

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

A borderline tünetprofil és a gyermekkori traumatizáció összefüggései

Merza Katalin

Témavezető: Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó



**DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA**

Debrecen, 2018

TARTALOM

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	3
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	4
ÁBRÁK JEGYZÉKE	6
1. BEVEZETÉS	7
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	10
2.1. A borderline személyiségzavar története	10
2.2. Epidemiológia.....	12
2.3. Komorbiditás	12
2.4. Kórlefolyás és prognózis	13
2.5. A borderline személyiségzavar kóreredete	15
2.5.1. Gyermekkori traumatizáció a borderline személyiségzavar kóreredetében	16
2.6. Klinikai kép	24
2.6.1. A borderline személyiségzavar DSM-5 szerinti kritériumai	24
2.6.2. A DSM-5 tünettán és klinikai jelentése.....	25
2.7. Vizsgálati célok és hipotézisek	39
3. METODIKÁK	44
3.1. A vizsgálat menete és körülményei	44
3.2. Vizsgálati személyek	45
3.3. Vizsgálati eszközök	45
3.4. Adatfeldolgozás	49
4. EREDMÉNYEK	51
4.1. A gyermekkori traumatizáció vizsgálata	54
4.1.1. A traumatikus események előfordulása.....	54
4.1.2. A borderline diagnózist bejósoló tényezők	59
4.2. A disszociatív jelenségek vizsgálata.....	59
4.2.2. A disszociatív tünetek felmérése	59
4.2.3. A disszociáció és a gyermekkori traumatizáció kapcsolata	60
4.3. Az impulzivitás vizsgálata	62
4.3.1. Az impulzivitás súlyosságának felmérése	62
4.3.2. Az impulzivitás és a gyermekkori traumatizáció kapcsolata	62
4.4. Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata	65
4.4.1. Az öngyilkossági kísérletek előfordulása.....	65
4.4.2. Az öngyilkossági kísérletek prediktorai	66

4.5.	A szándékos fizikai önsértések vizsgálata	68
4.5.1.	A szándékos fizikai önsértő viselkedés felmérése.....	68
4.5.2.	A borderline önsértő betegek részletes vizsgálata.....	68
4.5.3.	A szándékos fizikai önsértések rizikófaktorai	77
5.	MEGBESZÉLÉS	80
5.1.	A gyermekkori traumatizáció vizsgálata	80
5.2.	A disszociatív jelenségek vizsgálata.....	82
5.3.	Az impulzivitás vizsgálata	83
5.4.	Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata	84
5.5.	A szándékos fizikai önsértések vizsgálata	86
5.6.	A kutatás korlátai	88
5.7.	Konklúzió	89
6.	ÖSSZEFOGLALÁS.....	91
7.	IRODALOMJEGYZÉK.....	93
7.1.	Hivatkozott közlemények	93
7.2.	Az értekezés alapjául szolgáló és az értekezéshez kapcsolódó közlemények	112
7.3.	Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások	114
8.	TÁRGYSZAVAK.....	116
9.	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	117
10.	FÜGGELÉK.....	118

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BIS: Barratt Impulzivitás Skála

BPD: borderline personality disorder (borderline személyiségzavar)

DDNOS: máshova nem osztályozható disszociatív zavar

DISQ-H: Magyar Disszociáció Kérdőív

ETI: Early Trauma Inventory (Korai Traumatikus Élmények Kérdőív)

OSI: Ottawa Önsértő Kérdőív

PTSD: poszttraumás stressz zavar

SCID-I: Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére

SCID-II: Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére

TAQ: Traumatic Antecedents Questionnaire (Traumatikus Előzmények Kérdőív)

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A gyermekkori traumatizáció oki jelentősége a borderline személyiségzavar kialakulásában	22
2. táblázat. A borderline személyiségzavar diagnosztikus kritériumai	25
3. táblázat. A minta demográfiai jellemzői	51
4. táblázat. A társuló pszichiátriai zavarok előfordulása a borderline és a depressziós csoportban	53
5. táblázat. A 18 éves kor előtt elszenvedett traumatípusok előfordulása a csoportokban ...	54
6. táblázat. A csoportok páronkénti összehasonlítása a 18 éves kor előtt elszenvedett traumatípusok tekintetében.....	55
7. táblázat. A csoportok összehasonlítása a három életkori szakaszban megjelenő traumatikus események tekintetében.....	56
8. táblázat. A szexuális abúzus súlyossági paramétereinek alakulása a csoportokban	58
9. táblázat. A gyermekkori traumatizáció és a disszociáció kérdőív alskáláinak kapcsolata	61
10. táblázat. A szexuális abúzus súlyossági paramétereinek és az impulzivitás kérdőív alskáláinak kapcsolata	64
11. táblázat. A kumulatív traumapontszám, a disszociáció, az impulzivitás és szuicid kísérletek összefüggései Pearson-féle korrelációs elemzéssel vizsgálva	67
12. táblázat. A borderline pszichopatológia súlyossági indikátorainak alakulása a nem önsértő, a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportokban	69
13. táblázat. A szuper önsértő, a mérsékelten önsértő és a nem önsértő csoportok páronkénti összehasonlítása a borderline pszichopatológia súlyossági indikátorainak tekintetében	70
14. táblázat. Az szándékos fizikai önsértések módzatainak előfordulása a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportban	71
15. táblázat. A szándékos fizikai önsértések okai a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportokban	72
16. táblázat. A 18 éves kor előtt elszenvedett traumatípusok előfordulása a nem önsértő, a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportokban	73
17. táblázat. A nem önsértő, a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoport összehasonlítása a három életkori szakaszban megjelenő traumatikus események tekintetében	73

