

Regulacja emocji u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline – aktualne kierunki badań

Emotion regulation in borderline personality disorder – actual research directions

Anna Pastuszek

Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM
Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

Summary

Emotional control seems to be the main area in which the borderline personality disorder (BPD) is noticeable. The nonadaptive emotion regulation is reflecting in BPD diagnostic criteria. Researchers are using the term emotion dysregulation in reference to borderline personality disorder. The recent researches place the emotion regulation deficiencies of BPD patients in the area of emotional acceptance, awareness and large emotional instability. The influence of emotional intelligence on the emotion regulation has not yet been defined.

Słowa kluczowe: zaburzenie osobowości borderline, regulacja, niestabilność emocjonalna, świadomość emocjonalna, akceptacja

Key words: borderline personality disorder, regulation, emotional instability, emotional awareness, acceptance

Zaburzenie osobowości borderline – obraz kliniczny

Borderline personality disorder¹ (BPD) jest ciężkim zaburzeniem regulacji afektu, któremu towarzyszą zniekształcone postrzeganie własnej osoby oraz mylne interpretacje zachowań społecznych. Charakterystyczne dla obrazu klinicznego BPD są intensywne, gwałtowne emocje, niestabilność i pewna niekonsekwencja myślenia. Mocno zarysowane tendencje do ambiwalencji w wielu obszarach funkcjonowania wyraźnie determinują codzienne życie pacjentów. Osoby dotknięte tym zaburzeniem

¹ Termin zaburzenie osobowości borderline (borderline personality disorder) jest zgodny z nawiązaniem amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń i chorób psychicznych (DSM). Funkcjonującym odpowiednikiem w ICD (międzynarodowej klasyfikacji chorób) jest osobowość chwiejna emocjonalnie (emotionally unstable personality disorder), z podtypami: impulsywny i borderline. W artykule pojęcie borderline używane jest również w odniesieniu do ICD-owskiego podtypu „impulsywny”. Inne nieoficjalne oznaczenia dla tej jednostki nozologicznej to: pograniczne zaburzenie osobowości, emocjonalnie niestabilne zaburzenie osobowości.

doświadczają zmiennych nastrojów w krótkich odstępach czasowych, szybko i z dużą łatwością poddają się negatywnym afektom, których neutralizacja związana jest ze znacznie większym wysiłkiem. Typowe dla nich jest postrzeganie rzeczywistości w czarno-biały sposób, polaryzowanie percepcji i myśli, jednoczesna afirmacja i devaluacja siebie i najbliższego otoczenia [1]. Sprzeczność równolegle odczuwanych emocji, ogromnego lęku przed opuszczeniem przez bliskie osoby, przy jednoczesnej obawie przed bliskością z nimi charakteryzuje ich interpersonalne relacje. Poczucie tożsamości u takich ludzi jest bardzo zdefragmentyzowane, kruche i labilne, wręcz rozsypuje się. Częstość zdają sobie sprawę z irracjonalności swoich zachowań, jednakże doświadczane emocje bywają tak silne, że są trudnym do opanowania żywiołem. Życie pacjentów cierpiących na BPD staje się mocno dezorganizowane i chaotyczne, pełne niepokoju, nadwrażliwości, roztargnienia, skrajności, działań impulsywnych, nadmiernych emocji w jednych momentach lub całkowitego ich braku w innych. Znamienna jest również ich tendencja do nadmiernego koncentrowania się na negatywnych aspektach zdarzeń, czego skutkiem jest przecenianie trudności, wyolbrzymianie problemów, umniejszanie swoich umiejętności, przez co przyszłość wydaje się przerażająca.

