

Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline

Relationship between emotion regulation and emotional intelligence in borderline personality disorder

Anna Pastuszek

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

Summary

Aim. A typical trait of borderline personality disorder is emotional instability. The strategies that patients with BPD use to regulate their affects are not yet known. The purpose of presented research was an attempt to find the often used emotion regulation strategies, the eventual differences in value of emotional intelligence between BPD patients and healthy controls, and a relationship between emotion regulation and emotional intelligence in BPD. The work on FrAGe (an own self-descriptive tool) which asks about different emotion regulation strategies, has also been included in this research.

Methods. The investigation – which is a part of a wider project – was conducted in the Clinic of Psychiatry and Psychotherapy Bethel in Bielefeld, Germany. Subjects were 19 patients with diagnosis of BPD and 20 healthy people as a control group. Tools used in the diagnostic part of the research were: Mini – DIPS, SKID II. In order to verify the hypothesis were used: 1. to assess emotion regulation: FrAGe, ERQ, DERS, 2. to assess EI: MSCEIT, TEMINT; 3. for the assessment of general intelligence: LPS – K.

Results. BPD patients reported severe impairments in emotion regulation – there are significant differences between groups in frequency of using the individual strategies of emotional regulation, negative and positive as well – but did not exhibit impairments of ability EI. The results do not prove the dependence between emotion regulation strategies and the global value of EI.

Conclusions. Emotional dysfunction in BPD might affect a self perceived behaviour of the patients rather than their abilities: patients seems to possess a sufficient theoretical knowledge about functioning in the emotional context.

Słowa kluczowe: zaburzenie osobowości borderline, regulacja emocji, inteligencja emocjonalna

Key words: borderline personality disorder, emotions, regulation, emotional intelligence

Niniejsze badanie zostało zrealizowane w Klinice Psychiatrii i Psychoterapii w Bielefeld, Niemcy (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel), podczas pobytu stypendialnego autorki pracy w ramach programu Erasmus – staże w ww. klinice. Jest ono częścią szerszego projektu realizowanego w Dziale Badań Naukowych (Forschungsabteilung) tejże kliniki.

Wstęp

Prezentowana praca dotyczy problematyki regulacji emocji i inteligencji emocjonalnej w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline (BPD). Literatura przedmiotu [1, 2, 3, 4] pozwala przypuszczać, że charakterystycznym dla pacjentów z zaburzeniem borderline mechanizmem regulacji negatywnych emocji będzie ich tłumienie. W odróżnieniu od nich, osoby zdrowe będą częściej dopuszczały do świadomości negatywne emocje, co wskazywałoby na posługiwanie się innym mechanizmem ich regulacji. Model regulacji emocji Grossa [5], jego krytyczna analiza oraz liczne (aczkolwiek nie wyczerpujące) badania przeprowadzone w tym trudnym obszarze stały się inspiracją do podjęcia próby nowego, własnego ujęcia strategii regulacji emocji, zarówno negatywnych jak i pozytywnych, która zaowocowała powstaniem oryginalnego kwestionariusza.

Należy pamiętać, że regulacja emocji nie jest z natury ani dobra, ani zła [5]. Te same strategie, użyte w zależności od kontekstu, mogą przyczynić się do poprawy lub pogorszenia naszego funkcjonowania czy naszych relacji z innymi. Istotny jest niewątpliwie fakt, że w zależności od aktualnej sytuacji możemy korzystać z różnych strategii i dzięki temu modelować własne doznania emocjonalne w wybranym przez siebie kierunku. Częste posługiwanie się określonymi strategiami nie wyklucza możliwości stosowania innych, dostępnych nam mechanizmów regulacyjnych. Wydaje się, że najbardziej adaptacyjna dla każdego z nas jest owa możliwość samego wyboru adekwatnie do sytuacji.

Inteligencja emocjonalna (IE) odnosi się do tych zdolności, które są odpowiedzialne za przetwarzanie informacji niosących ze sobą przekaz emocjonalny i wykorzystanie ich w celu podjęcia adekwatnego działania, umożliwiającego adaptacyjne zachowanie czy rozwiązanie problemu [6, 7]. Termin ten sugeruje również, że istnieją inne sposoby przejawiania inteligentnych zachowań niż te, o które pytają klasyczne testy na inteligencję ogólną. IE zyskuje miano coraz ważniejszego predyktora nie tylko dla satysfakcjonujących relacji osobistych, efektywnego funkcjonowania w pracy i w rodzinie [8], lecz również zdrowia psychicznego.