18. táblázat. A nem önsértő, a mérsékelt önsértő és a szuper önsértő csoportok páronkénti összehasonlítása a három életkori szakaszban megjelenő traumatikus események tekintetében	74
19. táblázat. A szexuális abúzus súlyossági paramétereinek alakulása a nem önsértő, mérsékelt önsértő és szuper önsértő csoportokban.....	75
20. táblázat. A szuper önsértő, mérsékelt önsértő és nem önsértő csoportok páronkénti összehasonlítása a szexuális abúzus súlyossági paramétereinek tekintetében	76
21. táblázat. A kumulatív traumapontszám, a disszociáció, az impulzivitás és az önsértések összefüggései Pearson-féle korrelációs elemzéssel vizsgálva.....	78

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. A disszociáció és az impulzivitás mediátor szerepe a traumatikus események halmozódása (kumulatív traumapontszám) és a szuicid kísérletek között..... 67
2. ábra. Az impulzivitás és a disszociáció mediátor szerepe a gyermekkori traumatikus események halmozódása (kumulatív traumapontszám) és az önsértések között 79

1. BEVEZETÉS

A gyermekkori bántalmazás, különösen, ha a gondozó a bántalmazó, ha korán kezdődik és hosszan tart vagy ismétlődik, nemcsak a gyermekkorban eredményez tüneteket, érzelmi és viselkedésproblémákat, hanem a sérülések, károsodások, fejlődési elmaradások a felnőttkorra is áthúzódnak. A súlyos, komplex traumatizáció az egész személyiségfejlődést deformálhatja, így a diszfunkcionális érzelmi, kognitív, szomatikus és kapcsolati mintázatok élethossziglan fennmaradhatnak. Szinte bármilyen gyermek-, serdülő- és felnőttkori mentális és viselkedészavar származhat gyermekkori traumatikus előzményekből (Bogár és Perczel Forintos, 2007; Gáti, Tényi és Trixler, 2004; Perczel Forintos és Kocsis-Bogár, 2015). Ha pusztán a gyermekkori szexuális abúzus kórnemző szerepének rövid áttekintésére szorítkozunk, az erre vonatkozó számos kutatás (összefoglalja Putnam, 2003), közöttük bántalmazott és nem bántalmazott ikertestvérek összehasonlítása azt igazolja, hogy a szexuális abúzust elszenvedett személyek a nem bántalmazott ikertestvérükhöz képest 5-6-szoros eséllyel válnak szerhasználóvá. A bulimiával kapcsolatban szintén az 5-6-szoros gyakoriság növekedés igazolódott. A depressziós epizód élettartam prevalenciája a szexuálisan bántalmazottak körében 3-5-ször magasabb a nem bántalmazottakhoz képest, de ha a szexuális traumatizáció fogalmát a legsúlyosabb, behatolással járó bántalmazásformákra leszűkítjük, a depresszió kialakulásának esélye az áldozatokban nyolcszorosra nő (Fergusson Horwood és Lynskey, 1996). Emellett a gyermekkorában szexuálisan bántalmazott felnőtt populációban számos más mentális és viselkedészavar, például a szexuális zavarok, a pánikrohamok vagy a disszociatív zavarok gyakorisága is sokszorosa a nem bántalmazottakénak (Putnam, 2003). Az öngyilkossági kísérletek esélye 4-szeres, behatolással járó esetekben majdnem 12-szeres (Fergusson és mtsai, 1996); az alvászavarok esélye pedig 16-szorosa a gyermekkorban szexuálisan bántalmazottak körében a nem bántalmazottakhoz képest (Chen és mtsai, 2010). A bántalmazást átéltek körében sok az orvosiilag megmagyarázhatatlan testi tünet (Paras és mtsai, 2009), gyakoriak és korán kezdődnek a sokszor diszfunkcionális megküzdésként értelmezhető egészségkárosító magatartásformák és – feltehetően részben az egészségkárosító magatartásformáknak köszönhetően – gyakoribbak és rosszabb prognózissal járnak a legismertebb szomatikus betegségek (Kósa, 2015).

