

Osobowość borderline – jak ją rozpoznawać, jak sobie z nią radzić?



źródło: archiwum prywatne

Dr n. med. Anna Mosiołek
Klinika Psychiatryczna WNOZ WUM
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum
Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

Pomimo dosyć dużego rozpowszechnienia osobowości *borderline* (do 15 proc. pacjentów hospitalizowanych) nadal trudności następcza rozpoznawanie i leczenie tych zaburzeń. Artykuł ten jest próbą podsumowania aktualnej wiedzy na ten temat oraz możliwych sposobów radzenia sobie z tymi jakże trudnymi do terapii zaburzeniami.

KONCEPCJE ETIOLOGICZNE OSOBOWOŚCI BORDERLINE

Osoby z BPD (*borderline personality disorder*) mogą stanowić od 7,5 do 15 proc. hospitalizowanych pacjentów.[1,2] Rozpowszechnienie w populacji ogólnej ocenia się różnie – od 2 do ok. 6,4 proc. w ogólnej populacji amerykańskiej, zaś w brytyjskiej – 14,9 proc. Z osobowością *borderline* często współwystępuje depresja, zaburzenia lękowe oraz choroba afektywna dwubiegunowa, a najczęstszym dodatkowym rozpoznaniem jest ChAD t. II oraz dystymia. W rodzinach osób z *borderline* również częściej obserwowano występowanie zaburzeń afektywnych.[3]

Dramatyczne są dane na temat samobójstw w BPD. Aż 75 proc. osób z osobowością z pogranicza przynajmniej raz dokonało próby samobójczej, z tego 50 proc. o charakterze bardzo poważnym, 10 proc. umiera śmiercią samobójczą, a 5 proc. ginie z powodu zachowań ryzykownych.[4] Dane na temat samobójstw w BPD są porównywalne z danymi na temat samobójstw w schizofrenii oraz ChAD.

Etiologia zaburzeń osobowości *borderline* nie jest jasna. Dlatego też definicję osobowości z pogranicza wielokrotnie zmieniano, przesuując zaburzenie z kręgu psychonerwic, poprzez podejścia biologiczne do chorób psychicznych, takich jak schizofrenia czy zaburzenia afektywne. Po raz pierwszy to pojęcie zostało użyte przez psychoanalityka Sterna w 1938 roku dla tzw. pogranicznej grupy psychonerwic. Rorschach uważał określenie *borderline* za synonim schizofrenii ukrytej, skąpoobjawowej, atypowej.

Ostatnio umieszcza się osobowość *borderline* w szeroko rozumianym spektrum afektywnym.[3]

Podejście psychodynamiczne, reprezentowane głównie przez Kernberga, określa *borderline* jako specyficzną organizację osobowości z elementami poziomów neurotycznego i psychotycznego. Pojawiają się również podejścia wiążące występowanie osobowości *borderline* z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie. Doświadczenie przemocy o charakterze seksualnym w dzieciństwie jest według I.S. Kuritane głównym czynnikiem etiologicznym u około połowy pacjentów z zaburzeniami osobowości *borderline* w USA. J. Herman traktuje BPD jako szczególną postać *post-traumatic stress disorder* (zespół stresu pourazowego). W badaniu J. Herman osoby z osobowością *borderline* były diagnozowane pod kątem urazu z dzieciństwa – 81 proc. pacjentów uczestniczących w nim potwierdziło traumatyczne wydarzenia w przeszłości, w tym przemoc fizyczną 71 proc., wykorzystywanie seksualne 68 proc., a świadkami poważnej przemocy w rodzinie było aż 62 proc.