Cel badania

Przeprowadzone badanie jest próbą odpowiedzi na pytanie o różnice w częstotliwości posługiwania się poszczególnymi strategiami regulacji emocji, i bliższym określeniem tych różnic, oraz ewentualnych zależności między tymi strategiami a globalnym wskaźnikiem inteligencji emocjonalnej wśród pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline i osób uznanych za zdrowe psychicznie. W tym celu postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy występuje różnica w częstotliwości stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami między pacjentami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a zdrowymi osobami z grupy kontrolnej?
2. Czy występuje różnica w częstotliwości stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie z pozytywnymi emocjami między pacjentami z zaburzeniem osobowości z pogranicza a zdrowymi osobami z grupy kontrolnej? Jaka?

3. Czy grupa pacjentów i grupa kontrolna różnią się między sobą wynikiem globalnym oraz poszczególnymi wymiarami inteligencji emocjonalnej?
4. Czy występuje zależność pomiędzy poszczególnymi strategiami regulacji emocji negatywnych i pozytywnych a inteligencją emocjonalną (zarówno jako wartością globalną, jak i jej poszczególnymi wymiarami) pomiędzy obiema grupami?

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w niemieckiej klinice psychiatrycznej w Bielefeld (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel) za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu w Münster (University of Münster Ethics Committee). Ze względu na oryginalność tematu i użycie nowych narzędzi badawczych, niniejsza praca ma charakter w znacznej mierze eksploracyjny.

Osoby badane. W badaniu wzięło udział 39 osób: 19 pacjentów z diagnozą zaburzenia osobowości borderline i 20 osób zdrowych, bez zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych. Pacjentów rekrutowano w ww. klinice z oddziałów stacjonarnych, oddziału dziennego oraz ambulatorium kliniki. Osoby do grupy kontrolnej były dobierane w toku trwających badań na podstawie podobieństwa do pacjentów pod względem wieku, wykształcenia i płci. Dane demograficzne badanych przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1. Dane demograficzne osób badanych

Dane demograficzne	Grupa badana – BPD (n = 19)	Grupa kontrolna (n = 20)
Wiek	31,9 (7,9)	29,0 (10,1)
Płeć m/k	3 / 16	7 / 13
Długość edukacji w latach	11,1 (1,5)	11,3 (1,4)

W DSM-IV zostało wyszczególnionych dziewięć kryteriów dla BPD; w przypadku spełnienia pięciu z nich jest stawiana diagnoza zaburzenia osobowości borderline. Pacjenci, biorący udział w badaniu, charakteryzowali się zróżnicowanym stopniem nasilenia zaburzenia osobowości wg klasyfikacji DSM-IV, spełniając od 5 do 9 kryteriów, przeciętnie 6,52, SD = 1,21 (12 pacjentów uczestniczących w badaniu cierpiało równocześnie z powodu zaburzeń afektywnych, depresji bądź dystymii).

Ze względu na obecność czynnika poznawczego w konstrukcie inteligencji emocjonalnej starano się dobrać badanych do grup w sposób możliwie homogeniczny, kierując się długością ich edukacji (określaną w latach). Poziom inteligencji ogólnej sprawdzono również psychometrycznie za pomocą krótkiego testu inteligencji (LPS-K), który daje możliwość obliczenia szacunkowego IQ [9]. Porównanie średnich wyników uzyskanych w LPS-K dla obu grup nie wskazywało na żadne istotne statystycznie różnice w ilorazie inteligencji między pacjentami a zdrowymi osobami. Fakt ten jest ważny dla prezentowanego badania, gdyż sugeruje, że ewentualne różnice międzygrupowe w inteligencji emocjonalnej nie są spowodowane odmiennym funkcjonowaniem poznawczym (IQ) badanych z obu grup.

Wszyscy pacjenci biorący udział w badaniu zakończyli terapię lub byli w trakcie postępowania psychoterapeutycznego opierającego się w dużej mierze na wglądzie. Stanowiło to warunek niezbędny uprawomocniający użycie narzędzia samoopisowego (FrAGe) w badaniu.

Metody i narzędzia badawcze. Wszystkich probantów zbadano za pomocą opisanych niżej narzędzi.

Narzędzia diagnostyczne

Mini-DIPS: Diagnostisches – Interview bei psychischen Störungen: Kurzfassung – Krótki Wywiad Diagnostyczny Zaburzeń Psychiczych, Margraf i Schneider 1994 [10].

SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Achse II: Persönlichkeitsstörungen – Ustrukturuwany Wywiad Kliniczny do Diagnozy Zaburzeń Osobowości – Oś II wg DSM-IV, Fydrich, Renneberg, Schmitz i Wittchen 1997 [11].

Testy i kwestionariusze:

I. Regulacja emocji

FrAGe (Fragebogen zur Akzeptanz von Gefühlen – Kwestionariusz Akceptacji Emocji, Beblo i wsp. [12] (oryginalne narzędzie, którego powstanie wiąże się ściśle z prezentowanym badaniem). Kwestionariusz w formie zastosowanej w niniejszym projekcie składa się z 70 itemów, będących stwierdzeniami dotyczącymi strategii regulacji własnych emocji negatywnych i pozytywnych na poziomie poznawczym. Badani są proszeni o ustosunkowanie się do nich i wybór odpowiedzi w 6-stopniowej skali Likerta. Poszczególne pozycje kwestionariusza są wynikiem obserwacji pacjentów z BPD i dyskusji całego zespołu badawczego nad wynikami otrzymanymi po zastosowaniu poprzedniej wersji narzędzia. Niektóre z wyróżnionych wymiarów w FrAGe są obecne również w innych narzędziach w postaci konstruktów o tej samej bądź bardzo zbliżonej nazwie. W celu sprawdzenia trafności zewnętrznej otrzymanych wyników posłużono się kwestionariuszami ERQ (Emotion Regulation Questionnaire – Kwestionariusz Regulacji Emocji [13]) oraz DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale – Skala Trudności w Regulacji Emocji [14]). Prace nad kwestionariuszem FrAGe są w dalszym ciągu prowadzone w Dziale Badań Naukowych Kliniki Psychiatrycznej w Bielefeld.

II. Inteligencja emocjonalna

MSCEIT. Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test – Test Inteligencji Emocjonalnej Mayera, Saloveya, Caruso [15]. Został skonstruowany na podstawie czteroskładnikowego modelu IE Mayera i Saloveya (spoztrzeganie, wykorzystywanie, rozumienie i regulacja emocji). Jest podzielony na osiem zadań, po dwa dla każdego z ww. składników IE; w sumie zawiera 141 pozycji testowych. (Inspiracją do powstania MSCEIT miał być test na inteligencję ogólną Wechslera.) MSCEIT jest testem obiektywnym, ponieważ zawiera wyżej i niżej punktowane odpowiedzi wg punktacji konsensualnej oraz punktacji ekspertów. Prezentowane badanie ma swój wkład w tworzenie norm dla niemieckojęzycznej wersji tego testu.

TEMINT. Test of Emotional Intelligence – Test Inteligencji Emocjonalnej, Schmidt -Atzert i Bühner [16]. Niemieckie narzędzie do oceny zdolności wnioskowania i rozumienia na podstawie emocji; szacuje podstawowy element z zakresu kompetencji emocjonalnych – empatię.

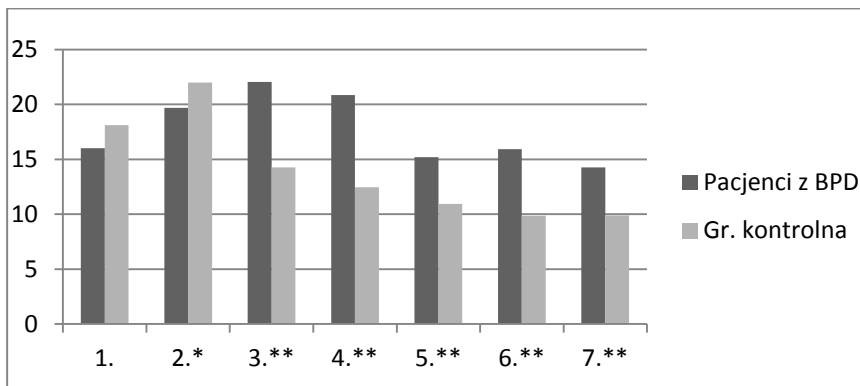
III. Inteligencja ogólna

LPS-K (Leistungsprüfsystem-Kurzversion – Skala Umiejętności Poznawczych, wersja skrócona, Horn [17]. Test do badania inteligencji ogólnej. Został stworzony przez niemieckiego profesora Wolfganga Horna w 1962 roku i w tej formie funkcjonuje do tej pory. Powstał z myślą o szacowaniu zdolności szkolnych i diagnozowaniu osób z uszkodzeniami organicznymi. Nadal jest powszechnie wykorzystywanym narzędziem na gruncie psychologii niemieckojęzycznej do określania szacunkowego ilorazu inteligencji i badań z zakresu neuropsychologii. Podstawą stworzenia testu LPS stał się model czynników równorzędnych Thurstone’a [18]. Wersja skrócona zawiera zadania odpowiadające sześciu następującym czynnikom: rozumienie informacji słownych (verbal relations), rozumowanie indukcyjne (reasoning), płynność słowna (word fluency), zdolności numeryczne (numerical ability), wizualizacja przestrzenna (space), zdolności pamięciowe (memory).