A gyermekkori traumatizáció áldozati közül sajnos sokan ismételten bántalmazás áldozatává válnak, mások pedig ismétellhetik a bántalmazó vagy az áldozatot cserbenhagyó szerepet. A prostitúció, promiszkuitás, a korai és nem kívánt teherbeesés, a szexuális úton terjedő

betegségek szintén a gyermekkori ártalmas élmények egyénre, családra és társadalomra nézve nemkívánatos következményei lehetnek (Kósa, 2015).

A gyermekkori traumatizáció lehetséges felnőttkori kimeneteleinek egyike a borderline személyiségzavar, amely a mentális ellátásban jól ismert, súlyos személyiségzavar. Természetesen nem minden borderline beteg anamnézisében szerepel traumatikus előtörténet, de a főként külföldi kutatásokban az igazolódik, hogy több a traumatikus kóreredettel rendelkező borderline beteg, mint a traumától mentes borderline populáció. A diagnosztikus címke (borderline személyiségzavar) nem tesz különbséget e két eltérő etiológiával és patomechanizmusokkal rendelkező alcsoport között. A jelenlegi pszichiátria betegségegységek ugyanis leíró jellemzőkre épülnek, nem tartalmazzak etiológiai és pszichodinamikai szempontokat. Nem fejezik ki, sőt elrejtik a traumatikus kóreredetet. A borderline diagnózis felállításához a meghatározott számú tüneti, viselkedéses, érzelmi és kapcsolati kritériumoknak korán kezdődő, tartósan és stabilan fennálló teljesülése szükséges. A traumatikus élmények (f)elismerésének hiányához az is hozzájárul, hogy a traumatizált beteg direkt rákérdezés nélkül ritkán jelzi a gyermekkorában elszenvedett bántalmazást, mert szégyelli (különösen a szexuális bántalmazást), titkolja, bagatellizálja, vagy nem ismeri fel az aktuális panaszai és a gyerekkori előzmények közötti összefüggést, vagy amnéziás a történetekre. Tipikusan a legsúlyosabb, a gondozó által elkövetett szexuális bántalmazást rejtje el a túlélő tudatossága elől a disszociatív amnéziás gát. A legszokványosabb pszichiátriai diagnózisok (alkoholabúzus, depresszió) és a most tárgyalt borderline személyiségzavar diagnózis mögött sokszor a gyermekkori traumája következményeinek súlya alatt megroppant - és fel nem ismert - áldozat rejtőzik.

A komplex gyermekkori traumatizáció következtében kialakult borderline személyiségzavar súlyosabb állapotot eredményez, jelentősen rontja a pszichoszociális funkciószintet és a prognózist. Felismerése nélkülözhetetlen, mert a traumatizált betegek gyógyítása a fájdalmas múlt élményeinek hitelesítését és sajátos, a traumát tekintetbe vevő kezelési stratégiát igényel.

Míg az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában több mint harminc éve irányulnak kutatások a súlyos és hosszan tartó gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött etiológiai szerepére (Bandelow és mtsai, 2005; Helgeland és Torgesen, 2004; Zanarini, 2000), addig a traumakutatás a volt szocialista államokban, köztük Magyarországon is gyerekcipőben jár. Ez idáig nem született olyan átfogó magyar nyelvű tanulmány, amely a borderline betegek gyermekkori traumatikus élményeit vizsgálja, ami azt a hamis látszatot keltheti, hogy az USA-val ellentétben, hazánkban a gyermekek ritkábban válnak abúzus áldozatává. Fontosnak tartottuk egy hiánypótló, komplex vizsgálat

megvalósítását, amely azonosítja a magyar borderline páciensek élettörténetében előforduló traumatikus eseményeket, és feltárja az összefüggést az egyes borderline tünetek és a gyermekkori traumatizáció között.

Vizsgálatunk célja, hogy felhívja a klinikusok figyelmét a súlyos és hosszan tartó gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött szerepére, ezáltal hozzájáruljon a borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek jobb megértéséhez és hatékonyabb kezeléséhez.

