

BARBARA GAWDA

ORCID: 0000-0002-6783-1779

basia.gawda@poczta.umcs.lublin.pl

Cechy zaburzeń osobowości a kontrola emocji negatywnych i regulacja nastroju

Personality Disorder Traits and Control of Emotions and Regulation of Mood

STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie związków pomiędzy cechami zaburzeń osobowości a kontrolą emocji negatywnych i obniżaniem vs. podwyższaniem nastroju. W literaturze przedmiotu istnieją dane na temat dysfunkcjonalnego doświadczania i regulowania emocji u osób z zaburzoną osobowością. Wykazuje się, iż osoby takie nie są zdolne do tworzenia bliskich więzi uczuciowych bądź ich więzi nacechowane są ambiwalencją, konfliktami. Wynika to z problemów w zakresie rozumienia emocji i ich kontroli. Podjęto się sprawdzenia, czy i jakiego rodzaju związki istnieją pomiędzy poszczególnymi cechami zaburzeń osobowości oraz wiązkami zaburzeń A, B i C a kontrolą negatywnych emocji i regulacją nastroju. Badaniami objęto 294-osobową grupę kobiet i mężczyzn z populacji generalnej w podobnym wieku i o zbliżonym poziomie wykształcenia. Zastosowano następujące techniki: do diagnozy cech zaburzeń osobowości – kwestionariusz PDQ-4 Stevena E. Hylera, do oceny kontroli emocji – Skalę Kontroli Emocji CECS, do oceny regulacji nastroju – Skalę Regulacji Nastroju Bogdana Wojciszke. Zastosowano wielozmiennowe analizy regresji oraz analizę ścieżek w celu wykazania, w jakim stopniu cechy zaburzeń osobowości z wiązek A, B i C oraz cechy poszczególnych zaburzeń wyjaśniają kontrolę emocji negatywnych i regulację nastroju. Wyniki wskazują, że nasileniu zaburzeń z wiązki B towarzyszy obniżona kontrola depresji, zaś z wiązki C – podwyższona kontrola depresji. Wyższe tendencje do obniżania nastroju towarzyszą głównie zaburzeniom obawowo-lękowym (wiązka C), zaś nasilenie cech zaburzeń z wiązki A idzie w parze z mniejszą skłonnością do podwyższania nastroju. Osoby z zaburzeniami osobowości nie przejawiają skłonności do podwyższania nastroju.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości; kontrola emocji; podwyższanie nastroju; obniżanie nastroju

WPROWADZENIE

Zaburzenia osobowości to bardzo zróżnicowana kategoria zaburzeń. Pomimo tego, że jest obecna od dawna w różnych koncepcjach psychologicznych i medycznych, dopiero w 1980 r. została ujęta jako odrębna i umieszczono ją na osi II w klasyfikacji DSM-3 (Cierpiałkowska, 2007). Znajduje się też na tej osi w DSM-4 i DSM-5 (Butcher, Hooley, Mineka 2017; Cierpiałkowska, Soroko 2014; DSM-IV-TR 1994). Zaburzenia osobowości charakteryzowane są jako względnie stały wzorzec zachowań i doświadczeń, który w istotnym stopniu odbiega od tych przyjętych w danej kulturze. Wzorzec ten przejawia się na przestrzeni dłuższego okresu życia człowieka, nie ma charakteru incydentalnego, cechy zaburzeń osobowości są nieadaptacyjne i nieelastyczne (Butcher, Hooley, Mineka 2017; ICD-10 1996). Kluczowe w diagnozie zaburzeń osobowości jest określenie, iż ów wzorzec ma dominujący i nieelastyczny charakter oraz przyczynia się do istotnego klinicznie cierpienia psychicznego, upośledzenia funkcjonowania, a także przejawia się w co najmniej dwu sferach: postrzeganiu i wyrażaniu emocji oraz funkcjonowaniu interpersonalnym i kontroli impulsów (DSM-5 2013, s. 311). Co istotne, wskazany wzorzec kształtuje się przez długi czas i jego występowanie nie może być wyjaśnione przez inne zaburzenia, a obserwowane zachowania nie są spowodowane działaniem substancji lub ogólnym uszkodzeniem neurologicznym (Butcher, Hooley, Mineka 2017, s. 410). Zaburzenia osobowości zostały pogrupowane w DSM w trzy wiązki. Wiązka A to zaburzenia dziwaczno-ekscentryczne, obejmujące zaburzenia schizoidalne, schizotypowe i paranoiczne. Wiązka B to zaburzenia dramatyczno-niekonsekwentne – należą do niej zaburzenia antyspołeczne, narcystyczne, borderline i histrioniczne. Natomiast wiązka C to zaburzenia obawowo-lękowe, do której zalicza się zaburzenia zależne, unikowe i obsesyjno-kompulsyjne (DSM-5 2013, s. 312–319). Oprócz tych zaburzeń, które noszą nazwę określonych, istnieje szereg zaburzeń osobowości, których nie da się przyporządkować do określonych kategorii, a ich przejawy cechuje ogromna różnorodność (DSM-5 2013, s. 321–322).

Jednym z kluczowych przejawów zaburzeń osobowości są dysfunkcje emocjonalne. Dotyczy to różnorodnych zjawisk i procesów, takich jak: rozpoznawanie emocji, przetwarzanie informacji emocjonalnej, doświadczanie emocji i afektu, rozumienie emocji i afektu, kontrola i regulacja afektu czy emocji. Szczególnie zwraca się uwagę na deficyty w zakresie emocji złożonych w różnych zaburzeniach osobowości, ale to nie oznacza, iż emocje podstawowe są rozpoznawane, przetwarzane czy regulowane w sposób właściwy. Sfera emocjonalna to kluczowy obszar, w którym przejawiają się nieprawidłowe wzorce aktywności charakterystycznej dla różnych zaburzeń osobowości (Trzebińska 2009, s. 92–96). Dysfunkcyjny wzorzec obejmuje kontrolę i regulację afektu, emocji i nastroju. W konsekwencji wpływa to na zaburzoną percepcję siebie i zaburzone relacje

interpersonalne (Butcher, Hooley, Mineka 2017, s. 410). W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż osoby z zaburzeniami osobowości cechuje niski poziom satysfakcji w relacjach z ludźmi, co jest konsekwencją nieprawidłowego przetwarzania informacji afektywnych oraz niewłaściwej kontroli afektywnej (Ali, Chamorro-Premuzic 2009, s. 231).

