

## ZWIĄZEK POCZUCIA CIAŁA Z AUTODESTRUKCJĄ U OSÓB BORDERLINE<sup>1</sup>

**Olga Sakson-Obada**

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

### THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY SENSE AND SELF-DESTRUCTION OF THE BORDERLINE PERSONS

**Summary.** The article presents results and discussion of empirical data which evaluated a relationship between self-destructiveness and sense of body in borderline group. The authoress while presenting psychological mechanisms which underlie borderline pathology (e.g. splitting, fear of boundary loss, sense of emptiness) considers their impact on the sense of body. The proposed hypothesis is that disturbances in one's sense of body such as: change in self-boundary perception, sense of inner emptiness, dissociation experiences, altered perception and loss of control of bodily states and negative attitude towards one's body may contribute to undertake self-destructive acts. While commenting the results of study, authoress interprets self inflicted pain as defence from psychotic desintegration.

### Wstęp

Osoby borderline należą do bodajże najbardziej autodestruktywnej grupy pacjentów leżonej na oddziałach psychiatrycznych. Można wręcz powiedzieć, że zachowania skierowane przeciwko własnemu życiu bądź zdrowiu stają się czymś na kształt znaku wyróżniającego osoby z tym rozpoznaniem spośród reszty chorych. Próby samobójcze, nacinanie własnej skóry, głodzenie współwystępujące z objadaniem, a także uzależnienie od narkotyków to bodajże najczęściej stwierdzane (oprócz krótkotrwałych regresji psychotycznych) przyczyny pobytu tych pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. Ponieważ większość z nas stara się unikać bólu i ponadto wybiera życie zamiast śmierci, tym bardziej zadziwia fakt, iż niektórzy ludzie podejmują akty polegające na zadawaniu sobie fizycznego cierpienia. Zważywszy, iż lęk przed doświadczeniem bólu pozwala omijać wiele potencjalnie niebezpiecznych sytuacji, intrygującym problemem jest

---

<sup>1</sup> Artykuł został napisany na podstawie nieopublikowanej pracy magisterskiej o tym samym tytule (Sakson, 2002).

utrata tej podstawowej obawy, która czasami zostaje wręcz zniesiona przez pragnienie doświadczenia fizycznego cierpienia. Za każdym razem, gdy ciało staje się obiektem bezpośredniego (samouszkodzenia) czy pośredniego ataku (np. objadanie przeplatające się z prowokowaniem wymiotów) można zadać pytanie, co doprowadziło do takiej sytuacji oraz jak ta ważna, fizyczna część naszego Ja jest doświadczana przez samą jednostkę.

Prawidłowo ustanowiona relacja między ciałem i umysłem pozwala doświadczyć stanu, który E. H. Erikson (1966) opisał jako „czucie się we własnym ciele jak u siebie w domu”. Osiągnięcie takiej postawy wobec własnej fizyczności jest możliwe, jeśli funkcjonowanie fizycznej części własnego ja odznacza się stałością i spójnością z psychologicznym doświadczeniem. To tak, jakby dopasowanie organicznych czy fizjologicznych reakcji do tego, co myślimy o własnym przeżywaniu, pozwalało przypisać ciału rolę sprawnie funkcjonującego aparatu, który dopóki działa zgodnie z naszymi oczekiwaniami, nie wymaga specjalnego zainteresowania. Zrozumienie doznań płynących z ciała oraz ich integracja z doświadczeniem psychologicznym otwiera dostęp do poczucia, które zarówno T. S. Szasz (1957) jak i E. H. Erikson (op.cit.) nazywają cichym dobrostanem (*well-being*), a które E. Torras de Bea (1985) określa jako „uczucie bycia we własnej osobie” (*feeling of oneself*). Zdarza się jednak, że ta równowaga zostaje zachwiana, a konflikty doświadczane w ramach psychiki, przekładają się na zaburzone funkcjonowanie ciała, wtedy też reakcje ciała nie są ani przyjemne, ani bezpieczne. W swojej pracy chciałabym postawić hipotezę, iż niektóre zaburzone procesy funkcjonowania psychologicznego pacjentów borderline mogą znaleźć swoje odzwierciedlenie w nieprawidłowym poczuciu własnego ciała, co z kolei może pozostawać w związku z zachowaniami autodestruktywnymi, podejmowanymi przez tych pacjentów. Poniżej zostaną przedstawione wybrane aspekty funkcjonowania psychologicznego, które mogą wpływać na zmienione doświadczanie ciała przez osoby z pogranicza. W następnej kolejności zarysuję związek między zaburzeniami w obrębie Ja-fizycznego i tendencją do podejmowania zachowań autodestruktywnych.

### **Patologia borderline – przedstawienie wybranych zagadnień**

Spostrzeganie rzeczywistości przez osoby borderline jest znacznie zniekształcone przez prymitywne mechanizmy obronne. Rozszczepienie jest w tej strukturze osobowości mechanizmem kluczowym, dookoła którego konstytuowane są inne obrony, takie jak identyfikacja projekcyjna, dewaluacja, onnipotencja czy zaprzeczenie (Kernberg, 1967, 1976, 1990; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999). Rozszczepienie jest konsekwencją niepowodzenia procesu integracji przeciwstawnych afektywnie reprezentacji ja oraz przeciwstawnych afektywnie reprezentacji obiektu (Kernberg, 1976). Działanie tego mechanizmu uniemożliwia utworzenie adekwatnego, spójnego i wyważonego obrazu siebie oraz innych osób. W konsekwencji inni ludzie (oraz sam podmiot) są spostrzegani w sposób bardzo nierealistyczny, czyli albo jako całkowicie źli, wrodzy czy nienawistni albo jako bezgranicznie dobrzy, zaspokajający czy wszechmocni. Ten sposób doświadczania świata jest bliższy spostrzeganiu rzeczywistości przez małe dziecko (do około 36 miesięcy życia). W tym wczesnym okresie matka nie jest doświadczana jako osoba „nosząca w sobie” zarówno cechy pozytywne, jak i negatywne, lecz jako ktoś, kto jest albo całkowicie dobry i zaspokajający albo krańcowo zły i zagrażający. Dopiero stopniowo dziecko podejmuje próby integrowania opozycyjnych doświadczeń, co nie jest zadaniem łatwym, gdyż łączenie



przeciwieństw (reprezentacji „dobrych” obsadzonych libido z reprezentacjami „złymi”, obsadzonymi agresją) powoduje doznanie konfliktu i, w konsekwencji, wzrost napięcia oraz lęku (Kernberg, 1976)<sup>2</sup>.

Osoby borderline, ponosząc fiasko w próbach stworzenia spójnego, zintegrowanego obrazu siebie i innych ludzi, doświadczają rzeczywistość przez pryzmat krańcowych, wszechogarniających afektów. Działanie rozszczepienia sprawia, iż bardziej subtelne, stonowane uczucia są tym osobom zupełnie obce, gdyż w ich wewnętrznym świecie miłość i nienawiść istnieją osobno. Można powiedzieć, iż osoby z pogranicza spostrzegają siebie i świat przez pryzmat dwóch przeciwstawnych kolorów: czerni lub bieli; natomiast różne odcienie szarości, będące konsekwencją spotkania się dwóch przeciwstawnych jakości, są im zupełnie niedostępne.

Obronne działanie rozszczepienia polega na ochronie idealizowanej „dobrej” reprezentacji przed reprezentacjami wrogimi – „złymi”, które są na tyle silne i wszechogarniające, iż ich integracja z „idealizowanymi”, ale i kruchymi aspektami ja i obiektu zrodziłaby zbyt silny lęk przed unicestwieniem tych ostatnich (Kernberg, op.cit., s. 49)<sup>3</sup>. O. Kernberg (1976, s. 48) wymienia dwa czynniki, mające według niego istotne znaczenia dla utrzymania rozszczepienia jako dominującej obrony. Po pierwsze, wskazuje na czynniki konstytucjonalne, sprawiające, iż popęd związany z agresją jest u tych osób wyjątkowo silny (pozytywne introjekty<sup>4</sup> są „zbyt słabe” w porównaniu z negatywnymi introjektami, aby mogło dojść do ich integracji). Po drugie zakłada, iż nadmierna frustracja spowodowana patologicznymi relacjami w rodzinie może wpływać na budowanie nasyconych agresją reprezentacji, które przeważają nad tymi, opartymi na miłości i dobrych doświadczeniach.