A dolgozat első része szakirodalmi áttekintés, amely röviden ismerteti a borderline személyiségzavar történetét, összefoglalja a kórképpel kapcsolatos legfrissebb epidemiológiai kutatások adatait, áttekinti a zavar kialakulásában szerepet játszó tényezőket, a borderline klinikai képet, a kórlefolyást és a prognózist. A dolgozat nagy hangsúlyt fektet a gyermekkori traumatizáció kórnemző szerepét vizsgáló eddigi, főként külföldi vizsgálatok eredményeire, sorra veszi a borderline betegek által elszenvedett bántalmazási típusok előfordulásának gyakoriságát és azok jelentőségét a személyiségzavar etiológiájában. Részletesen tárgyalja az önsértés, a szuicid kísérletek, az impulzivitás és a disszociáció klinikai jelentését és a gyermekkori traumatikus élményekkel való kapcsolatát.

A dolgozat második fele az általunk végzett hazai empirikus vizsgálatot mutatja be. Kutatásunk részletesen felméri a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek élettörténetében megjelenő gyermekkori traumatikus események különböző típusait és életkori kezdetét, illetve a szexuális bántalmazás súlyossági paramétereit. Vizsgálja a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek körében megjelenő disszociatív jelenségek és impulzivitás súlyosságát, a szuicid kísérletek gyakoriságát, valamint a szándékos fizikai önsértések gyakoriságát és jellemzőit. A kutatás feltárja a gyermekkori traumatizáció és a disszociáció, az impulzivitás, a szuicid kísérletek, illetve a szándékos fizikai önsértések összefüggéseit.

A dolgozat záró része a vizsgálat legfontosabb eredményeit, klinikai jelentőségét és korlátait összegzi.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. A borderline személyiségzavar története

A borderline személyiségzavar (BPD) mint hivatalos diagnosztikus kategória csak 1980-ban került be az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kiadott Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének harmadik kiadásába, a DSM-III-ba (Linehan, 2010).

A borderline személyiségzavar koncepcióját pszichoanalitikus szakmai körökben az Egyesült Államokban dolgozták ki. Elsőként 1938-ban Adolf Stern használta a borderline (határeseti) kifejezést a páciensek egy olyan csoportjára, akiknél neurotikus és pszichotikus vonásokat is felfedezett, de a nomenklatura egyik csoportjába sem illeszkedtek bele (lásd Linehan, 2010; Zanarini és mtsai, 1997). Az új betegcsoport jellemzői között említi Stern a mértéktelen hiperszenzitivitást, a pszichikus és testi rigiditást, a negatív terápiás reakciókat, az alsóbbrendűség érzését, a mazochizmust, a biztonság hiányát, a projektív mechanizmusok gyakori használatát és a sérült realitásvizsgálatot. A probléma kialakulásában szerepet játszó tényezők közül a koragyermekkorban tapasztalt szülői brutalitást, elhanyagolást, kegyetlenséget emeli ki (Kuritárné, 2008a). A borderline kifejezés első megjelenését követő három évtized során a klinikusok számtalan terminussal illették és írták le a komoly funkcionális problémákkal rendelkező és egyetlen diagnosztikus kategóriába sem illeszkedő pácienseket, ami azt eredményezte, hogy a borderline fogalom sokkal inkább töltött be a pszichiátriában „diagnosztikus szemetes kosár” szerepet, mintsem önálló kategóriát. A borderline betegeket az elméletalkotók tekintették a neurózis és pszichózis (Stern, 1938, Schmideberg, 1947, idézi Linehan, 2010), a szkizofrénia és nem szkizofrénia (Noble, 1950, Ekstein, 1955, idézi Linehan, 2010), a normális és abnormális (Rado, 1956, idézi Linehan, 2010) határán állónak.

Otto Kernberg az 1960-as években a korábban töredékes tapasztalatokat koherens, átfogó egészé integrálta, és pszichodinamikus perspektívából jellemezte a borderline betegeket. Az énpeszichológiai megközelítést a tárgyakapcsolat elméleti megközelítéssel ötvözve meghatározta a borderline személyiségsszerveződés fogalmát. A nagymértékben patológiás személyiségsszerveződés négy fő jellegzetességének a következőket tartotta: az éngyengeség nem specifikus megnyilvánulásai, hajlam a primer gondolkodási folyamatokra, specifikus elhárító mechanizmusok és patológiás internalizált tárgyakapcsolatok. A kernbergi borderline személyiségsszerveződés nem tekinthető a borderline személyiségzavar szűkebb értelemben

vett leírásának, több zavart foglal magába, azonban nagy előrelépést jelentett a pszichiátria számára azáltal, hogy kitöltötte a korábban „neurotikus” és „pszichotikus” kategóriák közötti űrt (lásd Gabbard, 2016; Tényi, 2017).