Uważa się, że podczas wydarzeń traumatycznych dochodzi do ingerencji w poczucie tożsamości oraz do zaburzeń relacji, co w konsekwencji skutkuje wykształceniem się osobowości *borderline*. [4,5] Teoria powstawania zaburzeń *borderline* M. Linehan zakłada, że osoby z osobowością z pogranicza reagują silnie emocjonalnie na stosunkowo słabe bodźce, dłużej trwa u nich stadium „*coming down*”. Niski próg wyzwalania agresji, impulsywność, które są charakterystyczne dla osobowości *borderline*, mogą być powiązane wg L. Siever z nadmierną reaktywnością jądra migdałowatego oraz ze zmniejszeniem przedczołowej roli hamowania i kontroli, nadmiernej reaktywności gabaergicznej/glutaminergicznej układów cholinergicznych, powodując zwiększenie wrażliwości i reaktywności na bodźce emocjonalne w środowisku zewnętrznym. [6]

OSOBOWOŚĆ BORDERLINE – PSYCHOPATOLOGIA

Kryteria diagnostyczne osobowości *borderline* są definiowane przez ICD-10 [7], która rozróżnia dwa podtypy zaburzenia osobowości chwiejnej emocjonalnie: impulsywny oraz *borderline*, rozpoznawane w zależności od stopnia nasilenia objawów oraz ich wpływu na funkcjonowanie. Do rozpoznania podtypu zaburzeń osobowości *borderline* niezbędne jest występowanie przynajmniej trzech objawów obecnych w typie impulsywnym.

Objawy typu impulsywnego:

1. Zauważalna tendencja do nieoczekiwanego działania bez rozważania jego konsekwencji;
2. Zauważalna tendencja do kłótliwego zachowania i konfliktów z innymi, szczególnie gdy impulsywne zachowania są udaremniane lub krytykowane;
3. Skłonność do wybuchów gniewu i przemocy, z niezdolnością kontroli wybuchowych reakcji;
4. Trudności w utrzymywaniu jakiegokolwiek kierunku działań, który nie przynosi natychmiastowej nagrody;
5. Niestabilny i kapryśny nastrój.

W podtypie *borderline* przynajmniej trzy objawy typu impulsywnego muszą być obecne, razem z przynajmniej dwoma z następujących:

1. Zaburzony i niepewny obraz własnego „ja”, celów i wewnętrznych preferencji (włączając seksualne);
2. Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne relacje, często prowadzące do emocjonalnego kryzysu;
3. Nadmierne wysiłki uniknięcia porzucenia;
4. Powtarzające się groźby lub akty samouszkodzające;
5. Chroniczne uczucie pustki.

W klasyfikacjach amerykańskich opis zaburzeń *borderline* pojawił się po raz pierwszy w DSM-III, kolejne rewizje wprowadzały jedynie drobne zmiany w podejściu do kryteriów diagnostycznych. Wprowadzona w 2013 roku DSM-V nieco odmiennie definiuje spektrum takiej osobowości, nazywając je typem *borderline* podobnie jak w ICD-10. Podstawowe cechy BPD to niestabilny obraz siebie, brak celów, zaburzenia relacji

interpersonalnych, poważne zmiany nastroju, impulsywność, podejmowanie ryzyka i wrogość. Propozycje DSM-V mają charakter wstępny, a nowe kryteria będą testowane w ciągu najbliższych dwóch lat.

Proponowane kryteria diagnostyczne *borderline personality disorder* DSM-V (2013) zakładają, że do rozpoznania BPD muszą być spełnione:

- znaczne upośledzenie funkcjonowania interpersonalnego i społecznego,
 - niestabilny obraz siebie, często związany z nadmierną samokrytyką,
 - chroniczne uczucie pustki,
 - niestabilność celów, potrzeb, aspiracji, planów, wartości.
- Ponadto występują objawy związane z zaburzeniami funkcjonowania interpersonalnego:
- niepełna/słaba umiejętność rozpoznawania uczuć i potrzeb innych,
 - nadwrażliwość interpersonalna (skłonność do czucia się lekceważonym i obrażanym przez innych),
 - relacje naznaczone nieufnością,
 - skłonność do idealizacji i dewaluacji z naprzemiennym zaangażowaniem i wycofywaniem się z relacji,
 - intensywne, niestabilne relacje z innymi,
 - obawa przed odrzuceniem (nawet urojonym).

