testu przyjmuje się czas poprawnego połączenia podanych w materiale testowym punktów. W teście fluencji słownej zastosowano model: F, A, S, zwierzęta, ostre przedmioty. Wskaźnikiem wykonania testu jest ilość elementów wymienionych w ciągu minuty przez badanego.

Test Stroopa służy do badania werbalnej pamięci operacyjnej. Poziom wykonania testu jest uzależniony od sprawnych funkcji uwagi, głównie koncentracji, selektywności oraz siły kontroli poznawczej. Można dzięki niemu uzyskać informacje dotyczące plastyczności poznawczej oraz hamowania impulsywnych, zautomatyzowanych reakcji [15, 16, 18]. Wskaźnikiem wykonania testu Stroopa był czas przeczytania listy słów z odpowiedniej planszy.

Frontal Assessment Battery jest przesiewową metodą do badania funkcji czołowych takich jak: konceptualizacja, elastyczność umysłowa, programowanie ruchowe, podatność na interferencję, kontrola inhibicyjna i niezależność od środowiska. Wskaźnikiem wykonania testu jest wynik ogólny mieszczący się granicach od 0 do 18 punktów.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu SPSS Statistics 18 i Statsoft STATISTICA. Do oceny istotności różnic między rozkładami wyników uzyskanymi przez badanych w każdej z grup wykorzystano nieparametryczny test U Manna–Whitneya, a do ustalenia związków pomiędzy zmiennymi – współczynnik rho Spearmana.

Wyniki

Charakterystyka opisowa badanych osób z BPD

Średnia wieku dla badanej grupy wynosiła 30,09 roku. Czas występowania objawów zaburzeń osobowości typu borderline w badanej grupie wynosił od 3 do 35 lat, średnia ilość lat formalnej edukacji wynosiła 13,07 roku, średnia ilość hospitalizacji $M = 2,94$, średni wskaźnik GAF wynosił $M = 43,65$. Spośród badanych osób 57,8% ($N = 37$) deklarowało orientację heteroseksualną, 12,5% ($N = 8$) homoseksualną, 25% ($N = 16$) biseksualną, 3,1% ($N = 2$) aseksualną, a 1,5% ($N = 1$) miało trudności z jednoznacznym zadeklarowaniem swojej orientacji. W badanej grupie 35,9% ($N = 23$) badanych pozostawało we względnie stałych związkach, a 64,1% ($N = 41$) nie było w stanie utrzymać trwałych relacji partnerskich. 89,1% osób badanych ($N = 57$) mieszkało w mieście, 9,5% ($N = 6$) na wsi, 1,7% ($N = 1$) przebywało w instytucji pomocowej. Zaledwie 22,2% ($N = 14$) badanych utrzymywało się z pracy, pozostała

grupa osób, 77,8% (N = 50), nie pracowała. W grupie osób niebędących w stanie samodzielnie się utrzymać 12,7% (N = 8) otrzymywało rentę, 9,5% (N = 6) stały zasiłek, 52,4% (N = 33) korzystało z pomocy rodziny, a 3,2% nie była w stanie wskazać źródła utrzymania. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu pozostawały w stabilnym stanie somatycznym. U 70,3% (N = 45) nie występowały choroby somatyczne, a pozostałe osoby leczyły się z powodu choroby somatycznej. Wśród najbliższej rodziny u 49,2% (N = 31) badanych zdiagnozowano w przeszłości zaburzenia psychiczne, zaś 50,8% (N = 32) badanych osób nie potwierdziło obecności takich zaburzeń w rodzinie. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu otrzymywały leczenie farmakologiczne oraz pomoc psychologiczną.