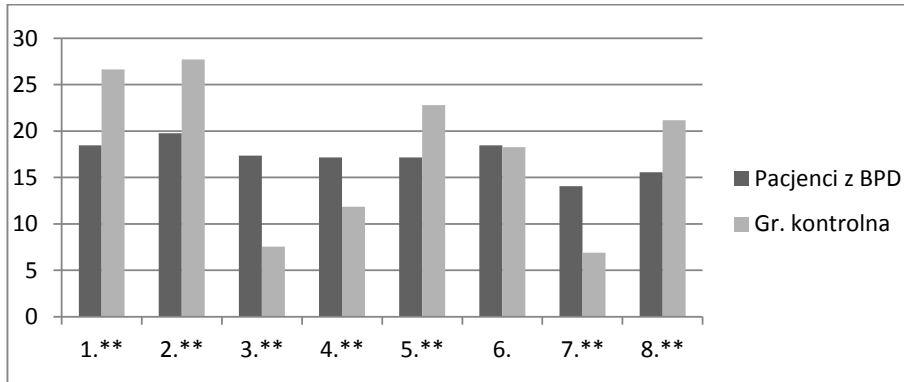
Wyniki

Poniżej zaprezentowano jedynie wyniki istotne statystycznie. Wszystkie otrzymane wyniki są omówione w następnym rozdziale.

Wykres 1. Strategie regulacji negatywnych emocji (FrAGe), * $p < 0,05$, ** $p < 0,0001$



- 1 – Dopuszczanie negatywnych emocji
- 2 – Akceptacja*
- 3 – Tłumienie**
- 4 – Dewaluacja**
- 5 – Strach**
- 6 – Złość**
- 7 – Wstyd**

Wykres 2. Strategie regulacji pozytywnych emocji (FrAGe), $**p < 0,0001$ 

- 1 – Dopuszczanie pozytywnych emocji**
- 2 – Akceptacja**
- 3 – Tłumienie**
- 4 – Dewaluacja**
- 5 – Potęgowanie**
- 6 – Przekierowanie
- 7 – Strach**
- 8 – Radość**

Omówienie wyników

Między obiema badanymi grupami występuje różnica w deklarowanej częstotliwości posługiwania się następującymi mechanizmami radzenia sobie z negatywnymi emocjami: Akceptacja, Tłumienie, Dewaluacja oraz reakcje Strachu, Złości, Wstydu w odpowiedzi na własne nieprzyjemne stany emocjonalne. Wyniki uzyskane w tej części badania na podstawie autorskiego kwestionariusza FrAGe, zgodnie z fachową literaturą oraz obserwacjami klinicznymi, sugerują mniejszą adaptacyjność zachowań regulacyjnych wśród jednostek z BPD. Mimo że pod względem dopuszczania negatywnych emocji obie grupy nie różnią się istotnie statystycznie między sobą, to otrzymany wynik sugeruje jednak bardzo wyraźną tendencję wskazującą na rzadsze stosowanie tej strategii przez grupę pacjentów. Podobnie jest z akceptacją negatywnych emocji, choć tutaj wynik jest na granicy istotnego statystycznie: pacjenci rzadziej akceptują swoje negatywne emocje¹.

Brak wewnętrznej zgody na akceptację emocji może pociągać za sobą trudność, uniemożliwiającą przyjęcie czy nawet dostrzeżenie negatywnego odczucia. Zanim emocja się pojawi – lub nawet wtedy, gdy jest już odczuwana – osoby z BPD, w charakterystyczny dla siebie sposób, wydają się tłumić ją, starają się nie dopuścić jej do głosu, a przynajmniej dużo częściej posługują się tą strategią. Negatywne emocje zdają się mieć dla nich mniejszą wartość informacyjną niż dla osób zdrowych, które deklarują,

¹ W kolejnej wersji kwestionariusza obie te skale najprawdopodobniej utworzą jedną, zawierającą pytania o największej mocy dyskryminacyjnej.