Labilność emocjonalna: niestabilne przeżycia emocjonalne i częste zmiany nastroju; emocje, które są łatwo pobudzane, intensywne lub nieproporcjonalne w stosunku do zdarzeń i okoliczności.

Niepokój: intensywne uczucia nerwowości, napięcia, lęku, często w reakcji na stres interpersonalny, martwienie się o negatywne skutki ostatnich nieprzyjemnych doświadczeń i przyszłych możliwych negatywnych doświadczeń, obawa o utratę kontroli, przed odrzuceniem, obawa związana z poczuciem nadmiernej zależności i utraty autonomii.

Objawy depresyjne: częste uczucie smutku, bycia niešťęśliwym, uczucie beznadziei, pesymizm, poczucie niższej własnej wartości, wstydu, myśli samobójcze i zachowania samobójcze.

Brak zahamowań, impulsywność, działania w odpowiedzi na bezpośrednie bodźce, bez uwzględniania konsekwencji, samookaleczenia, podejmowanie ryzyka oraz działań potencjalnie szkodliwych.

Stałe lub częste **uczucie gniewu, rozdrażnienia, wrogości.**

Złość często jest niedostosowana do sytuacji, intensywna i niekontrolowana.

Zbierając wywiad od osoby, u której podejrzewamy osobowość *borderline*, poszerzamy go o pytania związane z psychopatologią. Pytamy o:

- autodestrukcyjne działania (np. głodzenie się, napady bulimiczne lub kompulsywnego jedzenia) lub samookaleczenia (rodzaj samookaleczeń, np. drapanie, gryzienie, cięcie, wbijanie szpilek, igieł, piercing oraz częstość i sytuacje, w jakich takie zdarzenia mają miejsce),
- groźby, gesty i próby samobójcze (kiedy pierwsza próba „s”, rodzaje, liczba, sytuacje, w jakich podejmowane są

próby, np. czy próba była podjęta w celu zatrzymania partnera),

- impulsywne zachowania (nadużywanie alkoholu i innych narkotyków, kompulsywne wydatki, hazard, kradzieże w sklepach, lekkomyślna jazda, zachowania ryzykowne, kompulsywne zachowania seksualne),
- własny wizerunek (postrzeganie własnej osoby),
- orientację seksualną, ale jeśli relacja terapeutyczna na to pozwala, to również o preferencje,
- wybór kariery lub innych długoterminowych celów,
- intensywność relacji (np. liczbę wysyłanych SMS-ów do partnera, dzwonienie w nocy).

Pytamy o emocje, głównie czy często występuje uczucie pustki i nudy, o wybuchy niekontrolowanej złości, sposoby radzenia sobie ze złością, napięciem, skłonności do idealizacji i dewaluacji. Pamiętajmy, zbierając wywiad, że u osób z osobowością *borderline* mogą się pojawiać również przejściowe, związane ze stresem epizody depresyjne, myśli paranoiczne lub ciężkie objawy dysocjacyjne. Ponieważ każda osoba jest inna, stąd też każdy pacjent z osobowością *borderline* będzie miał nieco odmienny obraz zaburzeń. I tak, w zależności od współwystępowania cech innych zaburzeń osobowości, będziemy mieli do czynienia z różnym przebiegiem choroby.

Osobowość *borderline* z cechami osobowości unikającej, depresyjnej lub zależnej – główne cechy: masochistyczne podporządkowanie się, wchodzenie w relacje symbiotyczne, silna obawa przed odrzuceniem. Osoba skupiona jest na braku poczucia bezpieczeństwa, na bezradności i niepewności. Zazwyczaj ponura, regresuje się (powraca do zachowania charakterystycznego dla wcześniejszego okresu rozwojowego) do głębokiej depresji lub infantrylnej zależności, autoagresja i samobójstwo są formą radzenia sobie z emocjami (głównie złością) oraz karania siebie.

Osobowość *borderline* z cechami osobowości histrionicznej lub antyspołecznej – główne cechy: impulsywna, uwodzicielska, kapryśna, powierzchowna, niestała, lekkomyślna, ekshibicjonistyczna. Boi się monotonii, ma potrzebę przeżywania dramatów, okresy euforii są naprzemienne z okresami przygnębienia, drażliwości i beznadziei. Może mieć skłonności samobójcze.