Grinker és mtsai (1968, idézik Döme, 1996; Gabbard, 2016; Kuritárné, 2008a) nevéhez fűződik az első olyan empirikus vizsgálat, amely kísérletet tesz a borderline szindróma körülhatárolását segítő explicit kritériumok meghatározására. A kutatás a következő négy fő jellegzetességre világított rá, amelyek egyértelműen diszkriminálják a borderline szindrómát a szkizofréniától: 1) nehézségek az interperszonális kapcsolatokban, 2) düh, mint legfőbb vagy egyetlen affektus, ami nyíltan vagy acting-out formájában jut kifejezésre, 3) depresszív magányosság, 4) a konzisztens énazonosság/identitás hiánya. A borderline szindróma a tünetek instabilitása ellenére stabil és konzisztens, a betegek az idő múlásával nem válnak szkizofrénné (Döme, 1996).

Gunderson nevéhez fűződik a borderline koncepcióval kapcsolatos releváns szakirodalmi megállapítások szintetizálása, amely hozzájárult a szindróma önálló személyiségzavarként való leírásához (lásd Zanarini és mtsai, 1997). A pszichoanalitikus klinikai leírásokra, a Grinker-féle empirikus vizsgálatokra és a Rorschach-teszt vizsgálatokból származó adatokra támaszkodva a borderline tünettant öt terület mentén jellemezte: 1) intenzív düh és ellenségesség, vagy magányossággal összefüggő depresszió; 2) öndestruktív, impulzív viselkedés a viszonylag megtartott szociális adaptáció mellett; 3) stressz provokálta, átmeneti, tünetszegény, én-idegen, reverzibilis pszichotikus epizódok; 4) megtartott realitásvizsgálat, amely csak speciális körülmények között (projektív tesztek strukturálatlan ingerhelyzetében) vész el; 5) intenzív interperszonális kapcsolatok (Kuritárné, 2008a).

A borderline személyiségzavar 1980-ban került be a DSM-III-ba, és így körülhatárolható diagnosztikai entitássá vált. A BPD diagnosztikus kritériumait a Gunderson által megfogalmazott jellemzők, a kernbergi identitásdiffúzió fogalmával kiegészülve alkották. A DSM-I-II-ben az érzelmileg instabil személyiség tekinthető a borderline személyiségzavar előfutárának.

2.2. Epidemiológia

Az összes személyiségzavar átlagnépességben való előfordulása 4,4-13,4% (Coid, Yang, Tyrer, Roberts és Ullrich, 2006; Huang és mtsai, 2009; Jackson és Burgess, 2000; Lenzenweger, Lane, Loranger és Kessler, 2007; Torgesen, Kringlen és Cramer, 2001; Quirk és mtsai, 2015), a borderline személyiségzavar prevalenciája 0,5-5,9% (Quirk és mtsai, 2015). A kórkép a klinikumban felülreprezentált, a járóbetegek 15-25%-a, a fekvőbetegek 15-18%-a borderline személyiségzavar diagnózissal rendelkezik (Gunderson és Links, 2009). Az összes személyiségzavarban szenvedő kórházi beteg között elsősorban a túlsúlyuk, a fekvőbetegek 50%-a borderline páciens (Widiger és Weissman, 1991).

A régebbi vizsgálatok eredményei szerint az ellátásban megjelenő borderline személyiségzavarban szenvedő személyek 76%-a nő (Widiger és Weissman, 1991), azonban a frissebb adatok nem mutatnak jelentős eltérést a nemek között az átlagpopulációban (Grant és mtsai, 2008). A zavar előfordulási gyakorisága fiatal felnőttkorban a legmagasabb (Grant és mtsai, 2008), a középkorú népességben csökken (0,4%) (Oltmanns, Rodrigues, Weinstein és Gleason, 2014). A borderline személyiségzavar gyakoribb a nagyvárosok világában, és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű rétegekben (Torgesen és mtsai, 2001). A borderline populációban jellemző a kisebb kereset, az alacsony iskolai végzettség, illetve a párkapcsolatok kedvezőtlenebb alakulása (válás, külön költözés) (Grant és mtsai, 2008).

2.3. Komorbiditás

A borderline személyiségzavar gyakori együttjárást mutat más I. és II. tengely zavarokkal, kutatási eredmények szerint igen ritka a tisztán borderline diagnózissal rendelkező páciens (Hudziak és mtsai, 2004; Zimmerman és Mattia, 1999). A borderline betegek átlagosan 3,4 aktuálisan fennálló I. tengely diagnózissal rendelkeznek, és a többi személyiségzavarban szenvedő beteghez képest esetükben négyszer nagyobb az esélye annak, hogy több mint négy diagnózis kritériumait teljesítsék (Zimmerman és Mattia, 1999). Az I. tengely zavarai közül leggyakoribb a komorbiditás a major depresszióval (71-82%), a szerhasználat zavarai (64-73%), a poszttraumás stressz zavarral (39-56%), a pánikzavarral (32-48%) és az evészavarokkal (29-53%) (Grant és mtsai, 2008; Zanarini és mtsai, 1998; Zimmerman és Mattia, 1999). A többi személyiségzavarban szenvedő pácienshez képest a borderline betegek körében kétszer gyakoribb (82%) egy másik II. tengely diagnózis előfordulása (Nurnberg és mtsai, 1991), átlagosan 2,3 másik személyiségzavar kritériumait