Związki ogólnego funkcjonowania z istotnymi danymi klinicznymi i demograficznymi

Początkowa analiza zebranych danych dotyczyła zależności pomiędzy wskaźnikiem GAF a istotnymi danymi opisującymi badaną grupę. O ile nie wykryto znaczących związków ogólnego wskaźnika funkcjonowania z wiekiem i ilością lat edukacji, o tyle ujawniono słabe związki GAF z ilością dzieci, ilością hospitalizacji i czasem od pierwszej hospitalizacji (tab. 1).

Tabela 1. Korelacje pomiędzy wskaźnikiem GAF a zmiennymi demograficznymi – rho Spearmana

	GAF
Wiek	0,133
Lata edukacji	0,137
Ilość dzieci	0,264*
Ilość hospitalizacji	-0,306*
Czas od pierwszej hospitalizacji	-0,331*

* Istotność na poziomie $p < 0,05$; opracowanie własne

Osoby z BPD wykazujące się wyższym funkcjonowaniem mają statystycznie liczniejsze potomstwo niż osoby funkcjonujące w ramach niższych wyników w skali GAF. Osoby wyżej funkcjonujące mają też za sobą mniej hospitalizacji i statystycznie krótszy czas, który upłynął od ich pierwszej hospitalizacji (co może być odzwierciedleniem rzadszego kontaktu z instytucjami leczenia stacjonarnego).

Związki ogólnego funkcjonowania z wynikami testów neuropsychologicznych

Spośród testów badających pamięć i uczenie się (zarówno w modalności wzrokowej, jak i werbalno-językowej) ujawnił się słaby związek wskaźnika GAF z podestem odtwarzania bez odroczenia. Pozostałe wskaźniki pamięci werbalnej nie wykazywały istotnych powiązań ze wskaźnikiem GAF (tab. 2). Wskazywałoby to albo na przy-

padkowość korelacji, albo na specyfikę podtestu odtwarzania bez odroczenia, który mierzy jednocześnie zdolność uczenia się, podatność na interferencję i zdolność wydobywania z pamięci.

Tabela 2. Korelacje pomiędzy wskaźnikiem GAF a wynikami testów pamięci – rho Spearmana

	GAF
RAVLT suma 1–5	0,188
RAVLT odtwarzanie bez odroczenia	0,257
RAVLT po odroczeniu	0,228
RAVLT lista B	0,241
ROCFT Kopia	0,084
ROCFT Reprodukacja	0,235

* Istotność na poziomie $p < 0,05$; opracowanie własne

Spośród testów do pomiaru funkcji wykonawczych, związki ze wskaźnikiem GAF wykazała trzecia część testu Stroopa, mierząca kontrolę inhibicyjną (kontrolę hamowania). Współczynnik korelacji wskazuje, że im krótszy czas w trzeciej części testu Stroopa osiągały osoby badane, tym wyżej funkcjonowały w codziennym życiu (tab. 3).

Tabela 3. Korelacje pomiędzy wskaźnikiem GAF a wynikami testów funkcji wykonawczych – rho Spearmana

	GAF
TMT A	0,079
TMT B	-0,003
Stroop 1	-0,228
Stroop 2	-0,253
Stroop 3	-0,301*
FAB	0,171

* Istotność na poziomie $p < 0,05$; opracowanie własne.

Nie ujawniono istotnych związków wskaźnika GAF z wynikami testów fluencji, zarówno fonemicznej, jak i semantycznej.

W celu wykluczenia wpływu współzachorowalności o podłożu psychicznym na funkcjonowanie osób z BPD badane osoby podzielono na dwie grupy: osoby w kryzysie adaptacyjnym typowym dla zaburzeń osobowości ($N = 29$) i osoby ze stwierdzonymi dodatkowo innymi zaburzeniami psychicznymi (zaburzeniami lękowymi, nastroju czy związanymi z używaniem substancji). Wykryto istotne różnice pomiędzy wymienionymi grupami pod względem wskaźnika GAF (U Manna–Whitneya = 300,5, $p = 0,008$) – osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi funkcjonowały istotnie „gorzej” niż osoby, u których taka współzachorowalność nie występowała. Zbadano

również związki pomiędzy funkcjami poznawczymi a wskaźnikami nasilenia kryzysu będącego powodem hospitalizacji w całej badanej grupie (tab. 4).