Znaczenie drugiego czynnika zostało potwierdzone przez A. Golomba (1994), którego badania wykazały, że osoby z pogranicza były w dzieciństwie często pozbawione adekwatnej opieki opartej na poczuciu bezpieczeństwa i empatycznym zrozumieniu, które powinny być wpisane w relację z opiekunem. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż matki pacjentów borderline, miały tendencję do traktowania swoich dzieci w egocentryczny sposób, czyli bardziej przez pryzmat własnych projekcji, niż potrzeb wyrażanych przez dziecko. Wykazano również, iż dzieciństwo pacjentów obfitowało w wiele sytuacji stresujących i traumatycznych. Do sytuacji szczególnie obciążających zaliczono: a) duże nasilenie konfliktów między rodzicami, b) opuszczenie rodziny przez ojca, c) problemy finansowe. Okazało się także, iż w dzieciństwie tych osób

<sup>2</sup> Według O. Kernberga (1976, s. 70) w normatywnym rozwoju, mechanizm rozszczepienia zostaje stopniowo zastępowany przez mechanizm wyparcia, którego działanie umożliwia dokonanie integracji afektywnie przeciwstawnych reprezentacji. Reprezentacje krańcowo wrogie, budzące zbyt silny lęk lub nadmierne poczucie winy, których działanie zakłócałoby proces integracji, zostają wyparte i tracą tym samym dostęp do świadomości.

<sup>3</sup> Wydaje się prawdopodobne, iż integracja opozycyjnych reprezentacji jest możliwa wtedy, gdy pozytywne doświadczenia znacznie przeważają nad negatywnymi. Jeśli opieka macierzyńska zapewnia nie tylko zaspokojenie potrzeb, ale także daje doświadczenie bycia kochanym i chcianym, wtedy dziecko jest w stanie „stawić czoła” próbom integracji. Może wytworzyć w sobie poczucie, iż matka, która generalnie jest troskliwa i dobra czasem jest frustrująca i karząca. Świadomość i pamięć wielu dobrych doświadczeń pozwala przyjąć i wkomponować w reprezentację obiektu również jego nieprzyjemne aspekty.

<sup>4</sup> Introjeksja jest najwcześniejszym sposobem internalizacji i, w przeciwieństwie do identyfikacji, ma miejsce gdy nie zostało jeszcze ostatecznie ustanowione rozróżnienie między self i obiektem. Jednocześnie wczesne introjekty są zabarwione intensywnymi afektami, co także odróżnia je od identyfikacji, które są bardziej wybiórcze (dotyczą roli jaką pełni druga osoba lub podmiot pozostający z nią w interakcji) i stonowane (afekt jest bardziej stonowany i zróżnicowany) (Kernberg, 1967).

częściej mają miejsce: a) wykorzystania seksualne, b) przemoc, c) przerwanie przywiązania (op. cit.). Wszystkie wymienione czynniki sprawiają, iż opieka oraz dostępność emocjonalna matki mogła być znacznie utrudniona, gdyż ona sama borykała się z wieloma problemami, zaś najbliższe środowisko osób borderline cechowało się wyjątkową niestabilnością i brakiem bezpieczeństwa.

Patologiczne funkcjonowanie osób borderline znajduje swoje odzwierciedlenie w stosowaniu **identyfikacji projekcyjnej**, mechanizmu, który jest w głównej mierze konsekwencją rozszczepienia. O. Kernberg (1990), opisując tę obronę, wskazuje na „włączenie” w aktualną relację, przeszłych i prymitywnych relacji z obiektem. Identyfikacja projekcyjna zakłada wyprojektowanie zagrażających aspektów na realnie istniejącą osobę oraz kontrolowanie jej zgodnie z „umieszczoną” w niej treścią. Należy jednak zaznaczyć, iż pacjent z pogranicza nie zdaje sobie sprawy, iż jego przeszłość zawładnęła teraźniejszością; tak więc nagle (bez „obiektywnie istniejących” przyczyn) może na przykład doświadczyć poczucia zmieszania, spowodowanego wszechogarniającym lękiem przed unicestwieniem, którego mógłby dokonać na przykład terapeuta (por.: Jakubczyk, Żechowski, Namysłowska, 2000). Doznania tego typu są konsekwencją włączenia w obecną relację, dawnych i wrogich introjektów, których świadomość jest na tyle zagrażająca, iż niezbędne staje się pozbycie tych aspektów przez „umieszczenie” ich w drugiej osobie. Jednocześnie zachowania osoby borderline zmierzają do „wytworzenia presji” w „odbiorcy”, aby zachowywał się, myślał czy czuł, w sposób odpowiadający zaszczepionej projekcji.

W swojej najnowszej książce O. Kernberg (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999) wskazuje na jeszcze inny aspekt identyfikacji projekcyjnej, który opiera się na ciągłej zmianie ról, dokonywanej przez osobę borderline w relacji z terapeutą. Aby lepiej zrozumieć ten mechanizm należy przedstawić pojęcie „diady”. Mianem tym jest określana reprezentacja relacji z obiektem, w której silny afekt obejmujący reprezentację self (np. bezbronne, wściekle dziecko) jest połączony z konkretną reprezentacją obiektu (np. kontrolującego, sadystycznego rodzica). Osoba stosująca identyfikację projekcyjną nie tylko projektuje na drugą osobę daną reprezentację obiektu (sama odgrywając komplementarną reprezentację self), ale co jakiś czas, introjektuje tę reprezentację, przypisując z kolei terapeutę reprezentację self. Ten proces ciągłej zmiany ról, prowadzi do poczucia zmieszania i jednocześnie utrudnia różnicowanie między ja i osobą uwikłaną w ten proces. Towarzyszy temu **całkowite poczucie zmieszania i konfuzji** w danej relacji interpersonalnej (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999). Należy zaznaczyć, że działanie identyfikacji projekcyjnej zakłada, z jednej strony, pewne zamazanie granic podmiotu projektującego (utrzymującego iluzję, iż odbiorca dzieli te same uczucia) z drugiej zaś istnienie rozgraniczenia (między ja i obiektem) pozwalającego „wprowadzić” w obiekt negatywny aspekt relacji (Kernberg, 1990). Osoby używające tego mechanizmu są w specyficzny sposób „połączone” z obiektem, co w przypadku pacjentów z pogranicza oznacza stan regresji (Kernberg, op.cit.) i zakłada, iż osoby o opisywanej strukturze osobowości osiągnęły etap zróżnicowania siebie od obiektu<sup>5</sup>.

Niepewność własnych granic, przejawiająca się w identyfikacji projekcyjnej doznaniem zmieszania i konfuzji w relacji z drugą osobą znajduje również swoje odzwierciedlenie w prze-

<sup>5</sup> O. Kernberg przyjmuje, iż stosowanie identyfikacji projekcyjnej różnicuje strukturę neurotyczną od borderline i psychotycznej. Osoby o neurotycznej strukturze charakteru nie posługują się ww. mechanizmem, zamiast którego stosują bardziej dojrzały mechanizm projekcji, oparty na wyparciu. Z kolei podanie interpretacji związanej ze stosowaniem identyfikacji projekcyjnej wzmacnia funkcjonowanie ego pacjentów borderline, natomiast w przypadku pacjentów psychotycznych, przynosi odwrotny skutek (pogorszenie testowania rzeczywistości) (Kernberg, 1984, 1990).



żywanym przez osoby borderline **lęku przed fuzją** (Leichsenring, 1999; Sokolik, 1994; Sokolik, 1991). Osoby z pogranicza pragną przeżyć całkowite połączenie, doznać „stopienia” własnego ja z ja drugiej osoby. Pragnienia symbiotyczne są przeżywane w stosunku do osób, które na skutek działającego rozszczepienia (prowadzącego w tym przypadku do prymitywnej idealizacji) są spostrzegane jako całkowicie doskonałe i onnipotentne. Jednocześnie, opisanym powyżej pragnieniem towarzyszy silny lęk przed zatraceniem własnego Ja, gdyż fuzja jest równoznaczna ze zniknięciem, „rozmyciem” własnej tożsamości (Sokolik, 1994; Sokolik, 1991). Pacjenci borderline są zatem uwikłani w nieustający konflikt między chęcią połączenia się z drugą osobą a lękiem przed unicestwieniem własnego Ja. Pragnienia symbiotyczne wynikają ze spostrzegania innego człowieka przez pryzmat nierealistycznych, idealizowanych reprezentacji. Dopóki istnieje nadzieja na spełnienie tych oczekiwań, drugi człowiek jest traktowany bardziej jako obdarzony boskimi właściwościami wybawca, niż ktoś posiadający wady i ograniczenia. I chociaż partner staje się obrońcą przed wrogim światem (którego spostrzeganie jest konsekwencją własnych projekcji) związek z nim nie jest oparty na miłości, lecz na chęci zagarnięcia (posiadania na wyłączność) i wykorzystania. Dlatego też osoba dotąd podziwiana zostaje uznana za bezwartościową, jeśli nie zaspokaja nierealistycznych oczekiwań. Stąd dewaluacja jest nieuchronną konsekwencją idealizacji i onnipotencji. Dewaluacja, zakładająca uznanie, dotąd podziwianej osoby, za bezużyteczną i w konsekwencji nieważną, chroni przed włączeniem w relację negatywnych introjektów, które mogłyby uczynić (co czasem ma miejsce) z tej osoby wrogi, zagrażający obiekt (por.: Kernberg, 1995). Jeśli wrogie introjekty zagarną doświadczenie osoby z pogranicza, może dojść do regresji paranoidalnej, która z reguły jest krótkotrwała (Kernberg, 1967).