To wszystko w konsekwencji prowadzi do aktów samodestrukcji, mających na celu złagodzenie wewnętrznego, psychicznego bólu, wszechogarniającej pustki, napięcia, silnego odczuwania złości, agresji, wstydu, poczucia winy i ogromu cierpienia z tym związanego. Zdarza się bowiem, że konstelacja takich doznań nie pozostawia już miejsca na racjonalne myślenie, a wręcz popycha do impulsywnego przerywania pasma cierpienia, zmiany sytuacji możliwymi dostępnymi środkami. Ataki werbalne, agresja słowna, nieustanna krytyka, obwinianie innych, czy zachowania ryzykowne (samookaleczenia i skłonność do zachowań parasuicydalnych) są kulminacją owego napięcia [2]. Według Linehan [3] funkcją zachowań autodestrukcyjnych jest regulacja emocji, jak gdyby ból fizyczny miał być antidotum na ból psychiczny.

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie wpływem emocji na procesy poznawcze. Pierwotnie uważano, że emocje mogą jedynie zakłócać optymalny przebieg operacji umysłowych. Aktualny stan badań pokazuje, że procesy emocjonalne nie są już utożsamiane z niekontrolowanym czynnikiem dezorganizującym racjonalne myślenie, lecz wpływają na myślenie na wiele sposobów. Dysfunkcje w obszarze regulacji emocji stanowią o charakterze wielu, jeśli nie wszystkich, form psychopatologii, często są uznawane za wywołujący je czynnik [4].

Regulacja emocji

Czym jest regulacja emocji? Regulacja afektu (regulacja emocji) odnosi się do ukrytych i jawnych zabiegów w celu zmaksymalizowania pozytywnego i zminimalizowania negatywnego nastroju [5]. W odniesieniu do zaburzenia osobowości borderline badacze powszechnie posługują się terminem: dysregulacja emocjonalna, który w istocie definiuje pewną ułomność, braki czy zakłócenia w tym obszarze funkcjonowania. Trudności w adaptacyjnej regulacji emocji u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline występują równolegle na kilku płaszczyznach: behawioralnej,

emocjonalnej, poznawczej i biologicznej. Trudno jest dokonać sztucznego rozdzielania wymienionych aspektów – określony wzorzec funkcjonowania w jednym obszarze wpływa na zmiany w innej sferze.

Kontrola emocji zdaje się głównym obszarem, w którym uwidacznia się zaburzenie osobowości borderline. Wiele kryteriów diagnostycznych dla BPD jest odzwierciedleniem następstw dysregulacji emocjonalnej, która zdaniem Linehan jest osiową cechą omawianego zaburzenia [3, 6].

W jakich obszarach zatem badacze aktualnie poszukują i umiejscawiają deficyty regulacji emocji u osób dotkniętych BPD?

1. Niestabilność emocjonalna

Cole i wsp. [4] wyszczególniają niestabilność emocjonalną i niski poziom świadomości przeżywanych emocji jako kluczowe charakterystyki dysregulacji emocji u osób z BPD. Ich przyczyny upatrują w niedostatkach środowiska i warunkach rozwoju emocjonalnego, w jakich wzrastało dziecko. Niestabilność emocjonalna jest wiązana z nieoczekiwanymi, intensywnymi i szybkimi zmianami w emocjach. Autorzy zwracają uwagę, że większość dotychczasowych badań koncentrowała się raczej na impulsywności (reaktywności) aniżeli niestabilności emocjonalnej. Dwuletnie badanie longitudinalne [7] wykazało, że niestabilność emocjonalna w większym stopniu niż impulsywność zapowiada wystąpienie w dorosłości objawów charakterystycznych dla BPD. Osoby z BPD relacjonują większe dzienne zmiany w swojej emocjonalności niż zdrowe osoby oraz wyraźniejsze wahania nastroju niż pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi w ciągu miesiąca, i intensywne fluktuacje pomiędzy odczuwanymi nieprzyjemnymi emocjami: lękiem, depresyjnością i złością. Nieoczekiwane, nieprzewidywalne zmiany w emocjonalności, wyolbrzymione, czasem wręcz niewytłumaczalne reakcje w kontekście zaistniałych okoliczności, uczucie owładnięcia emocjami, które nie poddają się modulacji, należą do powszechnych u osób z BPD – świadczą o niestabilności emocjonalnej. Dynamika reakcji emocjonalnych wydaje się odgrywać istotną rolę w kontekście identyfikacji odbiegających od normy zachowań [8]. Nawet bardzo ekspresyjne zdrowe osoby są w odróżnieniu od pacjentów z BPD opisywane jako przejściowo impulsywne. Niestabilność emocjonalna ma znacznie szerszy wymiar.