Osobowość *borderline* z cechami osobowości depresyjnej lub masochistycznej – główne cechy: jej właściwości masochistyczne powodują, że osoba taka zwraca się ku sobie, kieruje złość na siebie, jest nieufna, zgorzkniała, napięta, ponura. Może popełnić samobójstwo.

Osobowość *borderline* z cechami osobowości bierno-agresywnej – główne cechy: narzekająca, niespokojna, drażliwa, ponura, zgorzkniała, zazdroszcząca innym, łatwo się obraża i szybko rozczarowuje, ma napady złości, zraza ludzi do siebie.[8]

Osoby z *borderline* postrzegają wszystko w kategoriach dobra i zła, są czarno-biali. Często stosują prymitywne mechanizmy obronne, takie jak magiczne myślenie (przekonania, że myśli mogą powodować zdarzenia), poczucie wszechmocności, rzutowanie swoich odczuć na otoczenie,

projekcja (przypisywanie innym własnych poglądów, zachowań lub cech, najczęściej negatywnych). Osoby te cechują się słabą adaptacją społeczną, zazwyczaj nie rozumieją zasad dotyczących relacji interpersonalnych, często wchodzą w intensywne, niestabilne związki, niemal zawsze kończące się poczuciem zranienia, utrzymuje się u nich stały lęk przed odrzuceniem.[9]

CZY WARTO STOSOWAĆ FARMAKOTERAPIĘ

Osoby z zaburzeniami *borderline* mogą budzić wiele frustracji oraz sprzecznych odczuć u leczących je osób. Ich ogromne oczekiwania, częste zachowania manipulacyjne, np. „tylko tutaj zostałam wysłuchana, tyle słyszałam dobrego, wierzę, że trafiłam w końcu na właściwą osobę, która mi pomoże” – z jednej strony wywołują pragnienie, żeby wręcz uzdrowić daną osobę, z drugiej chęć ucieczki.

Dlatego w zetknięciu się z nadmiernymi oczekiwaniami i częstym żądaniem „naprawy” życia szukamy leku, który z jednej strony pomógłby cierpiącej osobie, a z drugiej uwolnił od poczucia bezradności, które może w nas wywoływać.

Osoby z osobowością *borderline* prezentują szerokie spektrum objawów: od afektywnych, poprzez psychotyczne, zaburzenia odżywiania, używanie substancji psychoaktywnych. W ramach objawów afektywnych pacjent może zgłaszać uczucie smutku, rozpacz, beznadziei i bezsensu życia, lęk, pustkę wewnętrzną, czasem prezentuje drażliwość, zachowania dysforyczne, impulsywne, prowadzące do autoagresji, w tym częstych prób samobójczych. Ze spektrum objawów psychotycznych pacjenci najczęściej prezentują poczucie zagrożenia, ksobność i prześladowczość, choć niekiedy objawy mogą mieć charakter niezwykle burzliwy, z dużą dezorganizacją oraz objawami zespołu paranoicznego. Najczęściej w przebiegu zaburzeń mamy do czynienia z krótkotrwałymi dekompensacjami psychotycznymi (zazwyczaj trwającymi do trzech dni), jednakże u części osób występują długotrwałe depresje psychotyczne lub objawy spełniające kryteria schizofrenii. Dlatego też badania dotyczące stosowania farmakoterapii w grupie osób z rozpoznaniem *borderline* prowadzone są wielowymiarowo.