Obroną przed wtargnięciem krańcowo wrogich introjektów w obszar doświadczenia, może być, według L. Lafarage (1989) **doznanie pustki** czy całkowitej martwoty. Doznania tego typu są traktowane przez tę autorkę jako jedna z ostatecznych obron przed regresją w kierunku psychozy. Poczucie pustki, wewnętrznego zdrewnienia, „bycia drewnianym” jest, według niej konsekwencją stosowania identyfikacji projekcyjnej, która nadmiernie używana, prowadzi do stanu „opróżnienia własnego ja” ze świata obiektów, uczuć czy emocji (op. cit.). Jednocześnie, dojmującym doznaniami pustki towarzyszy somatyzacja, zachowania typu *acting-out* oraz specyficzne zniekształcenia w zakresie poznania (niemożność uruchomienia fantazjowania, doświadczanie czasu jako zastygłego, pozbawionego swojej dynamiki czy płynności). Należy dodać, iż O. Kernberg (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999) również opisuje poczucie pustki jako jedno z tych doznań, które szczególnie często pojawia się w obszarze doświadczania pacjentów z pogranicza. Jednak nie opisuje tego poczucia w kategoriach obrony, lecz jako jeden z przejawów dyfuzji tożsamości.

Osoby z pogranicza, ponosząc fiasko w ustanowieniu wyparcia, doświadczają siebie oraz rzeczywistości przez pryzmat nierealistycznych reprezentacji, wypełnionych prymitywnymi i krańcowymi afektami. Jednocześnie treści, które w przypadku osób o neurotycznej strukturze osobowości pozostają nieświadome, mają łatwy dostęp do świadomości pacjentów z pogranicza. Brak ustanowienia silnych granic pomiędzy nieświadomością a świadomością znajduje swoje odzwierciedlenie w doświadczanych przez te osoby **pseudohalucynacjach**, które w odróżnieniu od halucynacji (te są typowe dla stanów psychotycznych) „(...) nie są w stanie stać się pełnym spostrzeżeniem (*full perception*), w swojej jakości nie są w pełni zmysłowe (*fully sensorial*) (...) a pacjent jest świadomy, że wynikają one z patologii (...) a głosy/obrazy/ doznania dotykowe nie są przez niego traktowane jako prawdziwe, zewnętrzne zjawiska” (Clarkin, Yeomans, Kernberg,

1999, s. 21-22). Inaczej mówiąc w obszarze doświadczenia tych osób pojawiają się doznania o charakterze zmysłowym, a nawet cielesnym, które, zgodnie z powyższym cytatem, mogą być rozpoznane jako wytwór własnego umysłu, a nie na przykład oddziaływania innych ludzi. W tym sensie zostaje zachowany krytycyzm wobec tego, co jest doznawane. Pseudohalucynacje, będące wyrazem „włamania się” procesu pierwotnego do świadomego doświadczania, sprawiają, iż wewnętrzny świat pacjentów z pogranicza może zostać zagarnięty przez „nieopracowane impulsy o charakterze marzeń sennych”, wobec których podmiot zostaje całkowicie bezradny (Kernberg, za: Sokolik, 1994; Sokolik, 1991). Można powiedzieć, iż treści, które snią się neurotykowi osobie borderline są dostępne na jawie, chociaż w przeciwieństwie do psychotyków osoby z pogranicza zachowują do nich, jeśli nie całkowity, to przynajmniej częściowy krytycyzm.

Wyżej opisane stany psychologiczne znacznie odbiegają od tego, co określamy mianem „normalnych doznań”. Każde z nich zakłada zniekształcone spostrzeganie siebie bądź rzeczywistości. Życie psychologiczne ustrukturuwane przez mechanizm rozszczepienia, lęk przed utratą własnych granic, splątanie z obiektem (jako konsekwencji stosowania mechanizmu identyfikacji projekcyjnej), doznania pustki, najprawdopodobniej niosą ze sobą doświadczenie nierealności własnego istnienia. W następnej części zostanie rozważony wpływ wyżej wymienionych procesów na poczucie ciała osób z pogranicza.

### **Funkcjonowanie psychologiczne osób z pogranicza a poczucie własnego ciała**

Kategoria „poczucia” odsyła nas do obszaru subiektywnego doświadczenia. W tym obszarze najważniejszym kryterium rozstrzygającym o prawdziwości danego zjawiska jest nie tyle zewnętrznie obserwowana zmiana, lecz własne – wewnętrzne doświadczenie, które może być całkowicie odmienne od „obiektywnie spostrzeganej” rzeczywistości. Poczucie własnego ciała odnosi nas zatem do sposobu, w jaki jest ono spostrzegane, odbierane czy doświadczane. Zaburzone funkcjonowanie psychologiczne osób borderline zniekształca spostrzeganie siebie oraz, jak zakładam, może wpływać na zaburzone poczucie własnego ciała.

Działanie mechanizmu rozszczepienia sprawia, iż doświadczenie osób z pogranicza jest zagarniane przez wrogie i okrutne introjekty, powodujące bardzo duże napięcie związane z pojawieniem się negatywnego afektu. I. Orbach (Orbach, Lotem-Peleg, Kedem, 1995), podobnie jak O. Kernberg (1993), zakłada, iż stosowanie rozszczepienia jest próbą radzenia sobie z lękiem, który mógłby powstać, gdyby dwie przeciwstawne afektywnie reprezentacje self (oraz obiektu) uległy integracji. Według Orbacha, stosowanie tego mechanizmu może prowadzić do znaczącej **dysocjacji self i ciała** (op. cit.). Jeśli uruchomieniu przeszłej, prymitywnej relacji z obiektem (diady) towarzyszy mechanizm dysocjacji, następuje swego rodzaju rozłam w obrębie Ja. Ciało przyjmuje status przedmiotu, na który są rzutowane negatywne (odszczerpione) reprezentacje self bądź obiektu, stając się czymś obcym lub wręcz zniechęconym (Maltzberger, za: Orbach, Lotem-Peleg, Kedem, 1995). Inaczej mówiąc negatywne treści psychologiczne „są przekładane” na język ciała (zostają w nim umieszczone), a nienawiść do siebie (bądź obiektu) zostaje zamieniona na nienawiść do fizycznej części własnego Ja. W tym sensie możemy mówić o rozdźwięku czy dysocjacji w ramach Ja, w której linia podziału przebiega między self a własnym ciałem, które zaczyna być traktowane jako obca, wroga część siebie.



I. Orbach (1994) zakłada, iż dysocjacja może także przyjąć postać całkowitego zdystansowania się do własnego ciała, prowadzącego nawet do zniesienia czucia jego powierzchni. U podłoża zarówno tego typu dysocjacji, jak i tej opisywanej wcześniej, leżą najczęściej traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa obejmujące wykorzystania seksualne, porzucenie, przemoc fizyczną bądź psychiczną. Można by powiedzieć, iż ciało było tak dużym źródłem cierpień, iż jedynym rozwiązaniem było wycofanie czucia z jego powierzchni. Dysocjacja zostaje początkowo uruchomiona w obronie przed traumą, jednak może się utrzymywać w późniejszym życiu, stając się nawykowo stosowanym mechanizmem w sytuacjach rosnącego napięcia (Orbach i inni, w druku). O. Kernberg (1995) opisuje grupę pacjentów borderline, którzy na skutek wczesnych, traumatycznych przeżyć utracili zdolność do odczuwania przyjemności związanej z dotykiem. Przyjmując założenia Orbacha wydaje się prawdopodobne, iż u podłoża, opisywanej przez Kernberga, utraty zmysłowości własnej skóry leży mechanizm dysocjacji.

Cytowane wcześniej badania A. Golomba i innych (1994) wykazały, iż w dzieciństwie pacjentów borderline o wiele częściej odnajdujemy sytuacje traumatyczne, co pozwala postawić pytanie dotyczące stosowania przez tę grupę mechanizmu dysocjacji. Wspomniane wyżej badania rzuciły nowe światło na wczesną relację z matką, która w przypadku osób borderline miała tendencję do traktowania swojego dziecka w sposób egocentryczny i niedostrojony do jego potrzeb (op. cit.). Według wielu autorów (Anzieu, 1979; Moloney, 1957; Bruch, 1973) tylko adekwatna opieka pozwala dziecku doświadczyć realności własnych stanów somatycznych i psychicznych. Dzięki dopasowanym do potrzeb dziecka reakcjom matki, uczy się ono różnicować własne potrzeby. Według J. Lichtenberga (1978) sytuacja braku adekwatnej opieki wyzwała w dziecku stan wewnętrznego napięcia, który może spowodować zaprzeczenie realności własnych doznań (nawet tak podstawowych, jak głód czy sen). Tym samym jednostka nie potrafi rozpoznać czy i jaka potrzeba została wzbudzona oraz w którym momencie następuje jej zaspokojenie (problem w ustanowieniu kryterium przyjemności lub jej braku). Autor mówi tutaj o **„zaburzonym monitorowniu” własnych wewnętrznych stanów i potrzeb**. Opisywane dzieci, a później osoby dorosłe, mogą mieć trudności w określeniu na przykład: czy są zmęczone, mogą przez długi czas nic nie jeść, gdyż nie rozpoznają u siebie głodu lub objadać się do tego stopnia, aż zaczną odczuwać ból. Tracąc zdolność do określenia czego potrzebują, nie potrafią zrozumieć swojej wewnętrznej rzeczywistości (op.cit.).