Tabela 4. Korelacje pomiędzy wybranymi wskaźnikami oceny klinicznej a wskaźnikami funkcji poznawczych – rho Spearmana

	BSL wynik ogólny	BSL ocena samopoczucia	BSL zachowania destrukcyjne
Fluencja „F”	-0,126	-0,230	-0,126
Fluencja „A”	-0,018	-0,116	-0,018
Fluencja „A”	0,131	-0,141	0,131
Fluencja „zwierzęta”	-0,055	-0,031	-0,055
Fluencja „ostre przedmioty”	-0,226	-0,116	-0,226
RAVLT suma 1–5	0,178	0,218	0,178
RAVLT odtwarzanie	0,230	0,108	0,230
RAVLT po odroczeniu	0,330*	0,204	0,330*
RAVLT lista B	0,157	0,206	0,157
ROCFT Kopia	0,036	0,043	0,036
ROCFT Kopia typ	-0,092	-0,017	-0,092
ROCFT Reprodukacja	0,240	0,125	0,240
TMT A	-0,074	-0,121	-0,074
TMT B	0,074	-0,090	0,074
Stroop 1	0,061	-0,044	0,061
Stroop 2	0,042	-0,033	0,042
Stroop 3	-0,014	-0,187	-0,014

* Istotność na poziomie $p < 0,05$; opracowanie własne

Wykryto istotne pozytywne związki pomiędzy sprawnością uczenia się werbalno-językowego a poziomem ogólnych objawów zaburzenia osobowości typu borderline i poziomem zachowań destrukcyjnych. Wyniki mogłyby wskazywać, że im większa jest sprawność uczenia się u określonej osoby, tym większa skłonność do zachowań destrukcyjnych i wyższy poziom patologii swoistej dla BPD.

Dokonano analizy korelacji z podziałem na podgrupy osób ze współzachorowalnością psychiatryczną i bez niej. U osób bez współzachorowalności psychiatrycznej nie stwierdzono związków wskaźnika ogólnego funkcjonowania z wynikami testów neuropsychologicznych. Wystąpiły natomiast znaczące związki w grupie ze współzachorowalnością pomiędzy wskaźnikiem GAF a poziomem poszczególnych funkcji poznawczych. Dotyczy to wskaźników RAVLT odtwarzanie bez odroczenia (0,36*¹), RAVLT lista B (0,46**), czasu wykonania 2 części Testu Stroopa (-0,38*), wyniku

¹ * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

ogólnego Frontal Assessment Battery (0,48**) oraz fluencji „ostre przedmioty” (0,36*). W grupie bez współzachorowalności wynik ogólny BSL korelował znacząco z czasem wykonania testu Stroopa (0,44*) oraz z wynikiem FAB (-0,42*). Subiektywna ocena samopoczucia w BSL wykazywała w tej grupie istotny związek z wynikiem skal 1–5 testu RAVLT (0,42*). W grupie ze współzachorowalnością jedynym związkiem poziomu objawów kryzysu z funkcjami poznawczymi okazał się związek zachowań destrukcyjnych BSL z wydobywaniem z pamięci po odroczeniu RAVLT (0,42*).