Główne neuronalne szlaki ulegające dysregulacji w BPD to serotoninerdyczny, noradrenergiczny i dopaminergiczny, w związku z tym istnieją dowody na to, że farmakoterapia oddziałująca na te neuroprzekazniki może być skuteczna i razem z oddziaływaniami psychoterapeutycznymi może stanowić fundament zintegrowanego podejścia do leczenia.[10] Oceniano skuteczność zarówno leków przeciwpsychotycznych, stabilizatorów nastroju, antydepresantów, benzodiazepin, leków anksjolitycznych, metylofenidatu, jak i kwasów omega 3.[11]

Wyniki przeprowadzanych badań okazały się niejednoznaczne. Ze względu na występujące w przebiegu BPD dekompensacje psychotyczne, zaburzenia zachowania typu *acting-out* (mechanizm obronny – zachowanie, w którym poprzez działanie wyrażane są bezpośrednio nieuświadomione impulsy), akty agresji i autoagresji, początkowo podejmowano próby leczenia



foto: Bortnik66/Fotolia.com

zaburzenia klasycznymi lekami przeciwpsychotycznymi, jednak wyniki badań dotyczących ich stosowania wskazują na ich marginalny wpływ na przebieg zaburzeń. Zdecydowanie lepsze rezultaty w kontroli objawów z kręgu *borderline* osiągnano, stosując neuroleptyki atypowe, takie jak olanzapina, rysperydon, kwetiapina, aripiprazol, zyprazydon.[1,2,19] Przydatność neuroleptyków w terapii zaburzeń *borderline* potwierdziła metaanaliza 28 badań klinicznych, w których łącznie uczestniczyły 1742 osoby z rozpoznaniem BPD.[12] W metaanalizie tej oceniano skuteczność klasycznych leków przeciwpsychotycznych, takich jak flupentyksol, haloperydol, tiotyksen, oraz aripiprazolu, olanzapiny i zyprazydonu, należących do neuroleptyków drugiej generacji. Jedno z krótkoterminowych badań potwierdziło skuteczność flupentyksolu w dawce 3 mg/d.[13] Badania Mehlum i wsp. 2009 oraz Shafti i wsp. 2010[14,15], porównujące skuteczność olanzapiny i haloperydolu w BPD, wykazały pozytywną odpowiedź na oba leki, uwidaczniając w grupach pacjentów przyjmujących zarówno olanzapinę, jak i haloperydol znaczące zmniejszenie nasilenia lęku, uczucia napięcia i wrogości, oraz poprawę nastroju. Metaanaliza

Grootersa i wsp. obejmująca dwa randomizowane badania, osiem badań otwartych oraz ocenę ośmiu przypadków[16] potwierdziła skuteczność w zakresie zmniejszenia zachowań impulsywnych, samobójczych i dekompensacji psychotycznych atypowych leków przeciwpsychotycznych w grupie osób z BPD. Poprawę uzyskano, stosując olanzapinę, klozapinę, kwetiapinę i rysperydon. Wstępne doniesienia sugerują, że klozapina może być lekiem skutecznym w grupie osób z ciężką postacią osobowości *borderline*, znacznie zmniejszając agresję, skłonność do samookaleczenia i liczbę podejmowanych prób samobójczych oraz poprawiając ogólne funkcjonowanie pacjentów.[1,17] Wyniki Cochrane systematic review of randomised trials[18] potwierdziły skuteczność stabilizatorów nastroju, takich jak topiram, lamotrygina, a także walproinianów oraz neuroleptyków atypowych aripiprazolu, olanzapiny i kwetiapiny w leczeniu objawowym pogranicznych zaburzeń osobowości. Średnie stosowane dawki leków: flupentyksol 40 mg/miesiąc, olanzapina 5-10 mg/d.; aripiprazol 10-15 mg/d.; klozapina 25-100 mg/d.; kwetiapina 175-400 mg/d., rysperydon 3,3 mg/d. Warto zaznaczyć, że w przypadku stosowania neuroleptyków w osobowości *borderline* (bez rozpoznania współistniejącego, w którym leki te mają rejestrację) mamy do czynienia z terapią *off-label* (stosowanie poza rejestracją), która wymaga odrębnej zgody pacjenta. Ze względu na dużą niestabilność emocjonalną, prowadzącą do kryzysów, osoby z *borderline* często trafiają do lekarza lub terapeuty po aktach autoagresji lub impulsywnych próbach samobójczych. Zgłaszane przez nich dolegliwości miewają charakter zaburzeń nastroju, głównie o typie depresji. Dlatego też lekami, po które sięgamy najczęściej, są antydepresanty. Lekami przeciwdepresyjnymi zalecanymi jako pierwszego rzutu w zaburzeniach *borderline*, szczególnie przy znacznie nasilonej chwiejności emocjonalnej, agresji oraz problemach nad kontrolą impulsywności, są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny.[1,2,18] Stosowanie sertraliny i fluoksetyny wiązało się ze zmniejszeniem impulsywności oraz objawów związanych z przewlekłymi zaburzeniami depresyjno-lękowymi.[19] Stosowanie fluoksetyny wiązało się z wystąpieniem poprawy nastroju oraz ze zmniejszeniem impulsywności, zachowań auto- i agresywnych; fluwoksamina poprawiała nastrój, mając natomiast niewielki wpływ na redukcję impulsywności i zmniejszenie poziomu agresji. Badanie Cochrane systematic review of randomised trials jednak jednoznacznie nie potwierdziło skuteczności SSRI w leczeniu osób z BPD.[18] W przypadku występowania objawów fobii społecznej, w grupie osób z nasilonymi zaburzeniami zachowania oraz dużą impulsywnością, uzyskiwano odpowiedź na leczenie inhibitorami MAO.[18] Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne oraz reboksetyna są przeciwwskazane u osób z *borderline* – mogą nasilać objawy. W przypadku leków stabilizujących nastrój wykazano częściową skuteczność walproinianów w redukcji agresji i impulsywności, karbamazepiny oraz litu, które mogą być skuteczne w leczeniu agresji oraz epizodów utraty kontroli. Lit może dodatkowo zmniejszać wahania nastroju oraz myśli i zamiary samobójcze. Lamotrygina była wysoce skuteczna w redukowaniu złości; zmniejsza agresję i zachowania impulsywne.[1,2]