Biorąc pod uwagę wyniki badań A. Golomba można się zastanawiać, czy w przypadku osób borderline, zaburzone zostaje rozpoznawanie zarówno stanów psychologicznych (jednak ta kwestia nie jest głównym przedmiotem zainteresowania w tej pracy), jak i tych najbardziej podstawowych – związanych z głodem, sytością czy zmęczeniem.

Stosowany przez osoby borderline mechanizm identyfikacji projekcyjnej oraz obecny w ich życiu lęk przed fuzją odsyła nas do pojęcia własnych granic. Stosowanie opisanej wcześniej obrony zakłada zachwianie granic podmiotu dokonującego projekcji, który utrzymuje iluzję, iż własne uczucia mogą zostać „zdeponowane” w drugiej osobie (Ogden, 1979). Kernberg opisuje poczucie całkowitego zmieszania i konfuzji przeżywanej przez pacjentów borderline w relacji z osobą, która została uwikłana w proces identyfikacji projekcyjnej. Można zatem rozważyć czy wyżej opisany mechanizm wpływa na **doświadczenie własnych granic**. Prawidłowo ustanowione poczucie własnej odrębności odzwierciedla się w spostrzeganiu powierzchni własnego ciała jako nieprzekraczalnej dla innych bariery. Jednocześnie nasza zewnętrzna granica, czyli skóra cechuje się pewną „grubością” i trwałością, dzięki której czujemy się odrębni od otoczenia

i na przykład nie traktujemy dotyku innych ludzi jako inwazji czy „penetracji”. Przeżywany przez osoby z pogranicza lęk przed fuzją zawiera obawę dotyczącą własnych granic psychologicznych. Wydaje się interesujące, jak pacjenci borderline doświadczają własnej **skóry**, która jest przecież najbardziej fizyczną barierą odgarniającą nas od reszty świata. Sebek pisze, iż osobom borderline towarzyszy poczucie przenikalności własnej skóry, niosące ze sobą uczucie przerażenia i chęci ucieczki (Sokolik, 1991, s. 37). To tak, jakby ich skóra przestawała być „chroniącą otoczką” (Anzieu, 1979), której odpowiednia grubość i odporność pozwala czuć się bezpiecznie we własnym ciele.

**Poczucie wewnętrznej pustki**, opisywane przez L. Lafarge (1989) samo w sobie zakłada zmienioną percepcję własnego ciała. Osoby doświadczające takiego stanu czują się wewnątrz martwe i puste; mogą mieć wrażenie, że ich ciało, będąc pozbawione wewnętrznej zawartości i żywotności, staje się „drewniane”, czy „wydrążone z własnego środka” (op.cit.).

Przedstawione powyżej związki między doświadczeniem psychologicznym a poczuciem własnego ciała są na tym etapie hipotezami, których weryfikacja zostanie zaprezentowana w dalszej części pracy. Każdy z powyższych opisów zakłada poczucie zatracania własnego Ja, jego oderwania od rzeczywistości. Zarówno spostrzeganie własnego ciała jako obcego przedmiotu lub zniechęcenie do własnego ja, poczucie niezrozumienia własnych stanów wewnętrznych, jak i doświadczenie rozmywania się własnych granic bądź uczucie wewnętrznej pustki, może czynić ciało miejscem szczególnie niezrozumiałym i nieprzewidywalnym. Opisane doznania mogą zostać „wzmocnione” przez pseudohalucynacje, które poprzez swój zmysłowy charakter mogą się przyczynić do zintensyfikowania opisanych wyżej doświadczeń.

### **Związek poczucia własnego ciała z autodestrukcją u osób borderline**

O. Kernberg (1993), opisując przypadki samookaleceń dokonywanych przez pacjentów borderline jednocześnie podkreśla, iż jest to najbardziej zaburzona grupa pacjentów, która w dzieciństwie doświadczyła wielu traumatycznych przeżyć. Życie psychologiczne tych osób jest przesiąknięte relacjami ze złym obiektem, a doświadczenia pozytywne, tworzące „dobrą” (obsadzoną libido) reprezentację self i obiektu, są wyjątkowo kruche i słabe. Tak więc dominujące emocje przeżywane przez te osoby to nienawiść oraz wściekłość, według wymienionego autora, będące zawsze konsekwencją zaznanego w przeszłości cierpienia (op. cit.). Właśnie ci pacjenci doznali w dzieciństwie nie tylko braku ukojenia, które powinno być wpisane w relację z opiekunem, ale przede wszystkim agresji pochodzącej od najbliższego otoczenia. Ponieważ ból i cierpienie związane z tymi wydarzeniami są niezwykle intensywne, w przypadku pacjentów opisywanych przez O. Kernberga (op. cit.) rozwiązaniem przynoszącym ulgę stało się przerwanie połączenia (na poziomie świadomości) między reprezentacją psychiczną doświadczenia i negatywnym afektem. Dlatego też osoby borderline, mogą doznawać silnego afektu (wzbudzonego na przykład przez z pozoru niewiele znaczącą sytuację) nie będąc świadomymi, iż została uruchomiona zaprzeczona, bardzo intensywna i bolesna relacja z obiektem. Afekt może zostać wyrażony przez zachowania typu *acting – out*, objawy somatyczne oraz zachowania autodestrukcyjne (op. cit.). Tak więc w momencie dokonywania aktów bezpośrednio autodestrukcyjnych w obszar doświadczenia pacjentów borderline wkraczają wszechogarniająco wrogie i okrutne introjekty powodujące bardzo duże napięcie. Jedną z możliwych dróg wyrażenia, a zarazem „wyrzucenia z siebie” tak obciążającego stanu jest atak na samego siebie.



Wyjaśnienia O. Kernberga otwierają drogę nowym rozważaniom, które mogą nas przybliżyć do zrozumienia sposobu, w jaki osoby borderline doświadczają własnego ciała. Wydaje się, że sytuacji dokonywania ataku na własne ciało towarzyszy **dysocjacja**, opisywany wcześniej „rozłam” w obrębie Ja, w którym podmiot staje się sprawcą ataku, natomiast ciało uzyskuje tożsamość przedmiotu – obiektu autoagresji. Należy zaznaczyć, iż wielu autorów wskazuje na konieczną alienację (dysocjację) ciała od części self dokonującej autoagresji (Kernberg, 1993; Maltzberger, za: Orbach, Lotem-Peleg, Kedem, 1995; Miller, Bashkin, 1974; Orbach, Stein, Shani-Sela, Har-Even, w druku).

Analiza literatury wskazuje, iż sytuacjom dostarczania sobie bólu może towarzyszyć nie tylko nienawiść (na którą wskazywał Kernberg), ale także poczucie wewnętrznej martwoty, pustki czy nierealności własnego istnienia (Lafarage, 1989; Suchańska, 1998). Opisy te eksponowały poczucie zatracania własnego Ja, można by powiedzieć wytrącenia z rzeczywistości, które może, lecz nie musi, zostać spowodowane wtargnięciem nienawiści w obszar doświadczenia. Anna Suchańska w swojej książce dotyczącej autodestrukcji wskazuje, iż zadawanie sobie bólu może wzmacniać poczucie realności, umożliwić „pozbycie się” doznania pustki czy depresji. W takich przypadkach jest to bodajże najbardziej ostateczna i rozpaczliwa obrona przed utratą samego siebie, swojego Ja. I w tym sensie doświadczanie bólu może być (paradoksalnie) próbą „ochrony swojego życia i przetrwania” (Suchańska 1998, s. 29). I chociaż O. Kernberg podkreślał znaczenie nienawiści dla autodestrukcji osób z pogranicza, to wydawało się równie możliwe, że doznanie oderwania się od rzeczywistości może być konsekwencją innych procesów, którym może towarzyszyć zmienione doświadczenie własnej cielesności (np. poczucie zatracania własnych granic, doznanie pustki, pseudohalucynacje). Zadawanie sobie bólu byłoby tym rodzajem samostymulacji, która pozwala na powrót do rzeczywistości. Oczywiście doświadczenie bólu jest tylko jednym ze sposobów ratowania własnego Ja przed popadnięciem w stan całkowitego chaosu czy zmieszania. Funkcję taką mogą spełniać inne doznania, na przykład bardzo głośne słuchanie muzyki lub podjęcie działań bardzo ryzykownych, balansujących na granicy śmierci. Wspólnym mianownikiem tych zachowań byłaby próba ratowania własnego Ja przed doznaniem całkowitego chaosu, być może nawet przed popadnięciem w psychozę<sup>6</sup> (por.: Miller, Bashkin, 1974). Można więc postawić hipotezę, iż samookaleczenia należą do szerszej grupy zachowań, które mogą spełniać wyżej opisaną funkcję.

