

## Percepcja własnego ciała u kobiet z zaburzeniem osobowości typu borderline – badania pilotażowe

Perception of own body by women with borderline personality disorder – preliminary studies

Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Instytut Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie  
Correspondence to: Mgr Aleksandra Szepietowska, Poradnia Psychologiczna, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli,  
ul. dr. K. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin, tel.: 81 747 75 11, e-mail: szepietowska@gmail.com  
Source of financing: Department own sources

---

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem badań była analiza postrzegania własnego ciała przez kobiety z zaburzeniem osobowości borderline (*borderline personality disorder*, BPD). Percepcja ciała została ujęta jako konstrukt psychologiczny, przejawiający się w postawie wobec ciała, sposobie odczuwania i interpretacji wrażeń cielesnych, identyfikacji psychicznej z ciałem oraz poczuciu komfortu w sytuacjach bliskości interpersonalnej i ekspozycji społecznej. **Materiał i metody:** W badaniach wzięło udział 28 kobiet: 14 z nich spełniało kryteria BPD, 14 stanowiło grupę porównawczą (dobór parami). Wykorzystano kwestionariusz SCL-90, autorską Skalę Percepcji Ciała (SPC) i Ustrukturalizowany Wywiad do Badania Zaburzeń Osobowości SCID-II (Skala Borderline) w celu potwierdzenia symptomów BPD. **Wyniki:** Kobiety z BPD we wszystkich badanych wymiarach percypują własne ciało bardziej negatywnie niż te bez zaburzeń osobowości. Dominują negatywne emocje wobec ciała i niepewność własnej atrakcyjności dla otoczenia. Słabiej zarysowują się: wrażenie zmian percepcyjnych, trudność z utożsamieniem się z wyglądem ciała, unikanie bliskich kontaktów fizycznych. Porównania wyników SCL-90 wskazują, że kobiety z BPD cechują się większym nasileniem wszystkich objawów psychopatologicznych. Dla tych pacjentek charakterystyczny jest podwyższony poziom depresyjności, natręctw, myślenia paranoidalnego i psychotyczności. Profil wyników wskazuje na podobną strukturę symptomów w obu grupach. Tym, co je różnicuje, okazuje się nie rodzaj, lecz nasilenie objawów psychopatologicznych.

**Słowa kluczowe:** zaburzenie osobowości, borderline, percepcja własnego ciała, obraz ciała, objawy psychopatologiczne

### Summary

**Aim:** Analysis of the way women with borderline personality disorder (BPD) perceive their bodies. **Methods:** The body perception was presented as a psychological model manifested in the attitude to one's own body, the way of sensing and interpreting the bodily sensations, mental identification with the body, and the feeling of comfort in interpersonal closeness and social exposure situations. **Material and methods:** Twenty eight women took part in the study: 14 of them met the BPD criteria, 14 constituted a comparative group (selection by pairs). Three instruments were used: The Symptom Checklist-90 (SCL-90), self-constructed questionnaire examining one's own body perception (Body Perception Scale – Skala Percepcji Ciała, SPC), and Borderline Scale from Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) to confirm BPD symptoms. **Results:** Women with BPD perceive their bodies more negatively in all examined aspects, as compared to those without personality disorders. Predominant are negative emotions towards one's body and lack of confidence in one's attraction for other people. Less intense become such traits as: the impression of perceptive changes, difficulty in identification with the body appearance, and avoidance of close physical contacts. Comparisons of SCL-90 results show that in women with BPD all psychopathological symptoms are more severe. These patients are characterized by an increased level of depressiveness, obsessive-compulsive traits, paranoid ideation, and psychoticism. The results profile shows a similar pattern of symptoms in both groups and it is not the type but severity of psychopathological symptoms that differentiates them.

**Key words:** personality disorder, borderline, body perception, body image, psychopathological symptoms

## WPROWADZENIE

Według DSM-IV<sup>(1)</sup> osobowość pograniczną (*borderline personality disorder*) rozpoznaje się, gdy osoba spełnia co najmniej pięć spośród następujących kryteriów: chwiejność emocjonalna (wrażliwe wahania nastroju i trudności z kontrolą gniewu), zaburzenia poczucia tożsamości, chroniczne poczucie wewnętrznej pustki, impulsywność w obszarach potencjalnie autodestrukcyjnych (np. kompulsywne jedzenie lub zakupy, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przypadkowe kontakty seksualne, ryzykowna jazda samochodem), powtarzające się akty lub groźby samobójcze/samouszkodzenia, wchodzenie w intensywne i niestabilne związki interpersonalne. Możliwe są także „wstawki psychotyczne”, czyli krótkotrwałe epizody paranoidalne związane ze stresem bądź silne objawy dysocjacyjne<sup>(1,2)</sup>.

Aż 75% tej grupy to kobiety<sup>(3)</sup>, często przejawiające dodatkowo cechy PTSD (*posttraumatic stress disorder*, zespół stresu pourazowego), zaburzenia odżywiania i afektywne<sup>(4)</sup> oraz uzależnienia. Mężczyznom z BPD zwykle towarzyszą zachowania przestępcze i nadużywanie substancji psychoaktywnych<sup>(5)</sup>.