teljesítik (Golier és mtsai, 2003). A kutatások többsége egybehangzóan a narcisztikus (17-39%) és a paranoid (21-30%) személyiségzavar társulását találta a leggyakoribbnak a BPD csoportban (Golier és mtsai, 2003; Grant és mtsai, 2008; Huang és mtsai, 2012), ugyanakkor eltérőek az eredményeik a többi személyiségzavar komorbiditásának gyakoriságát illetően. Egyes tanulmányok a dependens személyiségzavar gyakori társulását (25-51%) mutatták ki (Huang és mtsai, 2012; Zanarini és mtsai, 1998), míg mások az antiszociális személyiségzavarét (13-23%) (Golier, 2003; Zanarini és mtsai, 1998). A remisszióval együtt csökken a társuló I. és II. tengely zavarok száma, azonban a páciensek nagy részénél fennmaradnak a hangulatzavarok, szorongásos zavarok, evészavar és szerhasználat zavarai (Zanarini és mtsai, 2004).

2.4. Kórlefolyás és prognózis

A borderline személyiségzavar jellemzően a serdülőkör végén, kora felnőttkorban kezdődik (Gunderson és Links, 2009). A kórlefolyás a betegség első évtizedében (a páciens húszas éveiben) viharos, a gyakori krízisállapotok, önsértések, öngyilkossági kísérletek, sürgősségi kezelések miatt a zavar megterhelő a beteg, a kezelők és a családtagok számára is (Kuritárné, 2008a).

A két legjelentősebb prospektív kórlefolyás vizsgálat, a McLean Study of Adult Development, és a Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study a borderline diagnosztikus kritériumok stabilitását (state vagy trait), a társuló I. tengely zavarokat, a funkciózavart, az állapotjavulást és a visszaeséseket tanulmányozta több mint egy évtizeden keresztül. Eredményeik bizonyítják, hogy a borderline betegek tünetei sokkal hamarabb mérséklődnek, mint ahogy a korábbi retrospektív kutatások jelezték (McGlashan, 1986; Stone, 1990).

A Collaborative Study indulásakor a borderline személyiségzavar diagnosztikai kritériumait teljesítő 160 személynek csaknem a fele 24 hónap elteltével már nem érte el a DSM-IV-ben meghatározott diagnosztikus küszöböt (McGlashan és mtsai, 2005). A McLean Study eredményei szerint két évvel a diagnózis megállapítása után - a kezdetben súlyos, pszichiátriai osztályos kezelést igénylő - borderline betegek 34%-a már remisszióba került, négy év után további 22%-uk nem érte el a diagnosztikus küszöböt. A kutatás hatodik éve után újabb 22% került remisszióba, majd nyolc, illetve tíz év után még néhány további betegnek változott a diagnosztikus státusza, tehát tíz év elteltével 93%-nál jelentős tünetredukciót tapasztaltak (Zanarini, Frankenburg, Reich és Fitzmaurice, 2010).

Mindkét kutatás vizsgálta a tünetek változásának időbeli mintázódását is, eredményeik szerint egyes kritériumok gyorsan változóak, míg mások stabilabban megmaradnak. A tartósabban fennmaradó tünetek képezik a borderline pszichopatológia magvát, a temperamentális, traitszerű jellemzőket, és felelősek a pszichoszociális funkciózavarért. Az akut, viselkedési tünetek, melyek a magpatológiával való maladaptív megküzdési módot képviselik, javultak a leggyorsabban. Ezek a legjobb markerei a zavarnak és a közvetlen okai a hospitalizációnak (Kuritárné, 2010). A McLean study-ban az impulzív tünetek és az interperszonális nehézségek kezelésére tett aktív maladaptív erőfeszítések, mint a viharos kapcsolatokat eredményező követelőzés, a feljogosítottság-érzet, a kezelésben jelentkező súlyos regresszió és a viszontátételes problémák eliminálódtak a leggyorsabban (Zanarini, Frankenburg, Hennen és Silk, 2003). A legstabilabban fennmaradó temperamentális jellemzőnek az affektív tünetek bizonyultak, például a krónikus diszfória, a haragosság, az üresség-magányosság érzései; valamint az olyan interperszonális problémák, mint a kapcsolatokra való ráutaltság, a dependencia és az elhagyatottságtól való félelem érzései (Zanarini és mtsai, 2007). A Collaborative Study-ban a kevésbé módosuló vonásszerű jellemzők közé az affektív instabilitás és a haragosság diagnosztikai kritériumai tartoztak, amelyek az érzelmszabályozással és az impulzív agresszivitással kapcsolatos tartós problémákat fejezik ki. Gyorsan változó tünetviselkedésnek bizonyultak az ismétlődő öngyilkossági kísérletek és az elhagyatás elkerülésére tett kétségbeesett erőfeszítések (Skodol és mtsai, 2005). A tünetviselkedések stresszre adott válaszként jelentkeznek, epizodikusak és reaktív természetűek, a stresszterhelés függvényében vagy jelen vannak vagy nincsenek.