### Badania własne

W przedstawionych rozważaniach zostały opisane te aspekty funkcjonowania psychologicznego, które według mnie pozwalają postawić hipotezę, iż badana grupa pacjentów może doświadczać własnego ciała w zmieniony sposób. Zatem szczególnie istotna stała się dla mnie odpowiedź na pytanie, jak pacjenci borderline doświadczają różnych aspektów fizycznej części własnego Ja. Ponadto uznałam za ważne sprawdzenie, czy istnieją powiązania między relacjonowanym poczuciem własnego ciała a zachowaniami skierowanymi przeciwko niemu, to jest aktami autodestrukcji.

<sup>6</sup> Krótkotrwała regresja psychotyczna pacjentów borderline może być spowodowana ciężkim stresem, wpływem alkoholu bądź narkotyków, może także wystąpić podczas terapii, przyjmując wówczas postać psychozy przeniesieniowej (ograniczonej do sytuacji leczenia). Objawy psychotyczne tych pacjentów z reguły ustępują po krótkim okresie leczenia (Kernberg, 1967).

**Pytania badawcze.** Postawiono dwa ogólne i sześć szczegółowych pytań badawczych:

A. Czy osoby borderline doświadczają swojego ciała w zmieniony sposób w porównaniu do osób należących do grupy kontrolnej?

Czy istnieją różnice związane ze spostrzeganiem własnego ciała w zakresie różnych jego aspektów między osobami borderline a osobami nie-borderline:

1. Czy osoby borderline częściej doświadczają dysocjacji?
2. Czy osoby borderline częściej doświadczają problemów z rozpoznawaniem i kontrolowaniem własnych stanów wewnętrznych?
3. Czy osoby borderline częściej doświadczają zmienionych granic swojego ciała?
4. Czy osoby borderline częściej doświadczają stanów braku wewnętrznej treści?
5. Czy osoby borderline mają negatywny stosunek do własnego ciała?

B. Czy istnieje związek między zmienionym poczuciem własnego ciała a zachowaniami autodestruktywnymi podejmowanymi przez osoby borderline.

**Opis narzędzi i badanej grupy.** W przeprowadzonych badaniach zostały wykorzystane dwa narzędzia badawcze: „Inwentarz osobowości pogranicznej” oraz „Kwestionariusz badający poczucie własnego ciała”.

Kwestionariusz „Inwentarz osobowości pogranicznej” został skonstruowany przez Falka Leichsenringa (1999) w oparciu o teorię Otto Kernberga opisującą organizację osobowości borderline. Kwestionariusz zawierający 51 twierdzeń, składa się z czterech podskal badających: a) dyfuzję tożsamości, b) prymitywne mechanizmy obronne, c) testowanie rzeczywistości, d) lęk przed fuzją. Osoba badana określa odpowiedź: tak (jeśli zgadza się z danym twierdzeniem) lub odpowiedź: nie (jeśli stwierdza, że dane twierdzenie jej nie dotyczy). Udzielenie przez osobę badaną diagnostycznych odpowiedzi na więcej niż 20 twierdzeń umożliwia postawienie hipotezy o osobowości borderline<sup>7</sup>.

Drugim narzędziem badawczym był, stworzony przez autorkę, „Kwestionariusz badający poczucie własnego ciała”. Kwestionariusz jest wersją eksperymentalną i był stosowany po raz pierwszy<sup>8</sup>. Poniżej przedstawię bardziej szczegółowo drugie z wymienionych narzędzi, gdyż chciałabym przybliżyć sposób, w jaki ujmowane jest „poczucie własnego ciała” w tej pracy.

Kwestionariusz zawiera 52 twierdzenia, 43 jest mojego autorstwa, zaś 9 zostało zaczerpniętych z kwestionariusza Chapman & Chapman (1987) pt.: *Body Image Abberation Scale in Schizophrenia*. Osoba badana zaznaczała swoją odpowiedź na pięciostopniowej skali typu likertowskiego (1 pkt został przyznawany, gdy osoba nie zgadza się z danym twierdzeniem lub gdy uważa, iż nigdy nie doświadczyła opisanej sytuacji; 2 pkt, gdy osoba raczej się zgadza lub gdy uważa iż rzadko doświadcza danej sytuacji; 3 pkt, gdy osoba jest niezdecydowana lub gdy czasem zdarza się jej opisana sytuacja; 4 pkt, gdy osoba raczej zgadza się lub gdy dana sytuacja zdarza się jej dość często; 5 pkt, gdy osoba całkowicie zgadza się lub gdy doświadcza danej sytuacji bardzo często). Kwestionariusz składa się z pięciu podskal, które zostały wyodrębnione na podstawie analizy literatury. Poniżej przedstawię i zdefiniuję pojęcia, będące zarazem nazwami poszczególnych podskal.

<sup>7</sup> Należy zaznaczyć, iż opisywany kwestionariusz nie przeszedł adaptacji do polskich warunków kulturowych, a wynik progowy (20 pkt) został ustalony dla populacji niemieckiej.

<sup>8</sup> Narzędzie zostało skonstruowane na potrzeby pracy magisterskiej i w całości znajduje się tamże (Sakson, 2002).



### (1) Dysocjacja wraz ze zmienioną percepcją własnego ciała (16 pytań)

Dysocjacja jest tutaj rozumiana za I. Orbachem (1994, 1995) jako: *oderwanie self od ciała (detachment)*. Dysocjacja może przyjąć dwojaką postać:

- A. Doświadczanie własnego ciała w sposób zmieniony, wzbudzający negatywne emocje (10 pytań) (Orbach, 1994, 1995). Ciało jest w takiej sytuacji traktowane jako „zły obiekt”. Wtedy też wygląd bądź funkcjonowanie ciała może być oceniane jako obce, niezrozumiałe i przez to groźne lub zniechęcające.

Przykładowe twierdzenia:

- „Czasem boję się spojrzeć w lustro, gdyż boję się tego, co mogłabym tam zobaczyć”.
- „Czasem wydaje mi się, że moje ciało zostało ogarnięte przez jakieś złe siły”.
- „Czasem czuję, że to czego pragnie moje ciało jest grzeszne i złe”.
- „Są takie chwile gdy czuję, że ciało mi ciąży lub mi przeszkadza, co wzbudza we mnie wiele złości”.

- B. Dysocjacja może także przyjąć postać całkowitego zdystansowania się wobec ciała lub/i zniesienia czucia z jego powierzchni (6 pytań) (Orbach, op. cit.). Można powiedzieć, że zostaje wtedy wycofana cała kateksja i zmysłowość, a ciało staje się bardziej przedmiotem niż żywą częścią Ja.

Przykładowe twierdzenia są następujące:

- „Czasem czuję się odłączona od reszty ciała, tak jakby ono nie należało do mnie”.
- „Zdarza mi się patrzeć na własne ciało jak na obcy, niezrozumiały przedmiot”.

### (2) Rozpoznawanie stanów wewnętrznych i ich kontrola (10 pytań)

Powyższa umiejętność jest tutaj rozumiana jako zdolność do odczytywania sygnałów pochodzących z organizmu, świadczących o wzbudzeniu lub zaspokojeniu potrzeby biologicznej.

Przykładowe twierdzenia:

- „Zdarza mi się, że nie potrafię rozpoznać, czy już jestem najedzona”.
- „Moje ciało zaskakuje mnie bądź niepokoi w niektórych swoich reakcjach”.
- „Czasem nie rozumiem reakcji wysyłanych przez moje ciało (np. nie wiem czy jestem głodna, czy zmęczona, czy znudzona itd.)”.

### (3) Poczucie własnych granic (12 pytań)

Granica jest tutaj rozumiana jako poczucie odgraniczenia siebie od innych ludzi i przedmiotów. Doświadczenie odrębności wynika z traktowania własnej skóry jako nieprzekraczalnej dla innych „bariery” będącej, jak pisał J. Moloney definiując *skin ego*<sup>9</sup>, „zapamiętanym schematem własnej skóry (...) powierzchni własnego ciała, który z kolei dostarcza dokładnego obrazu tego, co nie jest jego częścią” (Moloney, 1957, s. 327). Zaburzone poczucie granic cechuje się, można by powiedzieć, „nieszczelnością”, wtedy też skóra przestaje być „chroniącą, domkniętą otoczką” (Anzieu, 1979) zabezpieczającą przed intruzją zewnętrznego świata.

Przykładowe twierdzenia zawarte w tej podskali brzmiały:

- „Czasem miewam wątpliwości dotyczące granic mojego ciała”.