2. Świadomość emocjonalna

W badaniach nad regulacją emocjonalną u osób z BPD zwraca się mniejszą uwagę na niski poziom świadomości emocjonalnej. Deficyt ten stanowi jednak ważny element charakterystyki regulacji emocji. Farrell i Shaw [9] już dosyć dawno zasugerowali, że świadomość emocjonalna sprzyja uzyskaniu informacji zwrotnej o sobie, o emocjach, które ułatwiają efektywną regulację własnych afektów. Brak umiejętności świadomego rozpoznawania stanów wewnętrznych, nazywania emocji, a w konsekwencji niezdolność do realistycznego oszacowania swoich reakcji w kontekście sytuacyjnym, nie tylko hamuje adaptacyjną samoregulację, ale również oddziałuje istotnie na zdolność do nawiązywania bliskich relacji z innymi, które są cennym źródłem informacji zwrotnej,

a tym samym wspomagają funkcje regulacyjne emocji. Możliwe, że osoby z diagnozą BPD są nadmiernie czujne w relacjach z innymi osobami, częściej niż zdrowe osoby interpretują neutralne sygnały jako zagrażające, czego konsekwencją jest ich emocjonalna destabilizacja, tak silna, że uniemożliwia na bieżąco zreflektowanie własnych reakcji, stanów emocjonalnych [10]. Niewielka świadomość emocjonalna osób z BPD nie jest odzwierciedleniem ich ogólnej poznawczej dysfunkcji czy poznawczego deficytu. Jest raczej stałą tendencją do zmniejszonej świadomości przeżywanych emocji w sytuacjach silnie stresujących. Dysocjacja, tłumienie czy odcięcie się od doświadczenia emocjonalnego są typowymi reakcjami powstającymi w odpowiedzi na przeciążenie spowodowane trudnymi do zniesienia emocjami.

Do analogicznych wniosków doszedł Beblo i wsp. [11]: pacjenci z diagnozą BPD i zdrowe osoby z grupy kontrolnej różniły się między sobą w zakresie deklarowanej świadomości odczuwanych emocji (lack of emotional awareness, DERS2) na wysokim poziomie istotności statystycznej ($p < 0,001$). Jednocześnie obie grupy zostały dobrane homogenicznie pod względem poziomu funkcjonowania poznawczego, w celu wykluczenia wpływu dodatkowej zmiennej.

3. Akceptacja emocji

Akceptacja emocji należy do centralnych strategii regulacyjnych wpływających korzystnie na zdrowie psychiczne. Już przed 2500 laty Budda zaobserwował, że akceptacja emocji jest niezbędnym elementem dobrostanu psychicznego, podczas gdy ich tłumienie skutkuje odczuwaniem wzmożonego dyskomfortu, a nawet cierpieniem [12]. Hayes, Strohsal i Wilson [13] definiują akceptację emocji jako proces psychiczny, w którym jednostka jest gotowa na przeżycie jej takiej, jaką ona jest. Wg tej teorii akceptacja łączy w sobie aspekt poznawczego nastawienia do emocji (akceptacja konkretnego odczucia w ogóle) oraz aspekt behawioralny (dopuszczenie emocji do siebie, możliwości jej przeżywania, doznania). Tym samym akceptacja to brak wyrażania niezgodny na emocje w postaci nastawień i zachowań, w formie ich dewaluacji czy tłumienia. Za takim rozumieniem akceptacji podążają również inni autorzy [14, 15]. Akceptacja emocji jest zatem adaptacyjną strategią regulacyjną, podczas gdy jej brak i tłumienie są uważane wręcz za szkodliwe sposoby radzenia sobie z własną emocjonalnością. Hofmann i wsp. [15] dowiedli, że zdrowe osoby, które zostały poinstruowane, że mają akceptować swoje emocje w sytuacji wywołującej lęk, odczuwały faktycznie mniej lęku niż osoby, które miały tłumić swoje emocje. Brak akceptacji stanu emocjonalnego wpłynął u badanych również na objawy fizjologiczne (przyspieszenie akcji serca). Akceptacja emocji nie tylko jest pożądaną strategią w kontekście regulacji negatywnych odczuć, wzmacnia również przeżywanie emocji o znaku pozytywnym. Do tej pory dostępne są jedynie znikome doniesienia z badań dotyczących regulacji stricte pozytywnych emocji. W badaniu porównawczym dwóch grup: 19 pacjentów z diagnozą BPD i 20 osób zdrowych dowiedziono istotnych różnic w sposobach regulacji emocji zarówno negatywnych, jak i pozytywnych [16]. Na uwagę zasługuje fakt, że w zakresie emocji przyjemnych zaobserwowano większe