Interesującym kierunkiem analiz jest doświadczanie własnego ciała przez kobiety z BPD. Doświadczanie cielesności to istotny warunek i element poczucia tożsamości<sup>(6,7)</sup> oraz rdzeń osobowości<sup>(8)</sup>. Z kolei ciało to zarówno organizm biologiczny, determinowany przez procesy fizjologiczne i popędy, jak i organizm społeczny, kształtowany przez wpływy kulturowe. Doświadczanie własnego ciała w tych aspektach okazuje się jednym z warunków poczucia tożsamości, pozwalającym na prawidłową realizację zadań i ról społecznych.

Istnieje ścisły związek między cielesnością, tożsamością i osobowością. Osoby z BPD ujawniają deficyt poczucia tożsamości<sup>(9)</sup>, czego przejawem stają się między innymi autodestrukcyjne działania świadczące o nieprawidłowej percepcji własnego ciała. W życiorysach osób z BPD często występują zaniedbania, przemoc fizyczna i seksualna<sup>(10)</sup>, wyjaśniające niewłaściwe postrzeganie ciała.

Inne modele podkreślają rozwojowe zakłócenia różnych aspektów neurosensorycznych i neurotransmisyjnych – zaburzenia przetwarzania sensorycznego i dysregulację bólową (związaną między innymi z hiperaktywnością endogennych receptorów opioidowych, przejawiającą się w zwiększonej lub zmniejszonej wrażliwości na ból)<sup>(1,3,11)</sup>. Wymienione zakłócenia mogą być przyczyną specyficznego odczuwania własnego ciała oraz ujawniać się między innymi jako skłonności do zachowań autodestrukcyjnych i zespołów behawioralnych ze spektrum objawów zaburzeń odżywiania<sup>(8,12,13)</sup>.

## CEL PRACY

Celem badań własnych była analiza sposobu percepcji własnego ciała u kobiet z BPD. Postrzeganie ciała

## INTRODUCTION

According to DSM-IV<sup>(1)</sup>, the borderline personality disorder is diagnosed when somebody meets at least five of the following criteria: emotional lability (distinct mood changes and difficulty controlling one's anger), disturbed self-identity, chronic inner emptiness, impulsivity in potentially autodestructive areas (e.g. compulsive eating or shopping, abuse of psychoactive substances, casual sex, risky driving), repetitive suicidal acts or threats, self-mutilation, intense and unstable interpersonal relationships. Besides, "psychotic interludes," i.e. short paranoid episodes connected with stress or strong dissociation symptoms are possible<sup>(1,2)</sup>.

As many as 75% of this group are women<sup>(3)</sup>, often additionally exhibiting PTSD (posttraumatic stress disorder), eating disorders and affective disorders<sup>(4)</sup> as well as addictions. In men, BPD is usually concomitant with criminal behaviours and abuse of psychoactive substances<sup>(5)</sup>.

An interesting trend of analyses is the BPD women's body experiencing. Bodily experiencing is a significant condition and element of identity sense<sup>(6,7)</sup> and personality core<sup>(8)</sup>. On the other hand, the body is both the biological organism determined by physiological processes and drives, and a social organism developed by cultural influences. Experiencing one's body in these aspects appears to be one of the conditions of the sense of identity which allows for a correct performance of social tasks and roles.

There is a strong correlation between the bodily self, identity and personality. People with BPD reveal a deficit in their sense of identity<sup>(9)</sup>, which is manifested among other by autodestructive activities indicating an abnormal perception of one's body. In BPD people's lives quite frequent are neglects as well as physical and sexual violence<sup>(10)</sup>, which account for inappropriate body perception.

Other models emphasize developmental disturbances in various neurosensory and neurotransmission aspects – sensory processing disorders and algescic dysregulation (connected among other with hyperactivity of endogenous opioid receptors manifested in an increased or decreased pain sensitivity)<sup>(1,3,11)</sup>. The mentioned disturbances may be a cause of a specific perception of one's body and may reveal themselves among other as susceptibilities to autodestructive behaviours and behavioural syndromes with the eating disorders symptoms spectrum<sup>(8,12,13)</sup>.

## AIM OF THE STUDY

The aim of our own studies was an analysis of the body perception in women with BPD. The body perception was presented as a psychological structure manifested in the attitude to one's body (containing three components: affective, behavioural and cognitive), the way of experiencing the bodily sensations, mental identification with the body, and the feeling of comfort in situations of interpersonal closeness and social exposure.

zostało ujęte jako konstrukt psychologiczny, przejawiający się w postawie wobec ciała (zawierającej trzy komponenty: afektywny, behawioralny i poznawczy), sposobie odczuwania wrażeń cielesnych, identyfikacji psychicznej z ciałem oraz poczuciu komfortu w sytuacjach bliskości interpersonalnej i ekspozycji społecznej.

Dane zamieszczone w piśmiennictwie i praktyka kliniczna, wskazujące na obecność u osób z BPD nieprawidłowości w percepcji własnego ciała, doprowadziły do sformułowania następujących pytań badawczych: Czy między kobietami z BPD i bez zaburzeń osobowości istnieje różnica w zakresie percepcji własnego ciała? Jak wygląda struktura tej percepcji w wymiarze emocjonalnym, behawioralnym, poznawczym, percepcyjnym, identyfikacji z własnym ciałem, komfortu w sytuacjach bliskości interpersonalnej i ekspozycji społecznej? Czy między grupą kliniczną a porównawczą występują różnice nasilenia objawów psychopatologicznych (ocenyanych za pomocą SCL-90)?