Regulacja afektu czy emocji to proces obejmujący szereg elementów, takich jak inicjowanie, modelowanie i podtrzymywanie doświadczeń afektywnych oraz operacje poznawcze na afektach czy emocjach, ale też względem zachowań związanych z tymi procesami (Doliński, Błaszczak 2011). Może przyjmować postać automatyczną i podmiotową (Kofta 1979). W zaburzeniach osobowości jest ona zróżnicowana. Regulacja może przebiegać na różnych poziomach, np. na poziomie neurofizjologicznym lub odnoszącym się do metapoznawczej regulacji opartej na świadomości emocji. Elementem regulacji emocji jest kontrola emocji i afektu. Odnosi się ona do różnych obszarów, m.in. neurofizjologiczno-biochemicznego, behawioralno-ekspresyjnego (np. niewerbalne okazywanie emocji), poznawczo-doświadczeniowego (reakcje werbalne i poznawcze) (Aronson, Wierzchowska 2000). Wymienione aspekty regulacji/kontroli emocji wzajemnie się przenikają i modyfikują, co decyduje o wzmocnieniu, osłabieniu lub zmianie reakcji emocjonalnej. Można wskazać, iż istnieją odmienności w postaci różnych stylów w zakresie kontroli emocji/afektu. Osoba w sytuacji wysokiego poziomu negatywnych emocji, przejawiająca styl zahamowany, może być nieśmiała, posiadać niski poziom umiejętności społecznych, częściej reagować wycofaniem i częściej odczuwać lęk, stres. Z kolei w sytuacji, gdy poziom negatywnych emocji jest niski, można taką osobę opisać jako mało ekspresyjną, często introwertyczną, zamkniętą w sobie, niechętną do kontaktów interpersonalnych. Natomiast osoba ze stylem braku kontroli, narażona na silne negatywne emocje, często przejawia agresję reaktywną, jej zachowanie zdradza frustrację i agresję, jest wówczas słabo kontrolowane. Gdy takim osobom nie towarzyszą emocje negatywne, można dostrzec zachowania świadczące o niskim poziomie umiejętności społecznych, braku zaangażowania emocjonalnego (Górska 2006). Kiedy osoby prawidłowo kontrolujące emocje są zdolne do odczuwania emocji współczucia, ich ekspresja jest właściwa i elastyczna (Górska 2006).

Badania nad mechanizmami afektywnymi w zaburzeniach osobowości wskazują, iż osoby takie przejawiają zróżnicowane dysfunkcje w zakresie regulacji afektu i kontroli emocji/afektu. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w mechanizmach konstytuujących zaburzenia osobowości (Trzebińska 2009, s. 93–99). W ujęciu Ewy Trzebińskiej istnieją trzy grupy zaburzeń osobowości: chaotyczne, ambiwalentne i wielkościowe. Dla zaburzeń chaotycznych (jak np. schizoidalne zaburzenie osobowości) charakterystyczne jest nieprzyswojenie reguł regulacji emocji; dla zaburzeń ambiwalentnych (np. antyspołeczne zaburzenie) typowe jest niewystarczające przyswojenie reguł przeżywania emocji; dla zaburzeń wiel-

kościowych (jak zaburzenie narcystyczne i obsesyjno-kompulsyjne) charakterystyczne jest poczucie omnipotencji.

Nawiązując do podziału typów zaburzeń według DSM, zaburzenia z wiązki A (czyli dziwaczno-ekscentryczne) mogą objawiać się zróżnicowaną kontrolą emocji i nastroju ze względu na to, iż zachowania osób z tymi zaburzeniami mieszczą się w przedziale od nieufności i podejrzliwości do wycofania społecznego (DSM-5 2013, s. 312–314). Z kolei zaburzenia dramatyczno-niekonsekwentne charakteryzuje nieodpowiednia kontrola afektów, impulsywność i nieprzewidywalność zachowań. Na przykład osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości cechuje bardzo wysoki poziom egocentryzmu, brak odpowiedzialności, powierzchowna uczuciowość i deficyty w zakresie empatii (Gawda 2008, 2015). Osoby z tym zaburzeniem wchodzą w relacje z innymi, lecz na ogół ich związki są krótkotrwałe, nastawione na manipulowanie partnerem oraz pozbawione większej intymności (Hare, Neumann 2007). Oznacza to, iż mogą przejawiać dość selektywną kontrolę afektu, choć ogólnie cechuje je niewłaściwe rozpoznawanie celów, intencji i dążeń, prowadząc tym samym do nieklarowności w odczytywaniu właściwego znaczenia różnych sytuacji afektywnych (Gawda 2012). Z kolei u osób przejawiających osobowość narcystyczną pojawia się silna tendencja do potwierdzenia własnej wartości, uznania i statusu, co może być powiązane z nadmierną kontrolą afektu (Patrick i in. 1994). Osoby takie wchodzą w relacje z innymi jedynie po to, aby uzyskać szacunek, władzę bądź zaspokoić potrzeby seksualne (Rohmann i in. 2012). Osoby z osobowością borderline charakteryzuje burzliwość, zaborczość, a także wrogość, gdy cel nie zostanie osiągnięty (Butcher, Hooley, Mineka 2017). Ich zachowanie wyróżnia wyjątkowa niestabilność i nieprzewidywalność, a zatem ograniczona kontrola (Linehan 2007). Związki interpersonalne osób z zaburzeniem osobowości borderline oscylują od skrajnej idealizacji do dewaluacji, między miłością a nienawiścią (Linehan 2007, s. 66–76). W związkach tych występuje dużo konfliktów, zachowania nieprzewidywalne, zdrady oraz fizyczne i psychiczne nadużycia.