JAKA PSYCHOTERAPIA JEST SKUTECZNA W BORDERLINE

Aktualnie przypisuje się największą skuteczność tzw. zmodyfikowanemu podejściu psychodynamicznemu, poznawczo-behawioralnemu oraz dialektycznej terapii behawioralnej (DBT). *Behavior Therapy* (DBT) – program 12 kroków, opracowany przez M. Linehan, ma za zadanie przede wszystkim uczyć osoby z *borderline* tzw. równowagi neurobiologicznej, poprzez szkolenie w zakresie kompetencji społecznych, relacji interpersonalnych, a także zmniejszenia impulsywności, emocjonalności i redukcji zachowań agresywnych. Mnogość badań i znaczące różnice w uzyskiwanych wynikach nie pozwalają na jednoznaczne określenie, jaki rodzaj terapii jest najskuteczniejszy w leczeniu osobowości *borderline*. Łączy je natomiast poprawa poziomu funkcjonowania i ograniczenie psychopatologii przy zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych w porównaniu z ich brakiem, jak również z samym leczeniem psychiatrycznym. Zmienny obraz osobowości *borderline* skłania do konkluzji, że ekлекtyczne podejście, w którym stosowane są różne techniki na różnych etapach leczenia, może przynosić maksymalne korzyści pacjentom.[20]

PODSUMOWANIE

Wprawdzie osoby z pogranicznymi zaburzeniami osobowości bywają bardzo niestabilne emocjonalnie, niestałe, pełne złości czy impulsywne, to jednak są w stanie dobrze