## MATERIAŁ I METODA

Kobiety z BPD wyselekcjonowano na podstawie formalnych rozpoznań potwierdzonych przez lekarzy psychiatrów oraz kryteriów zaburzenia zawartych w SCID-II. Dobór osób do grupy kontrolnej opierał się na zasadzie doboru parami pod względem wieku i wykształcenia. Kobiety z tej grupy nigdy nie leczyły się psychiatrycznie i nie korzystały z psychoterapii.

Każda grupa liczyła 14 kobiet. Średnia wieku w grupie BPD to  $M = 25,514$  ( $SD = 4,0371$ ), w grupie kontrolnej  $M = 25,864$  ( $SD = 3,9469$ ). Uczestniczki miały też zbliżoną liczbę lat edukacji (BPD:  $M = 15,21$ ,  $SD = 2,424$ ; kontrolna:  $M = 15,36$ ,  $SD = 2,405$ ).

Średnia liczba lat leczenia (hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych, opieki ambulatoryjnej: psychoterapii lub leczenia psychiatrycznego) w grupie klinicznej wynosiła 2,721 ( $SD = 3,1919$ ). Wśród kobiet z BPD cztery miały izolowaną diagnozę zaburzenia osobowości, pozostałe – zaburzenia towarzyszące ze spektrum uzależnień lub zaburzeń odżywiania. Badania prowadzono indywidualnie. Każda kobieta odpowiadała na pytania ze Skali Borderline, należącej do Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II w DSM-IV<sup>(14)</sup> (SCID-II, Zawadzki i in., 2010). Następnie wypełniała Skalę Percepcji Ciała (opracowanie własne) oraz kwestionariusz The Symptom Checklist 90 (SCL-90)<sup>(15)</sup>.

Skala Percepcji Ciała (SPC) to metoda kwestionariuszowa składająca się z 7 podskal (po 10 itemów), dotyczących poszczególnych wymiarów percepcji ciała. Osoba badana ocenia każdy item na pięciopunktowej skali Likerta (od „nigdy tak nie jest” do „zawsze tak jest”), więc w każdej podskali można uzyskać od 10 do 50 pkt, a w całej skali – od 70 do 350. Im wyższy wynik, tym większe nieprawidłowości w percepcji własnego ciała. Konstrukcja skali opiera się na definicji Bielefelda<sup>(6)</sup>, który używa terminu „doświadczenie cielesności”.

The literature data and clinical practice, indicating in BPD patients their abnormal perception of their own bodies, gave rise to the following research questions: Is there any difference in one's own body perception between women with BPD and those without personality disorders? What is the structure of this perception in emotional, behavioural, cognitive, perceptive dimensions, identification with one's body, comfort in situations of interpersonal closeness and social exposure? Are there any differences between the clinical and comparative groups in the severity of psychopathological symptoms (assessed with the SCL-90)?

## MATERIAL AND METHODS

Women with BPD were selected according to formal diagnoses confirmed by psychiatrists and the disorder's criteria contained in SCID-II. The control group was formed using the principle of selection in pairs in the respect of age and education. Women of this group have never been treated psychiatrically and have never used psychotherapy. Each group consisted of 14 women. The mean age in the BPD group was  $M = 25.514$  ( $SD = 4.0371$ ), whereas in the control group  $M = 25.864$  ( $SD = 3.9469$ ). The participants also had a similar number of education years (BPD:  $M = 15.21$ ,  $SD = 2.424$ ; control:  $M = 15.36$ ,  $SD = 2.405$ ). The mean number of treatment years (hospitalization on psychiatric wards, outpatient department care: psychotherapy or psychiatric treatment) in the clinical group was 2.721 ( $SD = 3.1919$ ). Of women with BPD, four had an isolated diagnosis of personality disorders, the other – concomitant disorders with a spectrum of addictions or eating disorders.

The studies were carried out individually. Each woman answered the questions of the Borderline Scale from the Structured Clinical Interview for DSM-IV<sup>(14)</sup> (SCID-II, Zawadzki *et al.*, 2010). Subsequently she filled in the self-constructed Body Perception Scale (SPC) and The Symptom Checklist 90 (SCL-90)<sup>(15)</sup>.

The Body Perception Scale (SPC) is a questionnaire method consisting of 7 subscales (10 items) related to individual body perception dimensions. The subject evaluated each item on the five-score scale of Likert (from “it's never like that” to “it's always like that”), so on each subscale one can obtain from 10 to 50 scores, and on the whole scale – from 70 to 350. The higher the result, the worse the incorrectnesses in one's body perception. The scale's structure is based on the definition of Bielefeld<sup>(6)</sup> who uses the term “body experience.”

The starting point to design the instrument were: the survey of English methods and the self-constructed Bodily Self Questionnaire which was made available by Sakson-Obada. The need for working out one's own method resulted from the lack of the instrument which would allow for a multidimensional, operationalized description of one's own body perception dimensions which can be examined by a questionnaire.