A pszichoszociális funkciószint alakulásával kapcsolatban a vizsgálatok eredményei kevésbé biztatóak, a funkciókárosodás nem tűnik el a tüneteinken tapasztalható javulás ellenére sem, vagyis a jó pszichoszociális funkciószintet sokkal nehezebb elérni, mint a tünetredukciót. A borderline betegek mindennapi életben való működése kedvezőtlenebb, mint a többi személyiségzavarban, illetve a major depresszióban szenvedő betegeké: alacsonyabb az iskolai végzettségük, gyakoribb körükben a munkaképtelenség, kevesebb a társas kapcsolatuk (Skodol és mtsai, 2002). Mivel a jó pszichoszociális funkciószint elérése igen nehéz vagy problematikus, ezért „rehabilitációs modellben” kell gondolkodni a borderline páciensek kezelésénél, és nem csupán tünetredukcióban (a kettő nem összeegyeztethetetlen) (Gunderson és mtsai, 2011). Fontos terápiás cél, hogy segítsünk a betegeket a munkába állásban, az interperszonális kapcsolatok kialakításában és fenntartásában, a fizikai egészség megtartásában, és a szabadidő értelmes eltöltésében, ami hozzájárul egy jobb énkép kialakításához, illetve az értékesség érzéséhez.

A McLean és a Collaborative Study eredményeit összegezve a borderline páciensek esetében kedvező prognózist jelez előre, ha a beteg élettörténetében nincs gyermekkori szexuális abúzus, a családjában nincs szerhasználat, stabil munkahellyel rendelkezik, nincs társuló C csoportos személyiségzavara, valamint alacsony neuroticizmus és magas barátságosság jellemző rá (Kuritárné, 2010).

A prospektív vizsgálatok szigorú módszertannal nyert empirikus adatainak tükrében a borderline betegek kedvezőtlen prognózisával kapcsolatos korábbi vélekedések és a betegeket övező hagyományos terápiás pesszimizmus oldódni látszik (Kuritárné, 2010).

2.5. A borderline személyiségzavar kóreredete

A borderline személyiségzavar kóreredete multifaktoriális, a kórkép kialakulásában eltérő súllyal jelenlévő biológiai faktorok, pszichológiai tényezők és szociokulturális hatások, valamint ezen tényezők interakciója lényeges szerepet játszik.

A különböző pszichológiai modellek különböző kórokokat tekintenek elsődlegesnek a borderline személyiségzavar kialakulásában. A pszichodinamikus elméletalkotók közül Kernberg a fokozott agresszív késztetést tartja döntő etiológiai tényezőnek, amely vagy veleszületett, vagy az extrém mértékű korai családi frusztráció következtében másodlagosan jelenik meg. Kernberg elméletében a veleszületett agresszió nagyobb hangsúlyt kap, a reális tapasztalatból származó frusztráció nem direkt módon, hanem a fokozott agressziós hajlamon átszűrődve traumatizáló hatású. Linehan bioszociális elmélete szerint a borderline patológia központi vonásának, az érzelemszabályozás zavarának kialakulásához a veleszületett sérülékenység és korai környezeti hatások (érvénytelenítő környezet) interakciója vezetnek. A borderline személyiségzavar kognitív modellje (Beck, Freeman, Young) szerint a beteg tünetei, szélsőséges, instabil érzelmi- és viselkedéses válaszai, instabil interperszonális kapcsolati mintája a gondolkodási hibákból és a személy alapfeltevéseiből származnak. Fonagy a borderline személyiségzavar gyökerét a feldolgozatlan trauma vagy pervazív elhanyagolás eredetű dezorganizált kötődésben és az azzal szoros kapcsolatban álló mentalizációs kapacitás deficitjében ragadja meg (lásd Kuritárné, 2008a; Tényi, 2017).