<sup>9</sup> Odróżnianie Ja od tego co już do Ja nie należy jest jednym z zadań ego. J. Moloney dowodzi, iż rozpoznanie granicy między podmiotem a światem zewnętrznym jest równoznaczne z rozpoznaniem własnej skóry jako nieprzekraczalnej dla innych bariery. Ponieważ „wyznaczenie” własnych granic jest pierwszym krokiem wprowadzającym dziecko w testowanie rzeczywistości, w literaturze wyróżnia się tzw. *skin ego* – ego skórne, powstające m.in. na podstawie doświadczeń pochodzących z powierzchni ciała (Moloney, 1957).

- „Zdarza mi się mieć poczucie, że tylko moja skóra odgranicza mnie od reszty świata”.
- „Czasem marzę o zlaniu się z jedną osobą tak, aby stanowić z nią jedność”.
- „Czasem czuję, że gdy ktoś mnie dotyka to tak, jakby wkraczał do mojego prywatnego świata”.

**(4) Poczucie braku wewnętrznej treści (3 pytania)**

Brak wewnętrznej treści jest rozumiane za: L. Lafarage (1989) i M. Sokolik (1998) jako doświadczenie wewnętrznej martwoty czy pustki.

Twierdzenia, które znalazły się w tej podskali:

- „Czasem czuję się wewnętrznie martwa”.
- „Zdarza mi się czuć wewnętrzną pustkę, tak jakbym była pustym naczyniem pozbawionym swojej zawartości”.
- „Czasem mam wrażenie, że wewnątrz mnie nic nie ma, tak jakbym została wydrążona z własnego środka”.

**(5) Stosunek do własnego ciała (11 pytań)**

Powyższa podskala składa się z trzech aspektów:

1. Emocjonalnego stosunku (5 pytań) wyrażonego w postaci: „lubię”, „nie lubię”, „nienawidzę”, „odpowiada mi wygląd mojego ciała” bądź „chciałabym go zmienić”.

Przykładowe twierdzenia:

- „Moje ciało jest dla mnie źródłem wielu miłych doznań”.
- „Lubię swój wygląd, choć wiem, że nie jest doskonały”.

2. Zdolności do rozpoznania zagrożenia oraz dyskomfortu, a także podjęcia działań wyrażających troskę o własne samopoczucie (3 pytania).

Przykładowe twierdzenia:

- „Gdy odczuwam ból staram się rozpoznać jego źródło”.
- „Gdy odpoczywam, dbam o to, aby przyjąć wygodną pozycję”.

3. Dbania o własne ciało (3 pytania).

Przykładowe twierdzenia:

- „Regularnie używam kosmetyków do pielęgnacji ciała”.
- „Lubię dbać o swoje ciało”.

Zanim przejdę do omawiania uzyskanych wyników scharakteryzuję grupę badawczą (26 osób) i kontrolną (52 osoby). Do pierwszej grupy zostali włączeni pacjenci uznani przez sędziów kompetentnych (psycholog bądź psychiatra) jako spełniający kryteria organizacji osobowości borderline według O. Kernberga. W każdym przypadku diagnoza została potwierdzona przez wyniki otrzymane w teście Leichsenringa ( $\bar{x} = 28$ ). Grupa pacjentów z rozpoznaniem borderline stanowiła 21 osób. Do grupy borderline zostały włączone także osoby, które uzyskały wysokie wyniki w wyżej wymienionej skali, a pochodziły z populacji studentów Wydziału Nauk Społecznych (dwie osoby), medycyny (dwie osoby) oraz poznańskiego liceum ogólnokształcącego (dwie osoby). Grupę kontrolną stanowiły 52 osoby, które w kwestionariuszu Leichsenringa otrzymały odpowiednio niskie wyniki ( $\bar{x} = 9$ ). Grupę kontrolną stanowili: uczniowie poznańskiego liceum, studenci Wydziału Nauk Społecznych oraz dorosłe osoby pracujące. Powyższa grupa została dobrana w taki sposób, aby jednej osobie borderline odpowiadały dwie osoby nie-borderline mające tę samą płęć, będące w tym samym wieku, i posiadające to samo wykształcenie, co odpowiadająca im osoba borderline.

Średnia wieku, w obu grupach, wynosiła 22 lata. Grupa osób borderline składała się z 21 kobiet i 5 mężczyzn (grupa kontrolna była reprezentowana przez dwa razy więcej osób, czyli 42 kobiety i 10 mężczyzn).



## Analiza wyników badań

Wyniki badań oraz ich interpretacja zostanie podzielona na dwie części, których zawartość została wyznaczona przez dwa ogólne pytania badawcze postawione na początku tego paragrafu. Zatem w pierwszej kolejności zostaną przedstawione wyniki (dalej ich interpretacja) opisujące sposób doświadczania własnego ciała przez osoby borderline, w drugiej zaś, przejdę do omówienia związku między tym aspektem a tendencją do podejmowania zachowań autodestruktywnych.

Tabela 1 przedstawia zestawienie rezultatów weryfikacji pytań badawczych, dotyczących poczucia własnego ciała.

Tabela 1. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu badającym poczucie własnego ciała

Zmienna	$\bar{x}$ borderline	$\bar{x}$ norma	Wartość statystyki	Poziom istotności	Decyzja
Ogólny wynik uzyskany w kwestionariuszu	139	91	t = 9,21	p < 0,000	+
Dysocjacja: ciało jako „zły obiekt”	29	16	t = 7,93	p < 0,000	+
Dysocjacja: wycofanie uczucia	19	7	t = 2,80	p < 0,000	+
Kontrola stanów wewnętrznych	29	20	t = 6,50	p < 0,000	+
Zaburzone poczucie własnych granic	30	19	t = 8,50	p < 0,000	+
Poczucie braku wewnętrznej treści	9	4	t = 6,43	p < 0,000	+
Stosunek do własnego ciała	31	24	t = 4,46	p < 0,000	+

Źródło: badania własne

**Analiza wyników uzyskanych w teście badającym poczucie własnego ciała.** Na podstawie analizy statystycznej wyników uzyskanych w „Kwestionariuszu badającym poczucie własnego ciała”, można stwierdzić, iż osoby borderline istotnie różnią się od osób należących do normy ze względu na sposób w jaki doświadczają własnego ciała ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 138$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 90$ ; p = 0,000). Przedstawiając ogólny, średni wynik w obu grupach chciałam wskazać na różnice w sposobie odpowiadania na pytania, która nie tylko jest istotna statystycznie, ale wynosi aż 50 pkt.

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, iż osoby borderline doświadczają swojego ciała w zmieniony sposób oraz jako „złego obiektu” ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 29$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 16$ ; p < 0,0005). Pacjenci z pogranicza częściej doświadczają negatywnych emocji (nienawiść, obawy dotyczące własnego wyglądu), a także częściej mają poczucie, że ich ciało wygląda nienormalnie, jest w sposób dziwny zmienione („Czasem mam poczucie, że moje ciało wygląda nienormalnie” lub „Czasem boję się spojrzeć w lustro, gdyż boję się tego co mogłabym tam zobaczyć”). Utrata czucia z powierzchni własnego ciała jest także o wiele częściej doświadczana przez osoby z pogranicza ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 19$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 7$ ; p < 0,000). Niski wynik w grupie kontrolnej wskazuje, że tego typu doznania są osobom należącym do normy prawie zupełnie obce.

Osoby borderline doświadczają trudności w rozpoznawaniu i kontrolowaniu stanów wewnętrznych ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 29$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 20$ ; p < 0,000). Niepowodzenie w kontrolowaniu reakcji własnego ciała jest wyrażone zarówno na poziomie ogólnym („Zdarza mi się, że nie potrafię

przewidzieć reakcji mojego ciała” lub „Moje ciało zaskakuje mnie bądź niepokoi w niektórych swoich reakcjach), jak i na poziomie bardziej szczegółowym, tj. w odniesieniu do poszczególnych potrzeb („Czasem nie potrafię rozpoznać czy już jestem najedzona”). Oznacza to, iż zarówno monitorowanie wewnętrznych potrzeb, jak i wewnętrznych stanów (np. zmęczenia) przebiega nieprawidłowo.

Wyniki uzyskane w podskali badającej poczucie własnych granic ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 30$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 19$ ;  $p < 0,000$ ) pozwalają stwierdzić, że doświadczanie tego aspektu własnego ciała jest znacznie zaburzone wśród osób borderline. Osoby z pogranicza częściej mają wrażenie, iż kontury ich ciała tracą wyrazistość, częściej także wyrażają wprost brak pewności odnośnie granic własnego ciała. Pragną i doświadczają fuzji z drugą osobą – mając tym samym wrażenie jedności z nią. Wydaje się interesujące, iż poczucie niejasnych granic **nie** jest deklarowane, jeśli w pytaniu nie została zaznaczona relacja z drugą osobą (wyjątek stanowi pytanie pierwsze: „Czasem miewam wątpliwości dotyczące granic mojego ciała”). Tak więc odpowiedzi na pytania („Czasem miałam poczucie, że coś będącego na zewnątrz mojego ciała stawało się jego częścią” oraz „Czasem czuję się tak, jak gdyby moja skóra była nieszczelna” są w zasadzie negatywne (oczywiście osoby nie-borderline w ogóle nie odpowiadały twierdząco na te pytania). Należy dodać, iż obecność kogoś obcego, przebywającego w bliskiej odległości jest dla tych pacjentów sytuacją „niewygodną”, wywołującą negatywne emocje. Dotyk nieznaney osoby wzbudza w tej grupie szczególnie niemiłe uczucia i jest sytuacją skrajnego dyskomfortu.