Punktem wyjścia do projektowania narzędzia stały się przegląd metod anglojęzycznych oraz udostępniony przez Sakson-Obadę autorski Kwestionariusz Ja Cieleśnego. Potrzeba skonstruowania własnej metody wynikała z braku narzędzia pozwalającego na wielowymiarowy, zoperacjonalizowany opis wymiarów percepcji własnego ciała możliwych do kwestionariuszowego zbadania.

W skład Skali Percepcji Ciała wchodziły wymiary: afektywny – itemy związane z pozytywnym/negatywnym stosunkiem do wyglądu i fizjologii własnego ciała; behawioralny – itemy dotyczące podejmowania działań opiekuńczych, prozdrowotnych i pielęgnacyjnych lub autodestrukcyjnych (pośrednio – przez zaniedbania lub bezpośrednio – akty autoagresywne) wobec własnego ciała; poznawczy – przekonania na temat własnego ciała (negatywne lub pozytywne, uwaga zwrócona na wygląd, przekonanie na temat granic ciała); percepcyjny – sposób odczuwania wrażeń cielesnych, świadomość procesów fizjologicznych; identyfikacji – poczucie spójności wyglądu i funkcjonowania ciała z psychiką, akceptacja cielesności jako elementu tożsamości (identyfikacja psychiczna z własnym ciałem); komfort w sytuacji bliskości interpersonalnej (w sytuacjach wymagających fizycznej bliskości z ludźmi, preferencje dotyczące sposobu kontaktu) i komfort w sytuacji ekspozycji społecznej (starania o ukrycie lub wyeksponowanie ciała, poczucie atrakcyjności dla otoczenia i zależność samoceny od oceny społecznej).

Ze względu na brak polskich norm dla wskaźników SCL-90 posłużono się wynikami średnimi obliczonymi dla każdej skali i kategoriami nasilenia objawów (niski, przeciętny, wysoki, bardzo wysoki) podanymi przez program internetowy ([www.psychologia.net.pl/testy.php?test=scl](http://www.psychologia.net.pl/testy.php?test=scl)), co pozwala stworzyć profil nasilenia objawów każdej osoby. Do ilościowej analizy danych wykorzystano – zależnie od rozkładu zmiennych – parametryczny test *t* dla grup niezależnych lub nieparametryczny test *U* Manna-Whitneya dla dwóch grup niezależnych<sup>(16)</sup>. Wykorzystano pakiet statystyczny IBM SPSS 20.0.

## WYNIKI BADAŃ

Kobiety z BPD uzyskały we wszystkich podskalach SPC wyższe średnie wyniki (por. tabela 1).

W grupie tej w przeważającej części skal odchylenie standardowe jest większe niż w grupie porównawczej, co świadczy o silniejszym zróżnicowaniu wyników. Wyniki uzyskane przez kobiety z obu grup różnią się istotnie. Wyższe średnie kobiet z BPD świadczą o występowaniu u nich bardziej negatywnego stosunku emocjonalnego do własnego ciała, podejmowaniu większej liczby zachowań autodestrukcyjnych (pośrednio lub bezpośrednio), posiadaniu większej liczby negatywnych przekonań na temat wyglądu i funkcjonowania ciała, odczuwaniu z większym natężeniem zmian w percepcji bodźców wewnątrz- i zewnątrzpochodnych, trudności z interpretacją wrażeń cielesnych i z identyfikacją psychiczną z własnym ciałem oraz niższym komforcie

The Body Perception Scale consists of the following dimensions: affective – items connected with positive/negative attitude to one's own body appearance and physiology; behavioural – items related to taking up protective, health-promoting and nursing or autodestructive (indirectly – through neglects or directly – autodestructive acts) activities in relation to one's body; cognitive – beliefs about one's own body (negative or positive, attention paid to appearance, beliefs about the body limits); perceptive – the way the bodily impressions are perceived, awareness of physiological processes; identification – a sense of cohesion of the body appearance and its functioning with the mind, acceptance of the bodily-self as an element of identity (mental identification with one's own body); comfort in situation of interpersonal closeness (in situations requiring physical closeness with people, preferences related to the way the contact is made) and comfort in social exposure (efforts to hide or expose the body, sense of attraction for other people and dependence of self-estimation on social evaluation).

Because of the lack of Polish standards for SCL-90 indices, the mean results calculated for each scale and categories of symptoms severity were used (low, average, high, very high) as presented in the internet programme ([www.psychologia.net.pl/testy.php?test=scl](http://www.psychologia.net.pl/testy.php?test=scl)), which allows to create a profile of symptoms severity for each person. For quantitative analysis of the data, depending on the distribution of variables – the parametric *t*-test for independent groups or non-parametric Mann-Whitney *U* test was used for two independent groups<sup>(16)</sup>. The statistical package IBM SPSS 20.0 was used.

## RESULTS

Women with BPD obtained – in all SPC subscales – higher mean results (cf. table 1).

In this group in most of the scales the standard deviation is higher than in the comparative group, which indicates a stronger differentiation of results. The results obtained by women of both groups differ significantly. Higher mean values of women with BPD in both groups indicate a more negative emotional attitude to one's own body, and undertaking more autodestructive behaviours (indirectly or directly), having more negative beliefs about one's body appearance and functioning, perceiving with a higher intensity the changes in perception of inner and external stimuli, difficulties in interpreting bodily impressions and in mental identification with one's body and lower comfort in situations of interpersonal closeness (avoidance of close contact) and social exposure (lack of confidence in one's attraction for other people, avoiding of situations in which the appearance would be evaluated, worrying about the impression made on other people), as compared to healthy women.