że znacznie rzadziej tłumią i dewaluują swoje negatywne odczucia. Być może to jest powodem ogromnego napięcia emocjonalnego i dyskomfortu, jaki odczuwają pacjenci z BPD. Kontrola, jaką chcą sprawować nad swoją sferą afektywną, nie wytrzymuje próby czasu i w efekcie skutkuje labilnością emocjonalną, niekontrolowanymi wybuchami agresji, złości, które trudno ujarzmić. Takie stany można wytłumaczyć lękiem przed negatywnymi emocjami, nieumiejętnością konstruktywnego obchodzenia się z nimi, wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami. Możliwe, że również to jest powodem częstszego odczuwania złości, strachu i wstydu jako reakcji emocjonalnych w odpowiedzi na swoje negatywne uczucia.

W odniesieniu do emocji pozytywnych otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę zakładającą występowanie różnic międzygrupowych w częstotliwości posługiwania się strategiami radzenia sobie z tymi emocjami. Wyniki we wszystkich wymiarach (poza jednym dotyczącym przeceniania znaczenia emocji pozytywnych) wskazują na istotne różnice międzygrupowe.

Kontrast między pacjentami a osobami zdrowymi jest dużo wyraźniejszy w przypadku radzenia sobie z emocjonalnością pozytywną niż z negatywną. Dlaczego tak się dzieje? Co powoduje, że pacjenci nękani negatywnymi stanami emocjonalnymi stronią także od emocji pozytywnych? Być może jest to związane nie tyle ze znakiem emocji, ile z jej intensywnością. Napięcie, o jakim wspominają badacze [19], towarzyszy przecież również pozytywnym odczuciom, a te – z racji ich nieczęstego doświadczania – są najprawdopodobniej przyczyną zwiększonego dyskomfortu, wręcz potęgującego się napięcia u osób z BPD. Ich reakcją na pozytywne emocje jest częstszy niż u osób z grupy kontrolnej strach oraz rzadziej odczuwana radość.

Inteligencja emocjonalna jest szerszym konstruktem niż sama regulacja emocji, a zatem, kontynuując tok myślenia, spodziewano się różnic międzygrupowych także w tym aspekcie. Założenia te nie zostały potwierdzone, a analiza wyników nie wskazała nawet na jakiegokolwiek tendencje różnicujące obie grupy w poszczególnych wymiarach IE, wręcz przeciwnie – wyniki grupy kontrolnej i badanej, po porównaniu za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych, są niemal identyczne. Wcześniejsze badanie, z zastosowaniem testu MSCEIT [20], w równolicznej grupie pacjentów z diagnozą BPD, również w niemieckojęzycznej populacji wykazało istotne różnice międzygrupowe. Skłania to do spekulacji dotyczących sposobu przeprowadzania ww. badań. W celu uniknięcia wpływu zmiennych zakłócających, w niniejszym badaniu poddano probantów testowi inteligencji ogólnej (LPS-K). Różnice międzygrupowe okazały się nieistotne statystycznie, co pozwoliło przypuszczać, że wyniki testu na IE w prezentowanej pracy nie zostały zakłócone przez niewyrównany poziom inteligencji poznawczej w obu grupach.

TEMINT koncentruje się na poziomie empatii badanych. Również w tak ujmowanej inteligencji emocjonalnej analizy statystyczne nie wykazały różnic międzygrupowych.

Zastanawiano się, czy mechanizmy regulacji emocji pozytywnych i negatywnych, które zasadniczo różnicowały obie grupy między sobą, mogą mieć wpływ na globalny poziom inteligencji emocjonalnej. Analizy statystyczne pokazały, że przynależność do

grupy badanej lub kontrolnej nie determinuje takiej zależności dla żadnej z 15 strategii regulacji emocji (dla emocji pozytywnych i negatywnych łącznie).

Co zatem jest powodem znaczących różnic w sposobach regulacji emocji przy jednoczesnym braku deficytów w inteligencji emocjonalnej ujmowanej jako zdolność?