² Difficulties in Emotion Regulation Scale

różnice pomiędzy grupą badaną a kontrolną (niższy poziom ich akceptacji, podwyższone tłumienie i lęk przed emocjami pozytywnymi w grupie pacjentów z BPD) niż w zakresie emocji negatywnych. Wynik badania jest tym bardziej istotny, że brak zdolności akceptacji swoich stanów emocjonalnych jest uważany za czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych [17]. Deficyty w adaptacyjnej regulacji emocji (niski poziom akceptacji, wyraźne tłumienie) wpływają niekorzystnie na przebieg chorób somatycznych [18]. Literatura przedmiotu dostarcza argumentów potwierdzających negatywne konsekwencje psychologiczne, neuropsychologiczne, fizjologiczne i społeczne tłumienia emocji i braku ich akceptacji u osób zdrowych [17, 19]. Analogiczne wyniki uzyskano w grupie pacjentów psychiatrycznych [11].

4. Inteligencja emocjonalna

Inteligencja emocjonalna (IE) jest względnie nowym konstruktem, nie mającym jeszcze powszechnego zastosowania w badaniach klinicznych. Do czynników inteligencji emocjonalnej, zgodnie z najpopularniejszym obecnie modelem IE [20], zaliczana jest również regulacja emocji. Jeśli zatem regulacja emocji u osób z osobowością borderline jest nieadaptacyjna i znacząco różni się od sposobu, w jaki w tym obszarze funkcjonują osoby zdrowe czy też inne grupy kliniczne, można oczekiwać, że fakt ten w naturalny sposób będzie miał swoje odbicie w poziomie IE (niższa inteligencja emocjonalna). Tymczasem badania przeprowadzone w grupie pacjentów z diagnozą BPD nie są jednoznaczne [11, 21]. Ze względu na stosunkowo niewielkie grupy badane i skromną liczbę publikacji dotyczących tego problemu, trudno wyciągnąć jednoznaczne wnioski.

5. Zmiany neuropoznawcze w strukturze i funkcji

Dyskusja o regulacji emocji wydaje się niekompletna, jeżeli nie wziąć pod uwagę uwarunkowań neuropoznawczych, które w dużej mierze tłumaczą z perspektywy biologicznej procesy regulacyjne. Osoby z BPD różnią się zarówno od innych grup klinicznych, jak i osób zdrowych w zakresie neurokognitywnego funkcjonowania. Na poziomie neurologicznym dla funkcjonowania osób z BPD znamieną jest nadaktywność systemu noradrenergicznego i osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej [22], co skutkuje niestabilnością emocjonalną. U tych osób z diagnozą BPD, które w przeszłości doświadczyły traumy, hiperaktywność osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej jest jeszcze wyraźniejsza [23]. Zmiany na poziomie przewodnictwa neurotransmiterów (układ serotoniny, dopaminergiczny, glutaminergiczny) doprowadziły z czasem do utrwalonych zmian strukturalnych. Dotyczą one obszaru amygdali, hipokampa, kory orbitofrontalnej i przedniej części zakrętu obręczy. Wymienione struktury odgrywają istotną rolę w regulacji emocjonalnej [24, 25], są odpowiedzialne za nadmierną impulsywność [26].