In the control group the more positive emotional attitude to one's body is connected with more prevalent behaviours having negative consequences for functioning.

Nazwa skali Name of scale	Borderline M (SD)	Grupa kontrolna Control group M (SD)	t/z
Emocjonalna Emotional	34,9 (10,1)	21,6 (8,2)	-2,989**
Behawioralna Behavioural	30,8 (5,4)	22,7 (4,2)	4,383***
Percepcyjna Perceptive	27,6 (5,9)	18,2 (6,8)	-2,947**
Poznawcza Cognitive	31,5 (7,5)	23,8 (4,7)	3,237**
Identyfikacji Identification	30,5 (7,8)	16,6 (5,5)	-3,661***
Komfort w sytuacjach bliskości interpersonalnej Comfort in situations of interpersonal closeness	33,7 (7,9)	24,8 (4,5)	3,656***
Komfort w sytuacjach ekspozycji społecznej Comfort in situations of social exposure	32,6 (5,9)	24,1 (6,1)	-3,247***
<b>SUMA (wynik ogólny)</b> TOTAL	221,64 (36,5)	151,71 (30,3)	5,511***
** Różnice istotne na poziomie $p \leq 0,01$ . *** Różnice istotne na poziomie $p \leq 0,001$ . ** Significant differences at the level $p \leq 0.01$ . *** Significant differences at the level $p \leq 0.001$ .			

Tabela 1. Wyniki w Skali Percepcji Ciała: średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w grupie BPD i grupie kontrolnej  
 Table 1. Results on the Body Perception Scale: mean values (M) and standard deviations (SD) in BPD group and control group

w sytuacjach bliskości interpersonalnej (unikanie bliskiego kontaktu) i ekspozycji społecznej (niepewność własnej atrakcyjności dla otoczenia, unikanie sytuacji, w których wygląd miałby być oceniany, martwienie się wrażeniem robionym na otoczeniu) niż u zdrowych kobiet.

W grupie kontrolnej bardziej pozytywny stosunek emocjonalny do własnego ciała wiąże się z większą liczbą zachowań mających negatywne konsekwencje dla funkcjonowania. Są to jednak działania pośrednie, np. niedobory snu, nieprawidłowa dieta lub zaniedbywanie badań. W grupie porównawczej najbardziej pozytywnym zjawiskiem jest poczucie spójności i psychicznej identyfikacji z ciałem.

U pacjentek dominują negatywne emocje wobec własnego ciała i niepewność własnej atrakcyjności dla otoczenia. Kobiety często starają się uniknąć ekspozycji lub zwracania na siebie uwagi. Na tym tle nieco słabiej zarysowują się: wrażenie zmian percepcyjnych, trudności z identyfikacją psychiczną z własnym wyglądem, unikanie bliższych kontaktów fizycznych. Również te zjawiska osiągają u pacjentek wyższe natężenie niż u zdrowych kobiet. Podsumowując: kobiety z BPD percypują własne ciało bardziej negatywnie od tych bez zaburzeń osobowości – we wszystkich badanych wymiarach.

W porównaniu z wynikami grupy kontrolnej wyniki uzyskane przez kobiety z BPD w skali SCL-90 wskazują na istotnie wyższe natężenie wszystkich cech psychopatologicznych, szczególnie objawów depresyjnych i psychotycznych (co może jednak wiązać się z niejednoznacznością pozycji w tej skali i podważalną diagnostycznością) (por. tabela 2). Najniższy wynik w grupie klinicznej dotyczy fobii. Taki sam obraz wyników otrzymano wśród zdrowych kobiet, ale nasilenie objawów jest u nich dużo niższe niż u badanych z BPD.

However, these are indirect activities, e.g. shortages of sleep, inappropriate diet, or neglect of medical examinations. In the comparative group the most positive phenomenon is the sense of cohesion and mental identification with the body. Predominant in the patients are negative emotions towards one's body and uncertainty as to their attraction to other people. Women often try to avoid exposure or attracting other people's attention. In this respect, a bit less enhanced are: impression of perceptive changes, difficulties in mental identification with one's appearance, avoidance of close physical contacts. These phenomena are also more intense in the patients, as compared to healthy women. Summing up: women with BPD perceive their bodies more negatively than those without personality disorders – in all examined dimensions.

Compared to the results of the control group, the results obtained by women with BPD on SCL-90 scale point to a significantly higher severity of all psychopathological traits, especially depressive and psychotic symptoms (which, however, may be associated with ambiguity of the item on this scale and underminable diagnostics) (cf. table 2). The lowest result in the clinical group refers to phobia. Similar results were obtained among healthy women, but their symptoms severity is much lower than in the patients with BPD.

The results suggest that women with BPD are characterised by an enhanced level of depressiveness, obsessive-compulsive traits, paranoid ideation and psychoticism. The structure of symptoms occurring in both groups appeared to be similar – the difference is not the type, but the severity of psychopathological symptoms. In each sub-scale of SCL-90 most of the women suffering from BPD

Wyniki sugerują, że kobiety z BPD cechuje podwyższony poziom depresyjności, natręctw, myślenia paranoidalnego i psychotyczności. Struktura symptomów występujących w obu grupach okazała się podobna – różnica nie jest rodzaj, lecz nasilenie objawów psychopatologicznych. W każdej podskali SCL-90 większość kobiet cierpiących na BPD uzyskała skrajnie wysokie wyniki, a w grupie kontrolnej zaobserwowano tendencję odwrotną – dużą frekwencję wyników niskich.