Wiązka C zaburzeń osobowości charakteryzuje się zachowaniami przepęnlionymi strachem i lękiem, a zatem dysfunkcjami w zakresie kontroli negatywnych emocji, choć może ona wykazywać pewne zróżnicowanie. Na przykład u osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym osobowości charakterystyczna jest potrzeba kontroli i dominacji w relacjach (Cierpiałkowska 2007). Ze względu na nadmierne kontrolowanie uczuć doznania osób z tym zaburzeniem są pozbawione dynamiki, towarzyszy takim osobom często lęk, brak zdecydowania, brak wiary w siebie oraz kurczowe trzymanie się reguł, dające względne poczucie bezpieczeństwa (Beck, Freeman, Davis 2005, s. 44–45). W efekcie uwidacznia się to w postaci chłodu, rezerwy w relacjach oraz nadmiernego poczucia powinności (Butcher, Hooley, Mineka 2017). Dla osobowości zależnej typowe jest silnie utrwalone poczucie niedostosowania, postrzegania siebie jako osoby bezradnej i opuszczonej, co nasila niepokój i nadmierne zamartwianie się (Butcher, Hooley,

Mineka 2017, s. 411). Podobnie nieadekwatną kontrolę mogą wykazywać osoby z zaburzeniem unikowym, gdyż w ich zachowaniu dominuje lęk, nadwrażliwość na krytykę społeczną oraz nieśmiałość (DSM-5 2013, s. 317–318).

Opierając się na wstępnych przesłankach odnośnie do kontroli emocji i nastroju w zaburzeniach osobowości, opracowano projekt badawczy, którego celem jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy istnieją (i na czym polegają) związki pomiędzy cechami zaburzeń osobowości (w tym cechami wiązek zaburzeń A, B i C) a kontrolą emocji gniewu, lęku i depresji oraz tendencjami do podwyższania/obniżania nastroju?

METODA

1. Osoby badane

Badaniami objęto 294 osoby dorosłe (170 heteroseksualnych kobiet i 124 heteroseksualnych mężczyzn) charakteryzujące się jednakowym poziomem wykształcenia i zbliżonym wiekiem ($M = 23,5$ lat; $SD = 3,0$ lata), a także brakiem zaburzeń neuropsychiatrycznych (co ustalono na podstawie skategoryzowanego wywiadu). Badaniom poddano grupę niekliniczną, ponieważ istnieją przesłanki w literaturze przedmiotu, iż grupa niekliniczna jest właściwa do poszukiwania zaburzeń osobowości. Istnieje wiele danych wskazujących, iż zaburzenia osobowości oraz znaczące nasilenie cech zaburzeń osobowości występują w nieklinicznych populacjach z dużą częstością (Torgersen, Kringlen, Cramer 2001).

2. Przebieg badania

Badania zrealizowano w uczelniach wyższych. Pierwszy etap polegał na przeprowadzeniu wywiadu, w trakcie którego pytano osoby o wiek, stan cywilny, sytuację zawodową, ekonomiczną, problemy zdrowotne. Następnie osoby badane wypełniły kwestionariusze.

3. Techniki badawcze

Kwestionariusz PDQ-4 Stevena E. Hylera w wersji eksperymentalnej w polskim przekładzie. Narzędzie to służy do pomiaru zaburzeń osobowości wymienionych w DSM-4 i składa się z 99 itemów. Celem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego stwierdzenia i zaznaczenie, czy w odniesieniu do siebie twierdzenia te są prawdziwe czy fałszywe. Z wcześniejszych badań wynika, iż trafność tego narzędzia jest dobra. Porównanie wyników w zakresie nasilenia cech zaburzonej osobowości w kwestionariuszu PDQ-4 oraz wyników w SCID-II wykazało istotne zbieżności (Gawda, Czubał 2012, s. 50). Potwierdzono tym sa-

mym wartość kwestionariusza Hylera w diagnozowaniu zaburzonej osobowości. Zgodność wewnętrzną kwestionariusza jest dobra. Badania nad przydatnością tego narzędzia w obszarach klinicznych i nieklinicznych wskazują, iż Kwestionariusz PDQ-4 posiada wysoką wartość w badaniach selekcyjnych w zakresie diagnozy zaburzeń osobowości, a pod względem psychometrycznym jest rzetelny (alfa Cronbacha = 0,85) (Patrick i in. 1995, s. 266–274). Kwestionariusz został przetłumaczony na język polski przez trzech niezależnych badaczy. Dotychczas jednak jeszcze nie opracowano polskich norm, dlatego narzędzie zostało zastosowane w wersji eksperymentalnej. W obliczeniach wykorzystano wyniki ilościowe dla poszczególnych skal odpowiadających zaburzeniom osobowości. Są to: osobowość unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsywna, paranoiczna, schizotypowa, schizoidalna, histrioniczna, narcystyczna, z pogranicza (borderline) i antyspołeczna. Rzetelność Kwestionariusza w badaniu własnym wahała się od 0,69 do 0,81 (alfa Cronbacha).

Skala Kontroli Emocji CECS, opracowana przez Maggie Watson i Stevena Greera. Polską adaptację wykonał Zygfryd Juczyński (2009). Skala jest narzędziem samoopisowym przeznaczonym do pomiaru kontroli trzech emocji: gniewu, lęku i depresji. Polska wersja składa się z trzech podskal, każda z nich zawiera siedem stwierdzeń odnoszących się do sposobu kontrolowania lęku, depresji bądź gniewu w sytuacjach stresujących. Skala może być użyta dla osób zarówno zdrowych, jak i zaburzonych. Dane psychometryczne Skali CECS są zadowalające; zgodność wewnętrzną wyrażoną współczynnikiem alfa Cronbacha wynosi odpowiednio dla kontroli gniewu 0,80, dla depresji – 0,77, dla lęku – 0,78, zaś dla łącznego wskaźnika kontroli emocji – 0,87. Błąd standardowy pomiaru określono na poziomie 0,21 (gniew), 0,20 (depresja), 0,20 (lęk), dla wskaźnika ogólnego – 0,88. Trafność Skali została zbadana poprzez porównanie wyników kontroli gniewu ze Skalą Gniewu Framingham, uzyskując: dodatnią korelację (0,31, $p < 0,01$) z gniewem kierowanym do wewnątrz, zaś ujemną (-0,46, $p < 0,001$) – z gniewem skierowanym na zewnątrz. Dodatkowym argumentem jest fakt, że wszystkie trzy elementy kontroli emocji ujemnie korelują z poczuciem własnej wartości Skali Rosenberga (Juczyński 2009). Zatem im wyższe poczucie własnej wartości, tym większa ekspresja negatywnych emocji. Im niższe poczucie własnej wartości, tym większe tłumienie negatywnych emocji. Badani określają, jak często występuje u nich dany sposób wyrażania/kontroli własnych emocji przy użyciu 4-stopniowej skali na kontinuum od 1 pkt („prawie nigdy”) do 4 pkt („prawie zawsze”). Im wyższy wynik ogólnego wskaźnika, tym większe tłumienie negatywnych emocji (Juczyński 2009). Zgodność wewnętrzną w badaniu wyniosła odpowiednio: alfa Cronbacha dla Skali Kontroli Lęku = 0,66, Kontroli Gniewu = 0,78, Kontroli Depresji = 0,70.