funkcjonować przez długie okresy czasu, szczególnie przy wyraźnej strukturze zewnętrznej. Objawy występujące w *borderline* mogą mieć różne nasilenie. Kontinuum zaburzeń może przebiegać bliżej normy bądź przesuwac się w stronę choroby psychicznej. Dlatego lekarze intuicyjnie przeczuwają, że przynajmniej część objawów wymaga farmakoterapii. Pomimo braku rejestracji leków w *borderline* są one stosunkowo często używane. Eksperymentuje się z lekami przeciwpsychotycznymi, antydepresantami, stabilizatorami nastroju. Najlepsze efekty w redukcji impulsywności, autoagresji, tendencji samobójczych osiągnęto, stosując olanzapinę z fluoksetyną. Lamotrygina była w badaniach skuteczna w redukcji złości i impulsywności. Aripiprazol poprawiał ogólne funkcjonowanie społeczne. Należy pamiętać, że doniesienia na temat leczenia *borderline* są niejednoznaczne, a opisywane grupy osób, u których stosowano leki, dosyć niewielkie. Jednak doświadczenia kliniczne pokazują, że podejście zintegrowane, nastawione na poprawę relacji interpersonalnych poprzez stworzenie dobrej relacji terapeutycznej, zapewnianie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i wsparcia, połączone z farmakoterapią, pozwoli mu na stosunkowo stabilne funkcjonowanie.

Adres do korespondencji:

Anna Mosiołek

Klinika Psychiatryczna WNOZ Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4

tel.: 22 758-63-71, fax: 22 758-75-70

e-mail: manitka@tlen.pl

Piśmiennictwo

1. Taylor D, Paton C, Kerwin R. Moudsley. Przewodnik Psychofarmakoterapii. Gdańsk. Via Medica 2008; 425-427
2. Bazire S. Przewodnik leków psychotropowych. Gdańsk. Via Medica. 2010;63-66
3. Akiskal H. S.: Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar disorders in the „borderline” realm. *Psychiat. Clin. N. Amer.*, 1981; 4, 25-46
4. Mosiołek A, Grzesiewska J, Chłimończyk I. Osobowość pograniczna: stabilna czy niestabilna choroba psychiczna? *Neuropsychiatria Przegląd Kliniczny* 2011(3)
5. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989 Apr;146(4):490-5
6. Siever LJ, Weinstein LN. The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 2009 Apr; 57(2):361-98.
7. ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). Wyd. Vesalius, Kraków 1994
8. Milton R, Davis R. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Instytut Psychologii Zdrowia. 2012;555-605
9. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009 May;166(5):530-9
10. Hori A Pharmacotherapy for personality disorders 1998 Feb; 52 (1) :13-9
11. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz, Zerkowicz Wyniki P. u kobiet z rozpoznaniem zaburzeń osobowości *borderline* w okresie dojrzewania. *Journal of Canadian Akademii Psychiatrii Dzieci i Młodzieży*. 2011; 20 . (3) :168-174
12. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F.Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs*. 2008;22(8):671-92. Review
13. Kutcher S, Papatheodorou G, Reiter S, Gardner D skuteczne leczenie farmakologiczne u młodzieży i młodych dorosłych z pogranicznym zaburzeniem osobowości: Wstępna próba flupentiksol open. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 1995, 20 (2):113-118
14. Mehlum L. Clinical challenges in the assessment and management of suicidal behaviour in patients with *borderline* personality disorder. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009 Jul-Sep;18(3):184-90
15. Shafti SS, Shahveisi B Olanzapine versus haloperidol in the management of *borderline* personality disorder: a randomized double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2010 Feb;30(1):44-7
16. Grootens KP, Verkes RJ. Emerging evidence for the use of atypical antipsychotics in *borderline* personality disorder. *Pharmacopsychiatry* 2005 Jan;38(1)20-23
17. Zarzar T, McEvoy J Clozapine for self-injurious behavior in individuals with *borderline* personality disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013 Oct;3(5):272
18. Stoffers J, Völlm BA, Rüdiger G, Timmer A, Huband N, Lieb K Pharmacological interventions for *borderline* personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jun 16;(6):CD005653. Review
19. Mosiołek A, Kowesko T Neuropsychiatria. Leczenie pogranicznych zaburzeń osobowości. Część I: farmakoterapia. *Przegląd Kliniczny Review of Clinical Neuropsychiatria*. 2013;(2) 90-94
20. Kowesko T, Mosiołek A, Neuropsychiatria. Leczenie pogranicznych zaburzeń osobowości. Część II: psychoterapia. *Przegląd Kliniczny Review of Clinical Neuropsychiatria*. 2013;(2) 95-100