U osób z BPD obserwuje się zmiany na poziomie neurobiologicznym, w tym uszkodzenia kory oczodołowej [21]. U pacjentów z taką diagnozą z jednej strony opisuje się niezdolność do zachowań zgodnych z wymogami społecznymi: mają oni większe trudności z przestrzeganiem norm czy przewidywaniem konsekwencji własnych działań; z drugiej – ich odpowiedzi w testach na inteligencję emocjonalną nie odbiegają od odpowiedzi, jakich udzielają osoby zdrowe poddane tym testom. To rodzi pytanie, czy zaburzenie to skutkuje niemożnością dokonania adekwatnej oceny sytuacji, czy też raczej niezdolnością skorzystania z niej w życiu. Damasio [22] donosi, że uszkodzenie kory oczodołowej nie ma wpływu na adekwatną ocenę sytuacji społecznej. Pacjenci z takim deficytem są w stanie właściwie odczytać znaczenie moralne, etyczne, czy też przewidzieć konsekwencje danej sytuacji. Deficyty te objawiają się dopiero w realnych okolicznościach życiowych, kiedy podejmowane decyzje charakteryzują się rozbieżnością z poznawczą oceną sytuacji. Przyśrodkowa kora przedczołowa, a w szczególności jej część oczodołowa, odgrywa istotną rolę w emocjach. Odpowiedzialne za to są połączenia tych struktur korowych z układem limbicznym i ich udział w procesach pamięciowych [21, 23]. Jako że u pacjentów z BPD struktury te są często zmienione, może to tłumaczyć rozszczepienie pomiędzy zachowaną zdolnością do właściwej intelektualnej oceny danej sytuacji, co w tym miejscu odpowiadałoby zadaniom testowym na IE, a trudnościami w kierowaniu własnymi działaniami, co jest obserwowane w sferze behawioralnej. Koncepcja Damasio daje możliwość wytłumaczenia tego zjawiska: brak kontekstu emocjonalnego skutkuje w czysto intelektualnych ocenach, sprzyja przyjęciu perspektywy osoby niezaangażowanej bezpośrednio. Gdy człowiek partycypuje w realnej sytuacji, bodźce emocjonalne są najprawdopodobniej na tyle silne, że uniemożliwia to przełożenie oceny poznawczej z pozycji niezaangażowanego obserwatora na istniejącą sytuację.

Powyższa koncepcja wydaje się mieć swoje uzasadnienie również na gruncie neuropsychologii [24]. U pacjentów z dysfunkcjami w zakresie płata czołowego obserwuje się rozdźwięk pomiędzy wiedzą świadomą a wykonaniem. Osoby takie rozumieją istniejące zależności, jednakże nie są w stanie z posiadanej wiedzy skorzystać w sposób praktyczny (wykonanie testu sortowania kart Wisconsin).

Taka interpretacja stanowi jednakże pewne prawdopodobne, czy jedynie częściowe, acz nie absolutne wyjaśnienie. Jawi się raczej jako jedna z możliwości, pewien aspekt będący uzupełnieniem obszerniejszej koncepcji, np. popularnej teorii przywiązania Bowlby’ego. Według doniesień literatury fachowej tylko niewielki odsetek osób z różnego rodzaju zaburzeniami emocjonalnymi doświadczył w dzieciństwie relacji charakteryzującej się bezpiecznym stylem przywiązania [25]. Na podstawie obserwacji klinicznych można stwierdzić, że większość osób z BPD wspomina swoje dzieciństwo jako okres pozbawiony stałości i bezpieczeństwa, często pełen przykrych doświadczeń, stresujących wydarzeń, utraty najbliższych osób lub ich niedostępności [26].

MSCEIT, stawiając pytanie o percepcję emocji, wykorzystywanie emocji w celu usprawnienia myślenia, rozumienie emocji i zarządzanie emocjami, nie wywołuje zapewne takich stanów emocjonalnych u badanych pacjentów, jak ma to miejsce w realnych sytuacjach. Prawdopodobnie absorbuje głównie stronę poznawczą, mobilizuje do udzielenia „najlepszej odpowiedzi”, znalezienia najbardziej adekwatnego sposobu reakcji, a tym samym nie do końca wykazuje zbieżność z reakcjami pacjentów w kontekście „na żywo”. Wyniki prezentowanego badania pokazują, że na podstawie IE w obecnej formie konstruktu nie można pokusić się o predykcje w obszarze klinicznym. Itemy kwestionariusza FrAGE, które składają się na zaproponowane mechanizmy regulacji emocji, odwołują się natomiast do retrospektywnej oceny własnych reakcji emocjonalnych. Możliwe, że to ów dystans czasowy jest tym czynnikiem, który ułatwia wgląd w te reakcje. O ile są to odpowiedzi rzetelne, mają szansę na ujawnienie większych różnic międzygrupowych niż sytuacja testu, angażującego w dużej mierze zdolności poznawcze.