Skale Regulacji Nastroju Bogdana Wojciszke (2002). Technika obejmuje dwie Skale: Podwyższania Nastroju i Obniżania Nastroju. Narzędzie składa

się z 30 itemów, do których ustosunkowuje się badany, zaznaczając od 1 („nigdy”) do 5 („zawsze”). Skala Podwyższania Nastroju liczy 15 itemów, zatem maksymalna liczba punktów dla tej skali wynosi 75; analogicznie jest w przypadku Skali Obniżania Nastroju. Trafność i rzetelność narzędzia są zadowalające (Wojciszke 2002). Skale mierzą osobowościowe zróżnicowanie w zakresie zabiegów mających na celu podniesienie nastroju lub jego obniżenie. Ze względu na to, iż nastrój ma wielowymiarowy wpływ na funkcjonowanie człowieka, ludzie stosują różne strategie zmierzające do utrzymania nastroju zgodnego z bieżącą sytuacją społeczną. Nastrój wpływa na treść sądów i zachowań, stanowi źródło informacji i podstawę do formułowania uproszczonych heurystyk, decyduje o sposobie przetwarzania informacji (pobieżne vs. dokładne). Strategie obniżania lub podwyższania nastroju mają związek z kontrolą emocjonalną, odwołują się do procesów myślenia, pamięci, uwagi oraz zachowania (np. dręcę się myślami, zwierzam się komuś, szukam towarzystwa) (Wojciszke 2002). Zgodność wewnętrzna skali w badaniu własnym wyrażona współczynnikiem alfa Cronbacha wyniosła 0,783.

WYNIKI

W badaniach nie dokonywano kategoryzacji zaburzeń osobowości. Zgodnie z dymensyjnym modelem określania zaburzeń skupiono się na nasileniu cech poszczególnych zaburzeń oraz nasileniu cech w wiązках A, B i C zaburzeń osobowości (zmienne – wiązki A, B i C – zostały utworzone poprzez zsumowanie wyników dla poszczególnych typów zaburzeń osobowości, np. wiązkę A tworzy suma wyników dla skal: zaburzenie paranoiczne, schizoidalne i schizotypowe). Zmienne miały więc postać ilościową. W celu opisanego związków pomiędzy cechami zaburzeń osobowości i kontrolą emocji gniewu, lęku i depresji oraz tendencjami do obniżania i podwyższania nastroju zastosowano wielozmiennowe analizy regresji. Obliczono 10 takich regresji. Zmiennymi zależnymi były kolejno: kontrola gniewu, lęku i depresji, podwyższanie nastroju i obniżanie nastroju, zaś zmiennymi wyjaśniającymi były cechy zaburzeń z wiązki A, kolejno B i C. Wstępnie sprawdzono rozkłady zmiennych, które okazały się zbliżone do normalnego. Statystyki opisowe dla wszystkich zmiennych zaprezentowano w tab. 1.

Rezultaty wskazują, iż model zmiennych wyjaśniających – obejmujący cechy zaburzeń osobowości wiązek A, B i C – wyjaśnia kontrolę emocji gniewu, lęku i depresji oraz tendencje do obniżania i podwyższania nastroju. Kontrolę gniewu wyjaśniają zaburzenia osobowości z wiązki B (około 7% wariacji wyników). Nasilenie cech tych zaburzeń współwystępuje z obniżoną kontrolą gniewu. Kontrolę lęku wyjaśniają zaburzenia zarówno z wiązki A, jak i B (łącznie około 8% wariacji). Nasileniu cech zaburzeń dziwaczno-ekscentrycznych towarzyszy podwyższona kontrola lęku, a nasileniu zaburzeń dramatyczno-niekonsekwentnych – obniżona kontrola lęku. Kontrolę depresji wyjaśniają zaburzenia z wiązki

Tab. 1. Statystyki opisowe (n = 294)

Zaburzenia osobowości	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Unikowe	0	7	3,66	2,06
Paranoiczne	0	7	3,40	1,63
Histrioniczne	0	7	2,62	1,77
Antyspołeczne	0	7	1,48	1,05
Obsesyjno-kompulsyjne	0	7	3,42	1,60
Schizoidalne	0	6	2,11	1,26
Narcystyczne	0	8	3,21	1,89
Schizotypowe	0	8	3,25	2,04
Borderline	0	8	2,68	1,23
Zależne	0	8	2,09	1,13
Wiązka A	1	19	8,75	3,87
Wiązka B	1	23	10,08	4,88
Wiązka C	2	19	9,13	4,50
CECS Wynik ogólny	34	84	52,63	8,59
CECS Gniew	11	28	17,97	3,78
CECS Depresja	12	28	19,56	3,77
CECS Lęk	11	28	19,79	3,22
Skala Obniżania Nastroju	34	76	52,63	8,05
Skala Podwyższania Nastroju	15	69	40,51	12,61

Źródło: badania własne.

B i C (łącznie około 15% wariacji). Nasileniu zaburzeń z wiązki B towarzyszy obniżona kontrola depresji, a nasileniu zaburzeń z wiązki C – podwyższona kontrola depresji. Podobnie cechy zaburzeń osobowości wyjaśniają tendencje do podwyższania i obniżania nastroju. Wyższe tendencje do obniżania nastroju towarzyszą głównie zaburzeniom obawowo-lękowym (wiązka C), zaś nasilenie cech zaburzeń z wiązki A idzie w parze z mniejszą skłonnością do podwyższania nastroju. Ogólnie zatem osoby z zaburzeniami osobowości nie przejawiają skłonności do podwyższania nastroju (tab. 2).