Doświadczane przez osoby borderline doznania pustki wewnętrznej są w zasadzie obce osobom należącym do grupy kontrolnej ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 9$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 4$ ;  $p < 0,000$ ). Na podstawie uzyskanych odpowiedzi można także stwierdzić, iż osoby borderline mają bardziej negatywny stosunek do własnego ciała ( $\bar{x}_{\text{borderline}} = 31$ ;  $\bar{x}_{\text{norma}} = 24$ ;  $p < 0,000$ ). Mimo iż różnica pomiędzy osobami borderline i nie-borderline jest statystycznie istotna, nie wszystkie pytania różnicowały dwie grupy. Jedynie odpowiedzi należące do kategorii badającej emocjonalny stosunek do ciała okazały się być różne w obu grupach. Osoby borderline mniej lubią swoje ciało, chętniej zmieniłyby jego wygląd lub jego funkcjonowanie. Tym niemniej nie różnią się od osób należących do normy jeśli wziąć pod uwagę odpowiedź na pytanie: „Moje ciało jest dla mnie źródłem wielu miłych doznań” (należące do ww. kategorii). Najciekawsze okazało się to, iż obie grupy tak samo lubią dbać o swoje ciało (kategoria „dbanie o własne ciało”) i w przypadku rozpoznania dyskomfortu bądź zagrożenia podejmują działania zmierzające do zmiany tego stanu rzeczy (kategoria „podjęcie działań w sytuacji dyskomfortu bądź zagrożenia”). Mamy tutaj do czynienia z ciekawą sprzecznością. Mianowicie, z jednej strony, osobom borderline zdarza się nienawidzić własnego ciała (częściej też spostrzegają je jako „zły obiekt”), z drugiej zaś strony lubią o nie dbać, dostarczać sobie zmysłowej – cielesnej przyjemności.

#### **Interpretacja wyników uzyskanych w teście badającym poczucie własnego ciała.**

Uzyskane wyniki pozwalają przyjąć, że sposób, w jaki osoby borderline doświadczają własnego ciała jest zaburzony w ramach każdego z wymienionych wcześniej aspektów. Zdecydowana większość wyników potwierdza związek między zaburzonym funkcjonowaniem psychologicznym a doświadczaniem własnego ciała, przedstawiony w części teoretycznej tej pracy.

Przeżycia dysocjacji osób borderline, a szczególnie spostrzeganie własnego ciała jako „złego obiektu” potwierdzają założenia przyjęte przez Maltsbergera (za: Orbach, Lotem-Peleg, Kedem, 1995) i O. Kernberga (1993), wskazujące na związek działania mechanizmu rozszczepienia z dysocjacją. Należy jednak zaznaczyć, iż najprawdopodobniej nie jest tak, że fizyczność



osób borderline jest generalnie przez nie oceniana jako nieatrakcyjna czy zniechęcona. Raczej są takie chwile w życiu tych pacjentów, podczas których negatywne treści self (bądź obiektu) są rzutowane na ciało, czyniąc z niego zniechęconą i obcą część Ja. Do przyjęcia takiego wytłumaczenia skłoniły mnie odpowiedzi mówiące, iż – w porównaniu do grupy kontrolnej – osoby borderline lubią dbać o swoje ciało (choć czasem bardzo go nienawidzą), a także starają się zapewnić sobie i swojemu ciału wypoczynek bądź opiekę, gdy czują się zmęczeni bądź chorzy (twierdzenia zawarte w podskali badającej stosunek do własnego ciała). Dlatego tym bardziej zastanawiająca jest siła złych, odszczepionych od reszty doświadczenia aspektów self bądź obiektu, tak drastycznie zniekształcających spostrzeganie własnego ciała.

Wyniki uzyskane w skali badającej utratę czucia z powierzchni ciała (drugi aspekt dyssocjacji) są zgodne z tymi, które zostały przedstawione przy okazji omawiania doświadczenia swojego ciała jako „złego obiektu”. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim przypadku doznawane jest „zdystansowanie się” do własnego ciała. Jednak w sytuacji traktowania go jako tej części Ja, która jest zupełnie obca podkreślony został aspekt „porzucenia ciała” – wycofania emocji i zaangażowania. Trudno w tym przypadku mówić o rzutowaniu na ciało odszczepionych aspektów psychologicznych, gdyż nie mamy do czynienia z jakimkolwiek (negatywnym bądź pozytywnym) zabarwieniem afektywnym.

Zaburzone rozpoznawanie i kontrolowanie stanów wewnętrznych jest spójne z wynikami badań przedstawionych przez A. Golomba (1994), które wskazywały na zaburzoną, wczesną relację osób borderline z własnymi matkami. Warto zaznaczyć, że fakt, iż problemy w rozpoznawaniu stanów wewnętrznych nie odzwierciedlają się w mniejszej trosce osób borderline o własne ciało, określanej przez pytania: „Gdy odpoczywam, dbam o to, aby przyjąć wygodną pozycję”, „Gdy jestem zmęczony zapewniam sobie wypoczynek” (odpowiedzi twierdzące). Tak więc, mimo iż osoby borderline doświadczają problemów w rozpoznawaniu własnych stanów wewnętrznych, w przypadku gdy uda im się zidentyfikować daną potrzebę, dbają o to, aby ją zaspokoić.

Informacją o dużym znaczeniu jest, moim zdaniem, często doświadczane przez osoby pogranicza zaburzone poczucie własnych granic, ograniczone do sytuacji relacji z drugim człowiekiem. Prawdopodobnie dotyk bądź bliska odległość w kontakcie z obcą osobą są przez tych pacjentów odczuwane jako inwazja na własne ja. W tym sensie skóra staje się najbardziej kruchą, fizyczną barierą, za którą Ja może „się schować” lub ukryć (ten aspekt został wyrażony w znacznie częściej doświadczanym poczuciu, że „czasem czuję jakby tylko moja skóra odgraniczała mnie od reszty świata” oraz w doświadczeniu, „że gdy ktoś mnie dotyka to tak, jakby wkraczał do mojego prywatnego świata”). Być może dlatego zarówno dotyk, jak i bliska obecność osoby obcej może być odczuwana jako zagrażająca forma kontaktu.

Doświadczenie pustki jest doznawane przez osoby z pogranicza, co pozostaje zgodne zarówno z założeniami L. Lafarage (1989), jak i O. Kernberga (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 1999). Ten dojmujący stan określany jako „bycie wewnętrznie martwym, pustym”, jest przez pierwszą autorkę traktowany jako ostateczna obrona przed załamaniem w kierunku psychozy, natomiast przez O. Kernberga został uznany jako jeden z objawów dyfuzji tożsamości. Prawdopodobnie uzasadnienie Kernberga nie wyklucza obronnego charakteru, jakie nadała temu poczuciu L. Lafarage.

Informacje otrzymane dzięki wynikom uzyskanym w skali badającej stosunek emocjonalny do własnego ciała mogą prowadzić do interesujących wniosków. Najprawdopodobniej nie

jest tak, iż negatywny stosunek do własnego ciała jest tendencją utrzymującą się na stałym i niezmiennym poziomie. Uzyskane wyniki wskazują na sytuację wręcz przeciwną. Mianowicie osoby z pogranicza generalnie lubią swoje ciało, dbają o nie, ponadto uważają je za źródło miłych doznań. Czasami jednak pojawia się nienawiść wobec własnego ciała, która całkowicie wypiera wcześniejsze pozytywne ustosunkowanie. Prawdopodobnie uczucia nienawiści do tej części własnego ja pojawiają się **czasami**, a mianowicie wtedy, gdy negatywne introjekty (dawne i prymitywne reprezentacje ja i obiektu „obciążone” krańcowym, niestonowanym afektem) zagarniają doświadczenie, „lokując” się w ciele. Tym samym nienawiść jest kierowana nie tyle w stronę ciała jako takiego, co w stronę negatywnych aspektów self lub obiektu, które na ten krótki moment przywłaszczają sobie ciało (por.: omówienie wyników podskali „dysocjacja”).

Przeprowadzone badania upoważniają do stwierdzenia, iż sposób w jaki osoby borderline przeżywają siebie, własną cielesność, jest zupełnie obcy dla tych, którzy należą do tak zwanej normy. Obcy w tym sensie, że większość z nas w ogóle nie uruchamia pojęcia granic, tak samo jak rzadko kiedy kontemplujemy fenomen integracji reakcji naszego ciała z naszym Ja. T. S. Szasz (1957) powiedziałby, że doświadczamy dobrostanu, gdyż funkcjonowanie naszego ciała, pozostając na poziomie przedświadomym, w zasadzie nie zaprzęta naszej uwagi. Dlatego też zawarte w tej pracy określenia typu „dysocjacja” czy „utrata granic” pozostają dla wielu z nas puste, gdyż nie mogą zostać wypełnione żadną treścią.