Wnioski

1. Prezentowane badanie nie wskazuje na jakiegokolwiek deficyty w poziomie inteligencji emocjonalnej u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline, ocenianej na podstawie testów zdolnościowych.
2. W zakresie regulacji emocji można zaobserwować u osób dotkniętych BPD częstsze posługiwanie się strategiami o charakterze nieadaptacyjnym.
3. Nie tylko negatywna, lecz również pozytywna emocjonalność o dużej intensywności jest odbierana przez osoby z BPD jako zagrożenie, przed którym należy się bronić, najczęściej tłumiąc uczucia, reagując na nie zwrotnie lękiem, agresją, poczuciem wstydu. Emocje wydają się dla nich jednoznacznie zagrożeniem, aspektem dezorganizującym codzienne funkcjonowanie.
4. Otrzymane wyniki pozwalają na wysunięcie wniosku, że dysfunkcje emocjonalne u pacjentów z BPD dotyczą głównie przejawianych zachowań, a nie ich wiedzy i zdolności.
5. Stworzenie nowego narzędzia do badania strategii regulacji emocji dało możliwość dokładniejszego uchwycenia specyfiki regulacji emocji u osób z zaburzeniem osobowości borderline i jej analizy.
6. Dogłębne poznanie sposobu regulacji emocji osób z BPD jest warunkiem niezbędnym w celu prowadzenia efektywnej, adekwatnej i dostosowanej do indywidualnych potrzeb tych pacjentów terapii (np. dialektyczno-behawioralna terapia autorstwa M. Linehan, rozwinięta i skierowana przede wszystkim do pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline).

Стратегии регуляции эмоций и эмоциональная интеллигенция у пациентов с нарушениями личности borderline

Содержание

Задание. Характерной чертой нарушения личности borderline (БРД) является эмоциональная неустойчивость. Заданием исследования является проба оценки стратегии, которую используют пациенты с БРД в процессе регуляции своих аффектов и различий

в эмоциональной интеллигенции между лицами с БРД и контрольной группой. Кроме того, оценка между появлением возможных зависимостей в обсуждаемых группах между этими изменчивыми. В рамках проводимого исследования включены также предварительные исследования над новым пособием самоописания, относящимся к стратегии регуляции эмоций.

Метод. В исследовании приняло участие 19 пациентов с диагнозом БРД и 20 здоровых людей. В диагностической части исследования использованы следующие пособия: Мини-ДИПС, СКИД II. Для верификации поставленных гипотез использованы глоссарии: ФрАГе (собственное пособие), ЕРКу, ДЕРС и тесты МСЦЕИТ, ТЕМИНТ, ЛРС-К.

Результаты. Между опытными группами существуют значительные различия в частоте использования отдельных стратегий регуляции эмоций, так негативных как и позитивных. Однако, пациенты с личностью бордерлайн не отличаются от контрольной группы с точки зрения уровня эмоциональной интеллигенции. Результаты не указывают на присутствие зависимости между стратегиями регуляции эмоций и общим показателем эмоциональной интеллигенции, отличающих обе группы.

Выводы. Использование дисфункциональных стратегий преодоления препятствий эмоционального характера среди пациентов с БРД появляется, скорее всего, на бихевиоральном уровне, а не в области их знаний и способности, относящейся функционирования в конкретных ситуациях эмоционального характера. Результаты тестовых исследований, определяющих эмоциональную интеллигенцию не указывают на существенные различия в этой области.

Les stratégies de régulation des émotions et l'intelligence émotionnelle des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline

Résumé

Objectif. L'instabilité émotionnelle est un trait caractéristique du trouble de la personnalité borderline (TBP). Ce travail vise à analyser les stratégies de régulation des émotions et les différences éventuelles de l'intelligence émotionnelle des patients souffrant du TBP et du groupe de contrôle et à analyser leurs éventuelles corrélations. On initie aussi les travaux touchant la création d'un instrument nouveau servant à la description des stratégies de régulation des émotions.

Méthode. On examine 19 patients avec le diagnostic de TBP et 20 personnes saines du groupe de contrôle. Pour le diagnostic on se sert de : Mini-DIPS, SKID II ; pour la vérification des hypothèses : questionnaire FrAge (questionnaire propre des auteurs), ERQ, DERS et de tests : MSCEIT, TEMINT, LPS-K.

Résultats. On observe l'existence des différences significatives de la fréquence des stratégies particulières, négatives et positives, pourtant les patients avec TBP ne diffèrent point des personnes saines quant au niveau de l'intelligence émotionnelle. Ces résultats n'attestent pas de corrélation des stratégies de régulation des émotions et l'indice global de l'intelligence émotionnelle de ces deux groupes examinés.