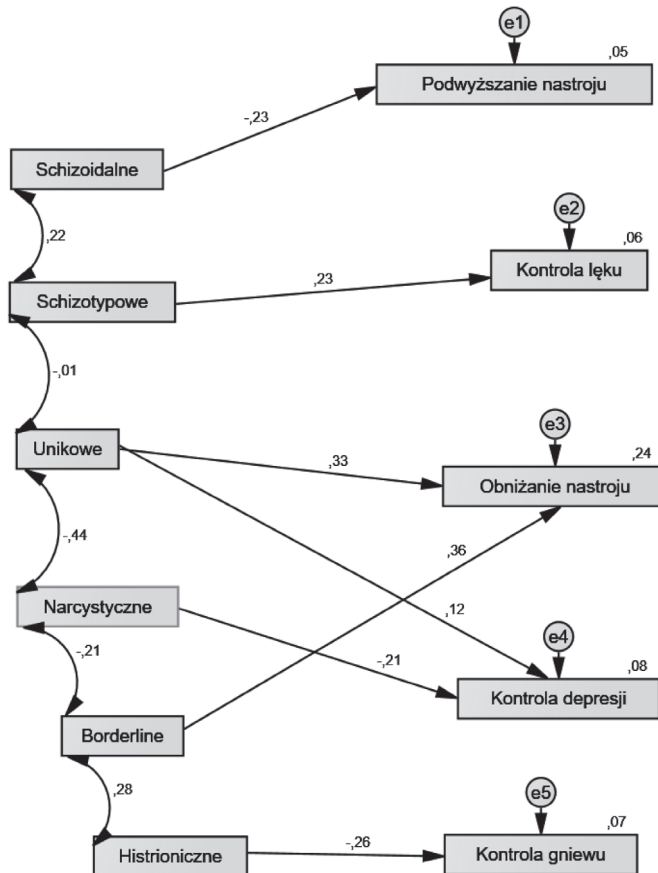
Aby kompleksowo ukazać, jakie konkretnie zaburzenia osobowości spośród wiązek A, B i C są predyktorami dla kontroli emocji lęku, gniewu i depresji oraz tendencji do obniżania lub podwyższania nastroju, wykonano analizę ścieżek w modelu regresyjnym (rys. 1). Model po wielokrotnym modyfikowaniu okazał się charakteryzować dobrymi parametrami: GFI = 0,98, AGFI = 0,97, RMSEA = 0,038. Wykazano, iż w największym stopniu cechy zaburzeń osobowości wyjaśniają tendencje do obniżania nastroju (24% wariacji). Za obniżanie nastroju odpowiadają głównie cechy zaburzenia unikowego oraz zaburzenia borderline.

Tab. 2. Wyniki analiz regresji wielozmiennowych

Wiązki zaburzeń osobowości	Wiązka A β	Wiązka B β	Wiązka C β	R	R ²	F _(3,290)
CECS Wynik ogólny	0,31**	-0,39***	0,17	0,39	0,15	5,83***
CECS Gniew	0,20	-0,31**	0,08	0,27	0,07	2,68*
CECS Depresja	0,20	-0,36***	0,29**	0,38	0,15	5,78***
CECS Lęk	0,32**	-0,21*	0,04	0,29	0,08	3,17*
Skala Obniżania Nastroju	0,05	0,06	0,48***	0,48	0,23	10,14***
Skala Podwyższania Nastroju	-0,28*	0,17	0,02	0,24	0,06	2,20

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: badania własne.



Rys. 1. Relacje pomiędzy cechami zaburzeń osobowości a kontrolą emocji i tendencjami do regulacji nastroju (n = 294)

Źródło: badania własne.

Za stosowanie obniżonej tendencji do podwyższania nastroju są odpowiedzialne nasilone cechy zaburzenia schizoidalnego. Z kolei zaburzenie schizotypowe odpowiada za nasilenie kontroli emocji lęku. Zaburzenie unikowe okazało się jedynym z grupy C, które odpowiada za wzmożoną kontrolę depresji i jednocześnie tendencje do obniżania nastroju. Zaburzenia z wiązki B są predyktorami dla obniżonej kontroli depresji (dokładnie zaburzenie narcystyczne). Obniżonej kontroli gniewu towarzyszy nasilenie cech histrionicznych. Natomiast podwyższonym cechem zaburzenia borderline – tendencja do obniżania nastroju.

DYSKUSJA

Ustalono, iż ogólnie w zaburzeniach osobowości dochodzi do nadmiarowo stosowanej strategii obniżania nastroju, w szczególności w zaburzeniach o charakterze obawowo-lękowym. Tendencja do podwyższania nastroju nie jest obserwowana, jedynie w konfiguracji z cechami schizoidalnymi występuje jej obniżanie, a więc jakiegoś rodzaju swoiste jej negowanie czy blokowanie. W zaburzeniach obawowo-lękowych dochodzi także do kontroli emocji depresji. W zaburzeniach z grupy dziwaczno-ekscentrycznych występuje wzmożenie kontroli emocji lęku, natomiast w zaburzeniach z grupy dramatyczno-niekonsekwentnych – obniżenie kontroli wszystkich badanych emocji, czyli gniewu, lęku i depresji.

Chociaż badania miały charakter korelacyjny, niewątpliwie dostarczają potwierdzenia, iż osoby z zaburzeniami osobowości mają problemy z kontrolą emocji i regulacją nastroju. Sposób kontrolowania emocji i nastroju wpisuje się w charakterystyczne deficyty afektywne dla poszczególnych zaburzeń. I tak narcystyczne zaburzenie osobowości, przejawiające się wyolbrzymionym poczuciem własnej wartości, poszukiwaniem uznania i podziwu, cechuje się obniżoną kontrolą depresji, co może ujawniać się nagłymi załamaniami nastroju i wybuchami złości/napięcia (Butcher, Hooley, Mineka 2017). Cechy osobowości unikowej z grupy obawowo-lękowych przyczyniają się z kolei do koncentracji na negatywnym nastroju i akcentowaniu negatywnych aspektów życia, jak poczucie niskiej wartości, pesymizm, brak wiary w poprawę sytuacji, a to współwystępuje z obniżaniem nastroju (DSM-5 2013, s. 318). W badaniach wskazuje się na główne cechy tego zaburzenia, czyli nadwrażliwość na krytykę, nasilony lęk przed odrzuceniem oraz unikanie relacji społecznych (Koenigsberg i in. 2014). Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w mechanizmach neurobiologicznych (Klumpp, Angstadt, Phan 2012; Koenigsberg i in. 2014). U osób z osobowością unikową dochodzi do słabszej reakcji habituacji na bodźce negatywne i tendencji do ruminowania negatywnych emocji/nastroju. W efekcie manifestują one nasilony lęk, niepokój i nadwrażliwość (Klumpp, Angstadt, Phan 2012).