Dyskusja

Celem niniejszej pracy było zbadanie zależności pomiędzy cechami klinicznymi i psychopatologicznymi osób z BPD a funkcjonowaniem poznawczym. Podobnie jak w badaniach podłużnych The McLean Study of Adult Development (MSAD) oraz badaniu The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS), niniejsze badanie wykazało, że w grupie osób z BPD utrzymywały się znaczące klinicznie zaburzenia w funkcjonowaniu ogólnym i społecznym [20–25]. W prezentowanym badaniu jedynie 22,2% osób było w stanie samodzielnie się utrzymać, zaś 35,9% pozostawało we względnie stabilnych związkach. Wyniki te są zbliżone do tych uzyskanych w badaniu CLPS, w którym jedynie około 20% pacjentów z BPD funkcjonowało w sposób oceniony jako prawidłowy. W zakresie funkcjonowania poznawczego osób z BPD dotychczasowe wyniki pozostają niejednoznaczne. Część z dotychczasowych badań nie wykazała różnic w funkcjonowaniu poznawczym pomiędzy osobami z BPD a osobami zdrowymi [26–31]. Istnieją jednak badania oceniające funkcjonowanie poznawcze osób z BPD, które wykazały różnice pomiędzy osobami z BPD i zdrowymi w zakresie dysfunkcji płata czołowego (uwaga, pamięć, funkcje wykonawcze, szybkość przetwarzania i zdolności wzrokowo-przestrzenne) [32]. Dostępne metaanalizy potwierdziły istnienie umiarkowanej dysfunkcji w zakresie uwagi (element składowy pamięci roboczej) w 10 badaniach porównujących funkcjonowanie neuropoznawcze osób z BPD i osób zdrowych [33]. Jednym z możliwych wyjaśnień braku konsensusu w tej dziedzinie jest to, że jak dotąd niewiele uwagi poświęcono ocenie globalnego funkcjonowania i wpływu swoistej psychopatologii BPD na ocenę neuropsychologiczną w tej grupie. Zważywszy, że sprawność poznawcza w BPD może zależeć od nasilenia objawów, a nie od istnienia podstawowych deficytów poznawczych per se, niejednoznaczność wyników oceny poznawczej mogłaby być związana ze stanem psychicznym osób z BPD. Wyniki ostatnich badań wskazują, że chwiejność emocjonalna lub wysoka reaktywność, charakterystyczne dla osób z zaburzeniami osobowości typu borderline, mogą odgrywać ważną rolę w przetwarzaniu neuropoznawczym [3]. Pomimo istnienia hipotez, że objawy występujące w BPD mogą być związane z dysfunkcją przetwarzania poznawczego, w prezentowanym badaniu nie uzyskano potwierdzenia istnienia wielu związków pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym osób z osobowością chwiejną emocjonalnie typu borderline a nasileniem ogólnej psychopatologii charakterystycznej dla tej grupy. Wyjątkiem okazał się związek nasilenia ogólnych objawów BPD i zachowań destrukcyjnych ze sprawnością uczenia się i wydobywania z pamięci. Zaskakująco związek ten okazał się pozytywny

(większa sprawność uczenia się towarzyszy większemu nasileniu psychopatologii). Taka podwyższona sprawność procesów poznawczych bywa wiązana ze zjawiskiem określanym jako „*apparent competence*” [34], które może występować w przypadku przeżywania intensywnego, silnego niepokoju, mogącego pojawiać się również podczas oceny kognitywnej. Polega ono na prezentowaniu pozornych kompetencji, które występują u osób z BPD tylko w ustrukturyzowanych sytuacjach zadaniowych, a są one niemożliwe do zaprezentowania w naturalnych sytuacjach. Prezentowane tutaj wyniki mogłyby potwierdzać występowanie zjawiska „*apparent competence*” u osób z BPD.

Ogólne funkcjonowanie pacjentów z BPD wykazało słabe związki z procesami uczenia się oraz kontroli hamowania.

Wyniki wskazały na wyższe ogólne funkcjonowanie tych osób, które szybciej się uczą i wykazują się sprawniejszą zdolnością hamowania wyuczonych reakcji. Zależność pomiędzy kontrolą hamowania i funkcjonowaniem ogólnym wydaje się łatwiejsza do wytłumaczenia (łatwość adaptacji, sprawniejsze procesy „góra–dół”), zwłaszcza że istnieją doniesienia mówiące o tym, że zdolność do sprawowania skutecznej kontroli nad emocjami podlega dostępowi zasobów poznawczych [35], a zasoby poznawcze mogą tłumić, wzmacniać lub modyfikować reakcje emocjonalne [36].