Conclusions. L'usage des stratégies dysfonctionnelles par les patients avec TBP se manifeste avant tout au niveau du comportement et non au niveau du savoir et des capacités du fonctionnement dans les situations émotionnelles. Les stratégies non-adaptatives sont plus fréquentes dans la régulation des émotions, les résultats des tests mesurant l'intelligence émotionnelle n'attestent pas de différences en question.

Piśmiennictwo

1. Bland AR, Williams CA, Scherer K, Manning S. *Emotion processing in borderline personality disorders*. Iss. Ment. Health Nurs. 2004; 25: 655–672.

2. Bohus M, Schmahl C. *Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103 (49): 3345–3352.
3. Gross JJ, Levenson RW. *Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion*. J. Abnor. Psychol. 1997; 106 (1): 95–103.
4. Levine D, Marziali E, Hood J. *Emotion processing in borderline personality disorders*. J. Nerv. Men. Dis. 1997; 185: 240–246.
5. Gross JJ. *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. Psychophysiol. 2002; 39: 281–291.
6. 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.
7. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. *Emotional intelligence: theory, findings, and implications*. Psychol. Inq. 2004; 15 (3): 197–215.
8. Salovey P, Mayer JD, Caruso DR. *The positive psychology of emotional intelligence. W: Synder CR, Lopez SJ, red. The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2002, s. 159–171.
9. Sturm W, Willmes K. *LPS-K – eine LPS-Kurzform für Hirngeschädigte Patienten; mit Anleitung zur Psychometrischen Einzelfalldiagnostik*. Diagnostica 1983; 29 (4): 346–358.
10. Margraf J, Schneider S. *Mini-Dips: Diagnostisches Interview Bei Psychischen Störungen: Kurzfassung*. Berlin: Springer Verlag; 1994.
11. Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen H.U. *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe; 1997.
12. Beblo T, Scheulen C, Fernando SC, Griepenstroh J, Aschenbrenner S, Rodewald K, Driessen M. *Psychometrische Analyse eines neuen Fragebogens zur Erfassung der Akzeptanz von unangenehmen und angenehmen Gefühlen (FrAGe)*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2011; 59 (2), 133–144.
13. Gross JJ, John OP. *Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being*. J. Person. Soc. Psychol. 2003; 85 (2): 348–362.
14. 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.
15. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. *MSCEIT Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz*. Deutschsprachige Adaptation: R. Steinmayr, A. Schütz, J. Hertel, M. Schröder-Abé. Bern: Verlag Hans Huber; 2011.
16. Schmidt-Atzert L, Bühner M. *Entwicklung eines Leistungstests zur Emotionalen Intelligenz*. Vortrag auf dem 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin, 2002. Wystąpienie na 43. Kongresie Niemieckiego Towarzystwa Psychologicznego w Berlinie, Berlin 2002.
17. Horn W. *Leistungsprüfsystem (LPS)*. Göttingen: Hogrefe, 1983.
18. Nęcka E. *Struktura inteligencji*. W: Nęcka E, red. *Inteligencja*. Gdańsk: GWP; 2003, s. 27–44.
19. Wolff S, Stiglmayr C, Bretz HJ, Lammers CH, Auckenthaler A. *Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder*. Brit. J. Clin. Psychol. 2007; 46: 347–360.
20. Hertel J, Schütz A, Lammers CH. *Emotional intelligence and mental disorder*. J. Clin. Psychol. 2009; 65 (9): 942–954.
21. Grabowska A, Jaśkowski P, Seniów J. *Mózgowe mechanizmy funkcji psychicznych i ich zaburzeń z perspektywy neuropsychologii i neuronauki*. W: Strelau J, Doliński D, red. *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańsk: GWP; 2008, s. 581–642.
22. Damasio AR. *Bląd Karczjusza*. Poznań: Rebis; 2002.

23. Johnson PA, Robin BA, Hurley A, Benkelfat C, Herpertz SC, Taber KH. *Understanding emotion regulation in borderline personality disorder: contributions of neuroimaging*. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc. 2003; 15 (4): 397–402.
24. Walsh K. *Zachowania adaptacyjne a uraz głowy*. W: Walsh K, red. *Jak rozumieć uszkodzenia mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001, s. 183–227.
25. Iniewicz G. *Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania*. Psychiatr. Pol. 2008; 5: 671–682.
26. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. *Borderline personality disorder*. Lancet 2004; 364: 453–461.

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

Otrzymano: 10.02.2011
Zrecenzowano: 16.03.2011
Otrzymano po poprawie: 20.06.2011
Przyjęto do druku: 20.04.2012
Adiustacja: L. Sz.