Schizoidalne zaburzenie osobowości wiąże się z trwałym defektem w zakresie rozpoznawania stanów emocjonalnych swoich i innych ludzi, obniżeniem

empatii oraz zaburzeniami komunikacji interpersonalnej, co jest spójne z negowaniem tendencji do podwyższania nastroju. Należy to przypisać osobliwemu zachowaniu osób z tej grupy (DSM-5 2013, s. 313). Podobnie osobowość schizotypowa przejawia wzmożone tendencje do kontroli lęku oraz przejawy zaburzeń percepcyjnych, interpersonalnych (Cadenhead i in. 2002). Osobowość schizotypowa obejmuje trzy czynniki. Są to: czynnik poznawczo-kognitywny (dziwne przekonania, zaburzenia percepcji, myśli ksobne czy podejrzliwość), czynnik interpersonalny (brak bliskich przyjaciół, lęk społeczny, zahamowany afekt) oraz dezorganizacja/dziwność (dziwna mowa, myśli, zachowania, zahamowany afekt) (Hummelen, Pedersen, Karterud 2012). Badacze podkreślają, iż zaburzona jest pamięć operacyjna u takich osób (Rosell i in. 2014) oraz pamięć prospektywna (Vu i in. 2013; Wang i in. 2014). Wskazuje się na dysfunkcje zarówno funkcjonalne, jak i strukturalne leżące u podłoża tych dysfunkcji poznawczych, które jednak oddziałują na dysfunkcje afektywne (Hazlett i in. 2008; Rosell i in. 2014). Nie tylko zakłócenia pamięci operacyjnej, ale też ogólne zakłócenia funkcjonowania poznawczego skutkują deficytami w zakresie kontroli emocjonalnej, która jest ściśle powiązana z funkcjami wykonawczymi (Chemerinski i in. 2013). Ponadto zwraca się uwagę na zakłócenia percepcji słuchowej oraz procesów językowych z nią powiązanych, w efekcie czego dochodzi do dysfunkcji w zakresie pamięci logicznej, pojawiają się dziwne formy mówienia oraz dziwne objawy percepcyjno-poznawcze, co nie pozostaje bez wpływu na kontrolę emocji (Rosell i in. 2014).

Cechy borderline idą w parze z nasilaniem obniżania nastroju, co wynika z deficytów afektywnych cechujących to zaburzenie. Kluczowym objawem jest tu niestabilność emocjonalna. Inne objawy to tendencje suicydalne, wybuchy złości, burzliwe relacje, problemy związane z tożsamością (Koenigsberg i in. 2009). Trudności w zakresie kontroli emocji są powiązane z deficytami uwagowymi u takich osób, które charakteryzuje nadwrażliwość i selektywna koncentracja na bodźcach społeczno-emocjonalnych z jednoczesną tendencją do odnoszenia do siebie takich bodźców, co w efekcie czyni proces emocjonalny dysfunkcyjnym w zaburzeniu borderline. Osoby takie mają ogromny problem z przestawieniem uwagi na odmienny tor i ciągle uznają jakiś wybrany sposób postrzegania rzeczywistości za ostateczny i niepodważalny (Gabbard 2005). Ogólnie przejawiają one wobec powyższego szczególne trudności w sytuacji negatywnych emocji, kiedy wymagane jest adekwatne koncentrowanie uwagi (Ruocco i in. 2013). Przyczyną takiego stanu rzeczy upatruje się w zaburzonym funkcjonowaniu na poziomie aktywacji neuronalnej oraz nieprawidłowych połączeniach neuronalnych. Stanowi to podstawę nadwrażliwości na bodźce negatywne i wzmożonej czujności uwagowej (Koenigsberg i in. 2009). W efekcie osoby z tym zaburzeniem dysfunkcyjnie przetwarzają negatywne bodźce emocjonalne oraz negatywne ekspresje mimiczne. Nadmierna czujność nie tylko wpływa dezorganizująco na odbiór informacji emocjonalnych, ale też odpowiada za odnoszenie do siebie tych informacji

oraz wzbudzanie stanów fizjologicznych – silnego pobudzenia fizjologicznego, które towarzyszy różnym sytuacjom (Heim, Nemeroff 2002). Nieprawidłowości w zakresie struktury i funkcji mózgu osób z osobowością borderline są przyczyną ich emocjonalnej dysregulacji przejawiającej się wzburzeniem i niestabilnością (Kamphausen i in. 2013; Koenigsberg i in. 2009).

Ze względu na to, iż do wiązki B należy także osobowość histrioniczna, wykazano również dysfunkcjonalne aspekty kontroli emocji u takich osób. Przejawiają one trudności w kontrolowaniu gniewu, co może skutkować wybuchami i niekontrolowanymi zachowaniami (DSM-5 2013).