## OMÓWIENIE

Rezultaty badań własnych są zgodne z wynikami innych (nielicznych) analiz, wskazujących na istnienie dysfunkcji w postrzeganiu własnego ciała przez osoby z BPD. Sakson-Obada<sup>(17)</sup> łączy te nieprawidłowości z przeżytym urazem psychicznym. Pisze o istnieniu u kobiet z takim doświadczeniem (w tym kobiet z BPD) przejawów dysfunkcji ja cielesnego, między innymi nieprawidłowości funkcjonalnych i negatywnej postawy wobec ciała.

Doświadczenia przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej nie uwzględniono jako zmiennej w prezentowanych badaniach. Tezy dotyczące genezy BPD zarysowane w niniejszej pracy wskazują na istotną rolę przemocy doświadczanej w dzieciństwie, ale Schier<sup>(5,6)</sup> zwraca uwagę również na nieprawidłowy rozwój obrazu własnego ciała u osób z BPD w wyniku doznania niewystarczającej czułości i deficytu dotyku (co skutkuje trudnością z określeniem granic ciała, problemami z odczuwaniem przyjemności zmysłowej), nadmiernej ingerencji i intruzywności

obtained extremely high results, while in the control group a reverse tendency was observed, i.e. a high frequency of low results.

## DISCUSSION

Our results are consistent with the results of other (scarce) analyses pointing to the existence of a dysfunction in perceiving one's body by patients with BPD. Sakson-Obada<sup>(17)</sup> combines these abnormalities with the past mental trauma. She says that women with such an experience (including the women with BPD) exhibit symptoms of dysfunction of the bodily-self, including functional abnormalities and negative attitude to the body.

Experiencing of physical, mental and sexual violence was not included as a variable in the presented studies. These about the BPD genesis, outlined in this study, emphasize an important role of violence experienced in childhood, but Schier<sup>(5,6)</sup> mentions also an abnormal development of one's body image in patients with BPD in result of insufficient tenderness and deficit of touch (which causes difficulty determining the body boundaries, problems with sensory pleasure feelings), excessive interference and intrusiveness (which enhances the need for self-control and self-punishment) or the carers' variable and contradictory behaviours (creating an inconsistent body image, tendentiousness and one-dimensionality of its perception).

No such correlation was shown among healthy subjects<sup>(5)</sup> – women without BPD, declaring having experienced violence in childhood did not exhibit any disturbances in their

Skale SCL-90 SCL-90 scales	Grupa BPD – M (SD) BPD group – M (SD)	Grupa kontrolna – M (SD) Control group – M (SD)	t/z
Somatyzacja Somatization	1,54 (0,89)	0,56 (0,41)	-2,79**
Natręctwa Obsessive-compulsive traits	2,31 (0,76)	0,65 (0,42)	7,16***
Nadwrażliwość interpersonalna Interpersonal hypersensitivity	2,57 (1,0)	0,7 (0,64)	-3,84***
Depresja Depression	2,65 (0,65)	0,8 (0,56)	-4,19***
Lęk Anxiety	2,2 (0,85)	0,58 (0,41)	6,42***
Wrogość Hostility	1,99 (1,24)	0,49 (0,54)	-3,46***
Fobie Phobias	1,35 (0,97)	0,09 (0,15)	-3,98***
Myślenie paranoidalne Paranoid ideation	2,29 (0,90)	0,52 (0,62)	-4,01***
Psychotyczność Psychoticism	1,8 (0,68)	0,44 (0,36)	6,61***

\*\* Różnice istotne na poziomie  $p \leq 0,01$ .

\*\*\* Różnice istotne na poziomie  $p \leq 0,001$ .

\*\* Significant differences at the level  $p \leq 0,01$ .

\*\*\* Significant differences at the level  $p \leq 0,001$ .

Tabela 2. Nasilenie objawów psychopatologicznych (SCL-90): średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) w grupie BPD i grupie kontrolnej

Table 2. Severity of psychopathological symptoms (SCL-90): mean values (M) and standard deviations (SD) in the BPD group and control group

(co wzmagą potrzebę samokontroli i samokarania) lub zmiennych i sprzecznych zachowań opiekunów (co prowadzi do uformowania się niespójnego obrazu ciała, tendencyjności i jednowymiarowości jego percepcji).

Wśród zdrowych osób nie wykazano takiego związku<sup>(5)</sup> – kobiety bez BPD deklarujące doświadczenia przemocy w dzieciństwie nie przejawiały zaburzeń obrazu ciała. A zatem związek między obrazem ciała a doświadczeniami traumatycznymi ma bardziej złożony charakter.