Deficyty regulacji emocji są z jednej strony związane z biologiczną predyspozycją osób z BPD do większej wrażliwości na bodźce emocjonalne, ze zwiększoną reaktywnością i z wolniejszym powrotem do wyjściowego poziomu równowagi emocjonalnej

[3, 27]. Z drugiej strony jednak badania dowodzą [4], że powstałe zmiany, najpierw funkcjonalne, a potem w wyniku utrwalenia również strukturalne, są konsekwencją wpływu długotrwałego stresu, którego źródłem jest środowisko rozwoju.

Podsumowanie

Niestabilność emocjonalna, niewielka świadomość odczuwanych emocji oraz brak ich akceptacji to główne charakterystyki typowej dla osób dotkniętych BPD regulacji emocjonalnej. Obecny stan badań sugeruje, że zmiany na poziomie neuronalnym, które w dużej mierze zależą od ewentualnych doświadczeń traumatycznych w okresie dzieciństwa i adolescencji, predysponują do wykształcenia się nieadaptacyjnych sposobów regulacji emocji.

O wadze tego problemu świadczy wcale niemała liczba osób cierpiących z powodu zaburzenia osobowości borderline. Niestety, nie istnieje żadne narzędzie psychometryczne, mogące stwierdzić obecność BPD obiektywnie i z całą pewnością. Tak jak większość zaburzeń z kręgu psychiatrycznych, borderline stanowi continuum – tzn. można być mniej lub bardziej „zaburzonym”. To powoduje, że postawienie rzetelnej diagnozy jest utrudnione. Pomimo tego w ostatnich latach jest widoczny wzrost zainteresowania tą problematyką, okolicznościami rozwoju i sposobami leczenia BPD, również na gruncie polskiej psychiatrii i psychoterapii.

Aktualnie prowadzone są wieloaspektowe badania nad regulacją emocjonalną wśród różnych grup pacjentów psychiatrycznych w niemieckiej Klinice Psychiatrii i Psychoterapii Ewangelickiego Szpitala w Bielefeld. W celu dokładnego zbadania tego obszaru skonstruowano kwestionariusz, który ma na celu zidentyfikowanie już na wstępie konkretnych deficytów regulacji emocji. Dzięki temu możliwe będzie uwzględnienie specyficznych potrzeb w psychoterapii różnych grup pacjentów.

Регуляция эмоций у пациентов с нарушениями личности бордерлайн. Актуальные направления исследований

Содержание

Контроль эмоций, по-видимому, является главной областью, в которой проявляются нарушения личности бордерлайн (БРД). Диагностические критерии БРД являются отражением последствий плохой адаптации и регуляции эмоций. Исследователи этой проблемы, по отношению к БРД, как правило, используют термин – эмоциональная дисрегуляция. Последние исследования локализуют дефициты регуляции эмоций у пациентов с нарушениями личности бордерлайн в радиусе уровня акцептации и сознательности переживания эмоциональных состояний, а также эмоциональной дестабильности. Влияние эмоциональной интеллигенции на процессы регуляции эмоций не было однозначно очерчено.

La régulation des émotions chez les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline (TPB) – directions des recherches actuelles

Résumé

Le contrôle des émotions semble constituer le champ principal de la manifestation du trouble de la personnalité borderline (TPB). Les critères diagnostiques de TPB sont le reflet des conséquences de la régulation non adaptative des émotions. Les chercheurs en parlant de TPB usent souvent le terme

« dérégulation émotionnelle ». Les recherches récentes placent les déficits des régulations des émotions des patients avec le trouble de la personnalité borderline dans le champ du niveau de l'acceptation et de la conscience des émotions vécues ainsi que de l'instabilité émotionnelle. L'influence de l'intelligence émotionnelle sur les régulations émotionnelles n'est pas définie définitivement.