Ogólnie zatem wraz z nasileniem cech zaburzeń osobowości pojawia się wzmocniona kontrola emocji gniewu, depresji i lęku oraz tendencje do obniżania nastroju. Na poziomie psychologicznym deficyty w zakresie kontroli emocji są powiązane z nieprawidłowo ukształtowanymi umiejętnościami w zakresie rozpoznawania, przetwarzania i rozumienia emocji. Dla osób przejawiających takie zaburzenia charakterystyczne są dysfunkcje afektywne. Należą do nich trudności w zakresie wglądu w emocje i regulacji emocji (Olejnik 2012, s. 206). W zaburzeniach z grupy A dominuje funkcjonowanie emocjonalne cechujące się ekscentrycznością i dziwacznością, np. problem z odczuwaniem i ekspresją emocji, trudności w rozumieniu emocji swoich i innych ludzi, brak inicjatywy i płytkość emocjonalna, dyskomfort w sytuacji kontaktu z innymi, zachowania niedostosowane do wymagań społecznych, ale też lęk, nieufność, złość i gniew w relacjach z innymi, co może przyczyniać się do obniżenia możliwości rozumienia sytuacji emocjonalnych (Trzebińska 2009). Zaburzenia osobowości zaliczane do grupy B charakteryzuje dramatyczność, emocjonalność i lekceważenie konsekwencji. W efekcie osoby z osobowością narcystyczną przejawiają trudności w zakresie rozumienia emocji, ponieważ utrudnia im to potrzeba stawiania siebie w centrum. Typowe dla nich są tendencje do zaprzeczania uczuciom, nadmierna zależność od podziwu i aprobaty ze strony innych oraz chroniczna niepewność i niezadowolenie z siebie. Natomiast funkcjonowanie emocjonalne osób z zaburzeniami osobowości z grupy C cechuje przede wszystkim doświadczanie lęku i napięcia. Tego rodzaju doświadczenia również nie sprzyjają rozwojowi umiejętności rozumienia emocji i ich kontroli, ponieważ w doświadczeniach takich osób dominuje stały lęk przed zmianą, potrzeba kontrolowania otoczenia, nadmierna kontrola ekspresji emocji oraz liczne konflikty (Cierpiałkowska, Soroko 2014).

Wymienione deficyty w zakresie kontroli emocji i regulacji nastroju są zgodne z modelem afektywnym E. Trzebińskiej (2009), według którego dysfunkcje emocjonalne w zaburzeniach osobowości mają źródło w mechanizmach konstytuujących zaburzenia osobowości. I tak dla zaburzeń chaotycznych charakterystyczne jest nieprzyswojenie reguł regulacji emocji, dla zaburzeń ambiwalentnych – niewystarczające przyswojenie reguł przeżywania emocji, zaś dla wielkościowych – poczucie omnipotencji. Wzorce afektywno-poznawcze wkomponowane w zabu-

zenia osobowości modyfikują przetwarzanie informacji emocjonalnych poprzez oddziaływanie na recepcję informacji, procesy intrapsychiczne i reakcje na bodźce emocjonalne (Gawda 2011, s. 150–152). Mechanizm podtrzymywania takich wzorców obejmuje różne procesy psychiczne, przebiega na różnych poziomach przetwarzania informacji i opiera się na różnych kodach zgodnie z koncepcją Interaktywnych Podsystemów Poznawczych (Teasdale 2006, s. 71–76). Ten wielopoziomowy system podtrzymujący dysfunkcyjny sposób zachowania człowieka powoduje, iż człowiek zachowuje się zgodnie z treścią wzorców afektywnych i strategiami wyznaczonymi przez te wzorce (Teasdale 2006, s. 75–76). Z kolei treść wzorców afektywnych wpisanych w zaburzenia osobowości istotnie utrudnia osobom przejawiającym cechy zaburzeń kontrolę i regulację emocji/nastroju.

BIBLIOGRAFIA

- Ali F., Chamorro-Premuzic T. (2009), *The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy, and machiavellianism*, "Personality and Individual Differences", Vol. 48.
- Aronson E., Wieczorkowska G. (2000), *Kontrola naszych myśli i uczuć*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Sanatorski & Co.
- Beck A.T., Freeman A., Davis D.D. (2005), *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S. (2017), *Psychologia zaburzeń DSM-V*, Sopot: GWP.
- Cadenhead C.S., Light G.A., Geyer M.A., McDowell J.E., Braff D.L. (2002), *Neurobiological measures of schizotypal personality disorder: Defining an inhibitory endophenotype?*, "American Journal of Psychiatry", Vol. 159(5), DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.869>.
- Chemerinski E., Byne W., Kolaitis J.C., Glanton C.F., Canfield E.L., Newmark R.E., Mehmet Haznedar M., Novakovic V., Chu K.-W., Lsiever L.J., Hazletta E.A. (2013), *Larger putamen size in antipsychotic-naïve individuals with schizotypal personality disorder*, "Schizophrenia Research", Vol. 143(1), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.003>.
- Cierpiałkowska L. (2007), *Psychopatologia*, Warszawa: Scholar.
- Cierpiałkowska L., Soroko E. (2014), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, Poznań: UAM.
- Doliński D., Błaszczak W. (2011), *Dynamika emocji*, Warszawa: PWN.
- DSM-IV-TR (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington: American Psychiatric Association.
- DSM-5 (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington: American Psychiatric Association.
- Gabbard G.O. (2005), *Mind, brain and personality disorders*, "American Journal of Psychiatry", Vol. 162(5), DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.833>.
- Gawda B. (2008), *Love scripts of person with antisocial personality*, "Psychological Reports", Vol. 103(2), DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.103.2.371-380>.