Analiza związków funkcji poznawczych z poziomem swoistej psychopatologii i globalnym poziomem funkcjonowania w grupach ze współzachorowalnością psychiatryczną i bez współzachorowalności wykazała występowanie interesujących związków. U osób bez współzachorowalności psychiatrycznej nie występuje związek pomiędzy funkcjami poznawczymi a globalnym funkcjonowaniem, natomiast u osób ze współzachorowalnością występują związki pomiędzy wymienionymi czynnikami – najsilniejsze z nich dotyczą funkcji wykonawczych, „czołowych”. W grupie bez współzachorowalności funkcje wykonawcze okazały się być powiązane z ogólnym poziomem psychopatologii, a w grupie ze współzachorowalnością sprawność zapamiętywania okazała się powiązana z wysokim poziomem zachowań destrukcyjnych. Wyniki te pozwalają przypuszczać, że funkcje poznawcze wpływają na funkcjonowanie osób z BPD głównie wtedy, gdy występuje u nich współzachorowalność psychiatryczna. U osób bez współzachorowalności są one powiązane z niektórymi aspektami swoistej psychopatologii, ale nie z ogólnym funkcjonowaniem.

Niniejsza praca nie jest wolna od istotnych ograniczeń. Najważniejszym z nich jest brak grupy kontrolnej, co powoduje brak możliwości pełnej ekstrapolacji wyników badania na kontekst kliniczny. Kolejnym ważnym ograniczeniem jest fakt, że próba składała się niemal wyłącznie z kobiet.

Wnioski

W grupie badanych osób z osobowością chwiejną emocjonalnie typu *borderline* utrzymywały się znaczące klinicznie zaburzenia w funkcjonowaniu ogólnym i społecznym. Jedynie nieco ponad jedna trzecia badanych osób była w stanie nawiązać satysfakcjonujące relacje intymne i utrzymywać względnie stałe związki. Uzyskane dane wydają się sugerować, że funkcje poznawcze wpływają na ogólne funkcjonowanie

jedynie u osób ze współzachorowalnością psychiatryczną. U osób bez niej wykazują powiązania jedynie z niektórymi aspektami swoistej dla BPD psychopatologii.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
2. Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B. *Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2006; 36(3): 313–322.
3. Bellovin-Weiss S. *The impact of emotional distress on cognitive performance in borderline personality disorder*. Publikowana praca doktorska. Columbia University; 2014. <http://academic-commons.columbia.edu/catalog/ac%3A177184> [dostęp: 12.09.2016].
4. Winter D, Elzinga B, Schmahl C. *Emotions and memory in borderline personality disorder*. *Psychopathology* 2014; 47: 71–85.
5. Bohus M, Schmahl C, Lieb K. *New developments in the neurobiology of borderline personality disorder*. *Curr. Psychiatry Rep.* 2004; 6(1): 43–50.
6. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, i wsp. *Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2007; 12: 1832–1841.
7. Schilling L, Köther U, Nagel M, Agorastos A, Moritz S. *Kognitive Verzerrungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Behandlung durch das “Metakognitive Training – Borderline”*. *Z. Klin. Psychol. Psychother.* 2013; 61: 239–246.
8. Linehan MM. *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method*. *Bull. Menninger Clin.* 1987; 51(3): 261–276.
9. Millon T, Davis RD. *Borderline personality disorders: The unstable pattern*. W: Millon T, Davis RD. red. *Disorders of personality DSM-IV and beyond*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1996. s. 645–690.
10. Meares R, Stevenson J, Gordon E. A Jacksonian and biopsychosocial hypothesis concerning borderline and related phenomena. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1999; 33(6): 831–840.
11. Ochsner KN, Gross JJ. *The cognitive control of emotion*. *Trends Cogn. Sci.* 2005; 9(5): 242–259.
12. Coifman KG, Berenson KR, Rafaeli E, Downey G. *From negative to positive and back again: polarized affective and relational experience in borderline personality disorder*. *J. Abnorm. Psychol.* 2012; 121(3): 668–679.
13. Choynowski M, Kostro B. *Podręcznik do „Testu Piętnastu Słów A. Reya”*. W: Choynowski M. red. *Testy psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997. s. 102–169.
14. Reitan RM. *Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage*. *Percept. Mot. Skills* 1995; 8: 271–276.
15. Talarowska M, Florkowski A, Orzechowska A, Mossakowska-Wójcik J, Gałęcki P. *Stroop Test among patients suffering from depressive disorders and schizophrenia*. *Curr. Probl. Psychiatry* 2011; 12(1): 24–29.
16. Roczniak B, Wciórka J. *Wybrane neuropsychologiczne wskaźniki uwagi i pamięci u chorych na schizofrenię, ich krewnych pierwszego stopnia oraz osób zdrowych*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2009; 18(4): 339–347.