Piśmiennictwo

1. Shedler J, Westen D. *Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice*. Am. J. Psychiatry 2004; 161: 1350–1365.
2. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, Schmeidler J, New AS, Goodman M, Silverman JM, Serby M, Schopick F, Siever LJ. *Characterizing affective instability in borderline personality disorder*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 784–788.
3. Linehan MM. *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
4. Cole PM, Llera SJ, Pemberton CK. *Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality*. Dev. Psychopathol. 2009; 21 (4): 1293–1310.
5. Conklin CZ, Bradley R, Westen D. *Affect regulation in borderline personality disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 194 (2): 69–77.
6. Gratz KL, Roemer L. *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. J. Psychopathol. Behav. Assessm. 2004; 26 (1): 41–54.
7. Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R, Trull TJ. *The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features*. J. Pers. Disord. 2007; 21(6): 603–614.
8. Cole PM, Hall SE. *Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology*. W: Beauchaine T, Hinshaw S, red. *Child and adolescent psychopathology*. New York: Wiley; 2008.
9. Farrell JM, Shaw IA. *Emotional awareness training: A prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Cogn. Behav. Pract. 1994; 1 (1): 71–91.
10. Levine D, Marziali E, Hood J. *Emotion processing in borderline personality disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 1997; 185 (4): 240–246.
11. Beblo T, Pastuszek A, Griepenstroh J, Fernando S, Driessen M, Schütz A. *Self-reported emotional dysregulation but no impairment of emotional intelligence in borderline personality disorder: an explorative study*. J. Nerv. Ment. Dis. 2010; 198 (5): 385–388.
12. Kabat-Zinn J. *Gesund durch Meditation*. Frankfurt: Fischer; 2006.
13. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy. An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
14. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. *Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders*. Behav. Res. Ther. 2006; 44 (9): 1251–1263.
15. Hofmann SG, Heering S, Sawyer AT, Asnaani A. *How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal*. Behav. Res. Ther. 2009; 47 (5): 389–394.
16. Pastuszek A. *Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline*. Niepublikowana praca magisterska pod kierunkiem prof. dr. hab. Józefa K. Gierowskiego, Uniwersytet Jagielloński; 2009. Dostępna w Bibliotece Uniwersytetu Jagiellońskiego.
17. Berking M. *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer; 2010.
18. Giese-Davis J, Conrad A, Nouriani B, Spiegel D. *Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility*. Person. Individ. Differ. 2008; 44 (1): 226–237.

19. Nezlek JB, Kuppens P. *Regulating positive and negative emotions in daily life*. J. Person. 2008; 76 (3): 561–580.
20. Mayer JD, Salovey P. *What is emotional intelligence?* W: Salovey P, Sluyter DJ, red. *Emotional development and emotional intelligence*. New York: Basic Books; 1997, s. 3–31.
21. Hertel J, Schütz A, Lammers CH. *Emotional intelligence and mental disorder*. J. Clin. Psychol. 2009; 65 (9): 942–954.
22. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. *A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory*. Psychol. Bull. 2009; 135 (3): 495–510.
23. Jogems-Kosterman BJ, de Knijff DW, Kusters R, van Hoof JJ. *Basal cortisol and DHEA levels in women with borderline personality disorder*. J. Psychiatr. Res. 2007; 41(12): 1019–1026.
24. Grosjean B, Tsai GE. *NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder*. J. Psychiatry Neurosc. 2007; 32 (2): 103–115.
25. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR. *Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature* Clin. Psychol. Rev. 2008; 28 (1): 75–91.
26. Seres I, Unoka Z, Bódi N, Aspán N, Kéri S. *The neuropsychology of borderline personality disorder: relationship with clinical dimensions and comparison with other personality disorders*. J. Person. Disord. 2009; 23 (6): 555–562.
27. Lynch TR, Kosson DS, Lejuez CW, Rosenthal MZ, Cheavens JS, Blair RJR. *Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder*. Emot. 2006; 6 (4): 647–655.

Adres: Katedra Psychiatrii UJ CM
Zakład Psychologii Lekarskiej
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21b

Otrzymano: 10.02.2011
Zrecenzowano: 25.03.2011
Otrzymano po poprawie: 8.04.2011
Przyjęto do druku: 20.04.2012
Adiustacja: L. Sz.