- Gawda B. (2011), *Skrypty miłości, nienawiści i lęku u osób antyspolecznych*, Warszawa: Difin.
- Gawda B. (2012), *Dysfunctional love in psychopathic criminals – the neural basis*, “NeuroQuantology”, Vol. 10(4), DOI: <https://doi.org/10.14704/nq.2012.10.4.620>.
- Gawda B. (2015), *Model of love, hate and anxiety scripts in psychopathic individuals*, “Frontiers in Psychology”, Vol. 6, DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01722>.
- Gawda B., Czubak K. (2012), *Style przywiązania a cechy zaburzeń osobowości*, „Studia Psychologiczne”, nr 12(2).
- Górska D. (2006), *Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej u osób z zaburzeniem osobowości borderline*, Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Hare R.D., Neumann C.S. (2007), *The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development, structural properties, and new directions*, [w:] C.J. Patrick (ed.), *Handbook of Psychopathy*, New York–London: The Guilford Press.
- Hazlett E.A., Buchsbaum M.S., Haznedar M.M., Newmark R., Goldstein K.E., Zelmanova Y., Glanton C.F., Torosjan Y., New A.S., Lo J.N., Mitropoulou V., Siever L.J. (2008), *Cortical grey and white matter volume in unmedicated schizotypal and schizophrenia patients*, “Schizophrenia Research”, Vol. 101(1–3), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.12.472>.
- Heim C., Nemeroff C.B. (2002), *Neurobiology of early life stress: Clinical studies*, “Seminar Clinical Neuropsychiatry”, Vol. 7, DOI: <https://doi.org/10.1053/scnp.2002.33127>.
- Hummelen B., Pedersen G., Karterud S. (2012), *Some suggestions for the DSM-V schizotypal personality disorder construct*, “Comprehensive Psychiatry”, Vol. 53.
- ICD-10 (1996), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*, Geneva: WHO.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: PTP.
- Kamphausen S., Schröder P., Maier S., Bader K., Feige B., Kaller C.P., Glauche V., Ohlendorf S., Tebartz van Elst L., Klöppel S., Jacob G.A., Silbersweig D., Lieb K., Tüscher O. (2013), *Medial prefrontal dysfunction and prolonged amygdala response during instructed fear processing in borderline personality disorder*, “World Journal of Biological Psychiatry”, Vol. 14(4), DOI: <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665174>.
- Klumpp H., Angstadt M., Phan K.L. (2012), *Insula reactivity and connectivity to anterior cingulate cortex when processing threat in general social anxiety disorder*, “Biological Psychology”, Vol. 89(1).
- Koenigsberg H.W., Denny B.T., Fan J., Liu X., Guerreri S., Mayson S.J., Rimsky L., New A.S., Goodman M., Siever L.J. (2014), *The neural correlates of anomalous habituation to negative emotional pictures in borderline and avoidant personality disorder patients*, “American Journal of Psychiatry”, Vol. 171(1), DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070852>.
- Koenigsberg H.W., Siever L.J., Lee H., Pizzarello S., New A.S., Goodman M., Cheng H., Flory J., Prohovnik I. (2009), *Neural correlates of emotion processing in Borderline Personality Disorder*, “Psychiatry Research”, Vol. 172(3).
- Kofta M. (1979), *Samokontrola a emoce*, Warszawa: PWN.
- Linehan M. (2007), *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia behawioralno-poznawcza*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Olejnik D. (2012), *Aleksytymia w zaburzeniach osobowości*, „Psychologia Jakości Życia”, nr 11(2).
- Patrick J., Links P., Reekum R. Van, Mitton M.J. (1995), *Using the PDQ-R BPD Scale as a brief screening measure in the differential diagnosis of Personality Disorder*, “Journal of Personality Disorders”, Vol. 9(3), DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.3.266>.
- Patrick M., Hobson R.P., Castle D., Howard R., Maughan B. (1994), *Personality disorder and the mental representation of early social experience*, “Development and Psychopathology”, Vol. 6(2), DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579400004648>.
- Rohmann E., Neumann E., Herner M.J., Bierhoff H.-W. (2012), *Grandiose and vulnerable narcissism. Self-construct, attachment, and love in romantic relationships*, “European Psychologist”, Vol. 17(4), DOI: <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000100>.
- Rosell D.R., Futterman S.E., McMaster A., Siever L.J. (2014), *Schizotypal personality disorder: A current review*, “Current Psychiatry Report”, Vol. 16(7), DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>.
- Ruocco A.C., Amirthavasagam S., Choi-Kain L.W., McMain S.F. (2013), *Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: An activation-likelihood-estimation meta-analysis*, “Biological Psychiatry”, Vol. 73(2), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.07.014>.
- Teasdale J.D. (2006), *Związek między poznaniem a emocją: umysł-w-gotowości w zaburzeniach nastroju*, [w:] D.M. Clark, C.G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*, Gdynia: Alliance Press.
- Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. (2001), *The prevalence of personality disorders in a community sample*, “Archives of General Psychiatry”, Vol. 58(6), DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>.
- Trzebińska E. (2009), *Afektywny model zaburzeń osobowości*, [w:] E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*, Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Vu M.A.T., Thermenos H.W., Terry D.P., Wolfe D.J., Voglmaier M.M., Niznikiewicz M.A., McCarley R.W., Seidman L.J., Dickey C.C. (2013), *Working memory in schizotypal personality disorder: fMRI activation and deactivation differences*, “Schizophrenia Research”, Vol. 151(1–3), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.013>.
- Wang Y., Yang T., Su L., Yan C., Wang Y., Huang J., Fan M.X., Yin D.Z., Jin Z., Zeng Y.W., Shum D.H., Gur R.C., Chan R.C. (2014), *Neural correlates of prospective memory in individuals with schizotypal personality features*, “Neuropsychology”, Vol. 28(3), DOI: <https://doi.org/10.1037/neu0000035>.
- Wojciszke B. (2002), *Skale regulacji nastroju*, [w:] M. Marszał-Wiśniewska, T. Klonowicz, M. Fajkowska-Stanik (red.), *Psychologia różnic indywidualnych. Wybrane zagadnienia*, Gdańsk: GWP.

SUMMARY

This study attempts to show the relationship between control of negative emotions and regulation of mood, and personality disorders traits. Literature presents data on dysfunctional experiencing, control and regulating emotions in people with personality disorders. They are unable to recognize the appropriate valence of emotions, control them and experience in an adequate way.

All personality disorders display these impairments, however, its manner and degree are differently manifested in the different types of personality disorders. The aim of the study was to describe the relationship between control of emotions, the strategies to increase mood and decrease mood, and personality disorders traits in a non-clinical sample. A sample of 294 participants from general population was investigated (men and women in a similar age and education level). The following techniques were used: the Personality Disorder Questionnaire – PDQ-4 by Steven E. Hyler to assess personality disorders traits, the Scale of Control of Emotions, and the Scale of Mood Regulation by Bogdan Wojciszke to assess the tendencies in the regulation of mood. Multiple regression analysis was computed and path analysis to show the relationship between personality disorders traits and patterns of regulation of emotions. Results show that personality disorders traits from Cluster B are associated with a tendency to lower control of depression while from Cluster C higher control of depression. The tendency to decrease mood is related to the personalities from the Cluster C while Cluster A disorders are associated with a lower tendency to increase mood. In general, people with personality disorders traits do not display a high tendency to increase mood.

Keywords: personality disorders; control of emotions; increasing of mood; decreasing of mood