17. Strupczewska B. *Test Figury Złożonej Rey-Osterrieth'a: podręcznik*. Warszawa: Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego Ministerstwa Edukacji Narodowej; 1990.
18. Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL. i wsp. *The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties*. *Psychopathology* 2009; 42(1): 32–39.
19. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. *Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF)*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 253–267.
20. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. *The FAB A Frontal Assessment Battery at bedside*. *Neurology* 2000; 55(11): 1621–1626.
21. Guedj E, Allali G, Goetz C, Le Ber I, Volteau M, Lacomblez L. i wsp. *Frontal Assessment Battery is a marker of dorsolateral and medial frontal functions: A SPECT study in frontotemporal dementia*. *J. Neurol. Sci.* 2008; 273: 84–87.
22. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM. i wsp. *Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011; 68(8): 827–837.
23. Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL. i wsp. *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Development, aims, design, and sample characteristics*. *J. Pers. Disord.* 2000; 14(4): 300–315.
24. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. *The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first 6 years of prospective follow-up*. *J. Pers. Disord.* 2005; 19: 505–523.
25. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. *The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 274–283.
26. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG. i wsp. *Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders*. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 883–889.
27. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA. i wsp. *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications*. *J. Pers. Disord.* 2005; 19: 487–504.
28. Dinn WM, Harris CL, Aycicegi A, Greene PB, Kirkley SM, Reilly C. *Neurocognitive function in borderline personality disorder*. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2004; 28(2): 329–341.
29. Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF, Hoermann S, Stanley B. *Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder*. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 26(3): 346–375.
30. Kunert HJ, Druেকে HW, Sass H, Herpertz SC. *Frontal lobe dysfunctions in borderline personality disorder? Neuropsychological findings*. *J. Pers. Disord.* 2003; 17(6): 497–509.
31. Bazanis E, Rogers RD, Dowson JH, Taylor P, Meux C, Staley C. i wsp. *Neurocognitive deficits in decision making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder*. *Psychol. Med.* 2002; 32(8): 1395–1405.
32. Sprock J, Rader TJ, Kendall JP, Yode CY. *Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder*. *J. Clin. Psychol.* 2000; 56(12): 1587–1600.
33. Legris J, Links PS, van Reekum R, Tannock R, Toplak M. *Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder*. *Psychiatry Res.* 2012; 196(1): 101–108.

-
34. Ruocco AR. *The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review*. Psychiatry Res. 2005; 137(3): 191–202.
 35. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press; 1993.
 36. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50(12): 971–974.

Adres: Anna Mosiołek
Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4

Otrzymano: 18.11.2015
Zrecenzowano; 10.02.2016
Otrzymano po poprawie: 12.04.2016
Przyjęto do druku: 12.04.2016