**Przedstawienie i interpretacja wyników dotyczących związku poczucia własnego ciała z autodestrukcją.** Korelacja między zmienionym poczuciem ciała a zadawaniem sobie bólu<sup>10</sup> okazuje się być dość wysoka, ale nie pełna ( $r$ -Pearsona = 0,68;  $p$  = 0,000). Uzyskany wynik może być interpretowany w następujący sposób. Struktura osobowości borderline (zawierająca określone mechanizmy obronne, patologiczne relacje z wewnętrznymi obiektami znajdującymi swoje odbicie w rzeczywistych kontaktach z innymi) czyni osoby borderline podatnymi na doznanie „zmieszania”, gdyż ich doświadczenie zaczyna przyjmować postać bardziej przynależną do świata marzeń sennych niż do „twardej” rzeczywistości (lęk przed fuzją, pseudohalucynacje itd.). Owemu zmieszananiu, zatracaniu poczucia realności towarzyszą niemalże fizyczne (stąd być może bardzo intensywnie przeżywane) doznania cielesne obejmujące: poczucie zatracania własnych granic, braku wewnętrznej treści, doświadczenie własnego ciała jako nienależącego do Ja i/lub jako znieprawdzonego przedmiotu. Próba obrony przed postępującą dezintegracją może być zadawanie sobie bólu. Doświadczenie fizycznego cierpienia byłoby tym rodzajem autostymulacji, która umożliwia, z jednej strony, odzyskanie kontroli nad własnym ciałem, z drugiej zaś ułatwia powrót do rzeczywistości (por.: Suchańska, 1998, s. 29). Wydaje się prawdopodobne, iż funkcję ochrony przed postępującą dezintegracją mogą pełnić inne, wystarczająco intensywne doznania. Powyższa hipoteza jest wsparta wnioskami wynikającymi z analizy odpowiedzi osób borderline dotyczących twierdzenia „Czasem dostarczenie sobie silnych doznań przynosi mi ulgę”. Okazuje się, że 17 osób borderline (na 26 osób) całkowicie (11 osób) lub raczej (6 osób) zgadza się z powyższym twierdzeniem. Dla porównania, w grupie kontrolnej tylko 1 osoba wyraziła całkowitą zgodę, 7 natomiast „raczej się zgadzało” z powyższym twierdzeniem (na 52 osoby).

Należy jednak dodać, że samookaleczenia osób borderline mogą pełnić inną funkcję, niż ta wyżej opisana. Jeśli weźmiemy pod uwagę, iż osoby z pogranicza czasem spostrzegają własne

<sup>10</sup> Ostatnia zmienna była określona na podstawie stopnia zgodności z twierdzeniem: „czasem celowo zadaję sobie ból fizyczny”.



ciało jako zniechęcony przedmiot (por.: ciało jako „zły obiekt”), to zadawanie sobie bólu może mieć na celu poniżenie czy wzięcie odwetu na tym aspekcie self, który został „umieszczony” w ciele (por.: Kernberg, 1993). Tak więc, im bardziej bolesny byłby akt samookaleczenia, tym większe będzie sadystyczne zadowolenie. Intencją, którą odnajdujemy w tym przypadku jest nie tyle ratowanie siebie przed postępującą dezorganizacją, co pragnienie zadania cierpienia, pokonania zniechęconego aspektu self. Wydaje się prawdopodobne, że obydwa wytłumaczenia są możliwe i jedno nie wyklucza drugiego.

### Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły spojrzeć na patologię borderline przez pryzmat doświadczenia własnego ciała i jego związku z autodestrukcją. W świetle uzyskanych wyników można przyjąć, iż sposób, w jaki osoby z pogranicza doświadczają siebie i swojego ciała jest obcy dla ludzi należących do normy. Zmienione poczucie własnego ciała obejmuje: zaburzone spostrzeganie własnych granic, poczucie wewnętrznej pustki, doznania z kręgu dysocjacji, zaburzone spostrzeganie i kontrolowanie stanów wewnętrznych oraz niektóre aspekty negatywnego stosunku do własnego ciała. Zaburzone doświadczenie własnej fizyczności jest powiązane z tendencją do zadawania sobie bólu bądź podejmowania innych zachowań, których celem jest autostymulacja. Intensywnie doznanie może służyć obronie przed doznaniem zmieszania, rozumianego tutaj jako załamanie psychotyczne. Zadawanie sobie bólu byłoby chyba najbardziej ostateczną próbą obrony przed utratą własnego Ja. Ból bowiem, jak pisał A. Kępiński (1974) jest „najlepszym sprawdzianem rzeczywistości”, w tym przypadku rzeczywistości własnego istnienia. Wśród osób odwiedzających stronę internetową dla pacjentów borderline (nosi ona tytuł *Borderlines talk about self-harm*) czytamy takie wypowiedzi: „Czasem cięłam się, aby usunąć ból wypływający z moich emocji (...) czasem robiłam to po to, aby poczuć się realną, gdy byłam cała martwa i pusta”; „(...) gdy zobaczyłam krew na moich rękach zrozumiałam, że żyję, bo ciągle jeszcze coś czuję”. Tak więc paradoksalnie doznanie bólu może być, jak pisze A. Suchańska, „(...) próbą ochrony swojego życia i zdrowia”, gdzie autostymulacja, przybierająca postać samookaleczenia, ma na celu powrót do rzeczywistego świata, w którym rządzi tak podstawowa reguła jak ból i ulga, gdy jest on nieobecny.

### LITERATURA CYTOWANA

- Anzieu, D. (1979). The sound Image of the self. *Int. J. Psycho-Anal*, 42, 429, 22-33.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.
- Chapman, J. P., Chapman, M. L. (1987). Body Image Abberation Scale in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 399-407.
- Clarkin, J., Yeomans, F., Kernberg, O. (1999). *Psychoterapy for Borderline Personality*. John Wiley & Sons, Inc.
- Erikson, E. H. (1966). The Problem of Ego Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4, 66, 55-117.
- Golomb, A. i inni (1994). Maternal Emhathy, Family Chaos, a Etiology of Borderline.

- Grzesiuk, L. (1994). *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubczyk, A., Żechowski, C., Namysłowska, I. (2000). Pacjenci z rozpoznaniem osobowości z pogranicza (borderline) na oddziale młodzieżowym. *Psychoterapia*, 2 (113), 77-85.
- Kernberg, O. (1976). *Object-Relation Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 15, 641-640-681.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Heaven and London: Yale University Press.
- Kernberg, O. (1995). *Związki miłosne*. Warszawa: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kernberg, O. (1990). Projekcja i identyfikacja projekcyjna: aspekty rozwojowe i kliniczne. W: *Rezonans, dialog i zakłócenia kontaktu w pomaganiu* (s. 139-157). Warszawa: Laboratorium Psychoedukacji.
- Kernberg, O. (1993). Suicidal Behavior in Borderline Patients: Diagnosis and Psychoterapeutic Considerations. *American Journal of Psychotherap*, 47, 2.
- Kępiński, A. (1974). *Schizofrenia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Lafarage, L. (1989). Emptiness as a Defense in Severe Regreseive States. *J. Amer. Psychoanal Assn.*, 37, 965.
- Leichsenring, F. (1999). Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Raport Instrument for Assesing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.
- Lichtenberg, J. (1978). The testing of reality from the standpoint of the body self. *Amer. Psychoanal. Assn.*, 26, 357, 356-382.
- Miller, F., Bashkin, E. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *Psychoanal. Q.*, 43, 638-637-649.
- Moloney, J., Clark (1957). The Precognitive Cultural Ingridients of Schizophrenia. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, 325, 324-340.
- Ogden, T. H. (1979). On Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.*, 60, 357, 356-370.
- Orbach, I. (1994). Dissociation, Physical Pain, and Suicide: A Hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24 (1), 78.
- Orbach, I. i inni (1995). Attitudes toward the body in suicadal, depressed, and normal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (2), 211-221.
- Orbach, I., Stein, D., Shani-Sela, M., Har-Even, D. (w druku). *Suicide and life threating behavior*.
- Sakson, O. (2002). *Związek poczucia własnego ciała z autodestrukcją u osób borderline*. Niepublikowana praca magisterska.
- Sokolik, M. (red.) (1991). *Pacjenci z pogranicza nerwicy i psychozy i psychotycy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.



- Sokolik, M. (1998). *Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sokolik, Z. (1994). Psychoterapia oraz zaburzenia z pogranicza nerwicy i psychozy. W: L. Grzesiuk, *Psychoterapia* (s. 295-334). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Suchańska, A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruytywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Szasz, T. S. (1957). A Contribution to the Psychology of Bodily Feelings. *Psychoanal. Q.*, 26, 25, 24-47.
- Torras de Bea, E. (1985). Body Schema and Identity. *Int. J. Psycho-Anal.*, 68, 175, 174-182.