Rezultaty testu SCL-90 pozwalają wyodrębnić kilka kluczowych kwestii. Po pierwsze struktura objawów psychopatologicznych w obu grupach jest podobna – tym, co je różnicuje, okazuje się nasilenie objawów psychopatologicznych, a nie ich rodzaj. Po drugie szczególna zmienność wyników osiąganych przez pacjentki w zakresie wymienionych objawów wydaje się powiązana z postaciami zaburzenia. Chociaż postacie borderline nie zostały wyodrębnione formalnie i istnieje kilka sposobów ich klasyfikacji<sup>(10,11,18)</sup>, funkcjonowanie pacjentek w sposób wyraźnie prepsychotyczny lub nerwicowy odzwierciedla się w poziomie przejawianej przez nie wrogości, fobiczności bądź nadwrażliwości w kontaktach z ludźmi. Z kolei depresyjność, nadwrażliwość, obsesyjność-kompulsywność i paranoidalność wydają się cechami najsilniej charakteryzującymi kobiety z BPD.

Osiowe cechy obrazu klinicznego omawianego zaburzenia i towarzyszące objawy psychopatologiczne potwierdzają istnienie specyficznych interakcji między pacjentkami a otoczeniem: nadwrażliwość i paranoidalność sugerują rzeczywiste wyczulenie na pozycję w relacji, poczucie napięcia, niepokoju, niższości w kontaktach, przypisywanie innym wrogiej motywacji, podejrzliwość, egocentryzm, sztywność. Depresyjność staje się często objawem pierwszoplanowym. Wiele pacjentek otrzymuje błędne diagnozy depresji lub innych zaburzeń afektywnych właśnie ze względu na dominujące uczucie rozpacz czy pustki, chociaż – w odróżnieniu od zaburzeń afektywnych – w BPD dominują objawy związane z impulsywnością<sup>(2,19)</sup>.

Analiza wyników badań własnych pozwala na sformułowanie uwag metodologicznych, dotyczących przede wszystkim użytych metod. Autorska Skala Percepcji Ciała, zastosowana eksperymentalnie, nie została poddana procedurom standaryzacji. Kwestionariusz SCL-90, mimo powszechnego stosowania, nie doczekał się polskich norm. Ponadto autorka pracy ma wątpliwości związane z diagnostycznością Skali Psychotyczności w SCL-90. Itemy wchodzące w jej skład, np. „Inni ludzie znają moje myśli”, mogą być interpretowane w różny sposób: nie tylko jako wskaźnik urojeń odosłoneń, lecz także jako otwartość wobec innych, opowiadanie im o własnych przemyśleniach. Wątpliwości tego typu były sygnalizowane również przez badane kobiety.

Mimo niedoskonałości metodologii badań własnych należy wskazać na aplikacyjny charakter rezultatów. Na etapie diagnozowania konieczne jest zwrócenie uwagi na nasilenie objawów psychopatologicznych, mogących prognozować zaburzenia w funkcjonowaniu inter- oraz intrapersonalnym.

body image. So the correlation between the body image and traumatic experiences is more complex.

The results of the SCL-90 test allow to single out several key issues. Firstly, the structure of psychopathological symptoms in both groups is similar: what differentiates them is the severity of psychopathological symptoms, and not their type. Secondly, a special variability of results obtained by the patients within the mentioned symptoms seems to be associated with forms of the disorder. Although the forms of borderline have not been formally isolated and there are several ways to classify them<sup>(10,11,18)</sup>, the patients' functioning in a more distinctly prepsychotic or neurotic way is reflected in the level of their manifested hostility, phobism or hypersensitivity in contacts with other people. In turn, depressiveness, hypersensitivity, obsessive-compulsive traits and paranoid symptoms seem to be the features which most strongly characterize the women with BPD.

Axial features of the clinical image of the disorder concerned and concomitant psychopathological symptoms confirm the existence of specific interactions between the patients and the environment: hypersensitivity and paranoid inclinations suggest actual sensitivity to the position in the relationship, sense of tension, anxiety, inferiority in contacts, ascribing one's hostile motivation to other people, suspicion, egocentrism, rigidity. Depressiveness often becomes the main symptom. Many patients obtain erroneous diagnoses of depression or other affective disorders just because of the dominant feeling of despair or emptiness, although – differently from affective disorders – in BPD the symptoms associated with impulsiveness are predominant<sup>(2,19)</sup>.

Analysis of the results of our own studies allows to formulate methodological comments related mostly to the methods applied. The self-constructed questionnaire examining one's body perception (SPC), used experimentally, has not been subjected to standardization procedures. The SCL-90 questionnaire, although commonly used, does not have any Polish standards. Besides, the author of the article has doubts as to the diagnostics of the Psychoticism Scale in SCL-90. Its items, e.g. "Other people know my thoughts," may be interpreted in different ways: not only as psychotic revealing, but also as openness towards other people, telling them about one's own reflections. Such doubts were also reported by the examined women.

Despite imperfections of our own studies, application nature of the results should be indicated. At the diagnosing stage it is necessary to pay attention to the severity of psychopathological symptoms which may forecast disorders in inter- and intrapersonal functioning. In the context of identity disorders occurring in patients with borderline the concentration on reconstruction and combining of this aspect of experiencing oneself seems important. What should be taken into account then is not only the intrapsychological structure, but it should be also referred to the bodily-self, which constitutes the foundation of the sense of identity and conditions the possibility of optimum functioning.

W kontekście zaburzeń tożsamości występujących u pacjentów z borderline ważną wydaje się koncentracja na odbudowywaniu i scalaniu tego aspektu doświadczania siebie. Trzeba przy tym nie tylko brać pod uwagę strukturę wewnątrzpsychiczną, lecz także odnosić ją do cielesności człowieka, co stanowi fundament poczucia tożsamości i warunkuje możliwość optymalnego funkcjonowania.

## WNIOSKI

1. Rezultaty uzyskane przez kobiety z BPD świadczą o bardziej negatywnym postrzeganiu własnego ciała niż w przypadku kobiet zdrowych. U pacjentek z BPD negatywna percepcja ciała ma charakter uogólniony i dotyczy różnych wymiarów postrzegania.
2. W zakresie struktury i nasilenia objawów psychopatologicznych kobiety z BPD uzyskują wyniki świadczące o większym nasileniu symptomów ze wszystkich badanych grup.
3. Na etapie diagnozowania konieczne okazuje się zwrócenie uwagi na nasilenie objawów psychopatologicznych, mogących prognozować zaburzenia w funkcjonowaniu inter- czy intrapersonalnym, w tym te dotyczące poczucia tożsamości i własnego ciała. Na etapie terapii – ze względu na zróżnicowanie grupy BPD – należy zaś położyć nacisk na indywidualizację technik terapeutycznych.

## PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Porr V.: *Overcoming Borderline Personality Disorder. A Family Guide for Healing and Change.* Oxford University Press, Oxford 2010.
2. Czernikiewicz A.: *Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych.* W: Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 269–287.
3. Trull T.J., Stepp S.D., Solhan M.: *Borderline personality disorder.* W: Andrasik F. (red.): *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. Vol. 2: Adult Psychopathology.* John Wiley & Sons, 2006: 299–311.
4. Gabbard G.O.: *Reflective function, mentalization, and Borderline Personality Disorder.* W: Beitman B.D., Nair J. (red.): *Self-Awareness Deficits in Psychiatric Patients. Neurobiology, Assessment and Treatment.* Norton & Company, New York, London 2004: 213–228.
5. Schier K.: *Rozegrane w ciele – obraz ciała u osób ze strukturą osobowości borderline.* W: Brytek-Matera A. (red.): *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała.* Difin, Warszawa 2010: 9–27.
6. Schier K.: *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
7. Grochmal-Bach B., Tłokiński W.: *Zaburzenia tożsamości w chorobach neurologicznych i psychicznych.* W: Pąchalska M., Grochmal-Bach B., MacQueen B.D. (red.): *Tożsamość człowieka z perspektywy interdyscyplinarnej.* Wydawnictwo WAM, Kraków 2007: 149–173.

## CONCLUSIONS

1. The results obtained by women with BPD demonstrate a more negative body perception than those obtained by healthy women. In patients with BPD a negative body perception has a generalized nature and refers to various dimensions of perception.
  2. Within the structure and severity of psychopathological symptoms, women with BPD obtain the results which demonstrate a higher severity of symptoms, as compared to all the examined groups.
  3. At the diagnosing stage it appears necessary to pay attention to the severity of psychopathological symptoms which may forecast disorders in inter- or intrapersonal functioning, including those related to the sense of identity and bodily self. At the therapy stage, because of differentiation of the BPD group, emphasis should be placed on individualization of therapeutic techniques.
- 
8. Kubacka-Jasiecka D.: *Tożsamość a zachowania autodestruktywne.* W: Pąchalska M., Grochmal-Bach B., MacQueen B.D. (red.): *Tożsamość człowieka z perspektywy interdyscyplinarnej.* Wydawnictwo WAM, Kraków 2007: 199–216.
  9. Adler J., Chin E., Kolisetty A., Oltmanns T.H.: *The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of BPD: an empirical investigation.* *J. Personal Disord.* 2012; 26: 498–512.
  10. Linehan M.M.: *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
  11. Skodal A.E., Siever L.J., Liveslay W.J. i wsp.: *The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course.* *Biol. Psychiatry* 2002; 51: 951–963.
  12. Cwojdzńska A.: *Obraz ciała w anoreksji psychicznej.* W: Ziółkowska B., Cwojdzńska A., Chołody M. (red.): *Ciało w kulturze i nauce.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009: 106–112.
  13. Izydorczyk B., Bieńkowska N.: *Obraz Ja cielesnego – wybrane teoretyczne wątki rozumienia psychologicznych mechanizmów zjawiska. Część I. Problemy Medycyny Rodzinnej* 2008; 10: 52–58.
  14. Zawadzki B., Popiel A., Habrat-Pragłowska E. (red.): *Podręcznik klinicysty. Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV. SCID-II. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2010.*
  15. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L.: *SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report.* *Psychopharmacol. Bull.* 1973; 9: 13–28.
  16. Bedyńska S., Brzezicka A. (red.): *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii.* Wydawnictwo SWPS „Akademica”, Warszawa 2007.
  17. Sakson-Obada O.: *Ja cielesne – próba nowego spojrzenia.* W: Ziółkowska B., Cwojdzńska A., Chołody M. (red.): *Ciało w kulturze i nauce.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009: 9–22.
  18. Millon T., Grossman S., Millon C., Meagher S.: *Personality Disorders in Modern Life.* John Wiley & Sons 2004.
  19. Henry C., Mitropoulou V., New A.S. i wsp.: *Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences.* *J. Psychiatr. Res.* 2001; 35: 307–312.