A neurobiológiai kutatások kezdetben a borderline diagnózis örökölhetőségét vizsgálták (ikerkutatások, családi halmozódás vizsgálatok), majd a neurotranszmitter diszfunkciók kerültek a vizsgálatok középpontjába. Az újabb tanulmányok a strukturális és funkcionális eltérések azonosítására helyezik a hangsúlyt, és immáron nem a borderline

diagnosztikus kategória, hanem a kialakulásáért felelős temperamentumjellemzők, az impulzív agresszivitás és az affektív instabilitás örökletességét tartják célterületnek. Ezek értelmében a borderline hiperszenzitivitás és gátolatlanság lényege az alacsonyabb rendű régiók (pl. amygdala) hiperaktivitása (Krause-Utz, Winter, Niedtfeld és Schmahl, 2014; Schmahl és Bremner, 2006) és a magasabb kérgi gátlófunkciók (pl. mediális prefrontális kéreg, dorzolaterális prefrontális kéreg) csökkent működése (Donegan és mtsai, 2003; Koenigsberg és mtsai, 2009; Mauchnik és Schmahl, 2010; Minzenberg, Fan, New, Tang és Siever, 2007; New és mtsai, 2007).

A fejezet további része részletes áttekintést nyújt a kutatás szempontjából releváns averzív gyermekkori élmények kórnemző szerepéről.

2.5.1. Gyermekkori traumatizáció a borderline személyiségzavar kórereditében

2.5.1.1. A gyermekbántalmazás formái az Egészségügyi Világszervezet meghatározása alapján

A bántalmazás (maltreatment) olyan viselkedésformákat jelent, amelyek a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának a tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezik egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul (Butchart, Harvey, Mian és Furniss, 2006). Az aszimmetrikus kapcsolat kontextusában elkövetett bántalmazást abúzusnak nevezzük (Kuritárné, 2015).

Az Egészségügyi Világszervezet (Butchart és mtsai, 2006) az alábbi típusait különbözteti meg a gyermekbántalmazásnak:

- **Fizikai bántalmazás:** Szándékos fizikai erőszak alkalmazása (pl. ütés, rúgás, bezárás, rángatás, rázás, mérgezés, fojtogatás), amely a gyermek testi épségét, fejlődését és emberi méltóságát károsíthatja. A gyermekek ellen elkövetett fizikai bántalmazást számos családban a gyermeknevelés elfogadható eszközének tekintik.
- **Szexuális bántalmazás:** A gyermek olyan szexuális tevékenységekbe való bevonása, amellyel az áldozat nincs tisztában, nem képes informált beleegyezését adni hozzá, fejlődésileg nem elég érett hozzá, valamint társadalmi tabukat és törvényeket sért. Szexuális bántalmazás a behatolással járó szexuális abúzusformákon kívül egyéb kontakt (intim testrészek simogatása, orális szex), illetve nem kontakt (genitáliák mutogatása, nézegetése, a gyermek bevonása pornográf anyagok

megtekintésébe/készítésébe, a szülő/gondozó szexuális tevékenységének figyelésébe) élményeket is jelent.

- Érzelmi (pszichológiai) bántalmazás: A szülő vagy gondviselő azon viselkedése, amely veszélyezteti, akadályozza a gyermek érzelmi, társas és kognitív fejlődését, viselkedését azáltal, hogy nem biztosít a fejlődéshez megfelelő, támogató közeget. Érzelmi bántalmazást jelent a gyermek megalázása, hibáztatása, megfenyegetése, ijesztgetése, kicsúfolása, nevetségessé tétele, elutasítása, illetve mozgásszabadságának korlátozása.
- Elhanyagolás: Az elhanyagolás során a veszélyeztetés mulasztás formájában történik, amely akadályozza a gyermek egészséges testi, lelki, érzelmi fejlődését (Kuritárné, 2015). Az elhanyagolás az egészség, az iskoláztatás, az érzelmi fejlődés, a táplálás, és a megfelelő lakhatási körülmények biztosításának hiányát jelenti, ami független a szülők anyagi helyzetétől. Zanarini és mtsai (1997) a fizikai elhanyagolás mellett az érzelmi elhanyagolás hat formáját különböztetik meg: a gondozó érzelmileg nem elérhető, következtelen bánásmódot tanúsít, tagadja a gyermek érzéseit, a gyermeket szülői szerepbe helyezi, nem biztosít védelmet és nincs valódi érzelmi kapcsolat a gondozóval.

Kuritárné (2015) tanulmányában az Egészségügyi Világszervezet által számon tartott bántalmazásformákat kiegészíti azzal, hogy traumatizáló hatású lehet, ha a gyermek szemtanúja a családon belüli erőszaknak vagy egy másik személy bántalmazásának.

2.5.1.2. A gyermekkori traumatikus élmények vizsgálatának története a borderline személyiségzavar kórereditében

A borderline személyiségzavar kialakulásában szerepet játszó korai/családon belüli pszichoszociális tényezők vizsgálata három hullámban zajlott. A kutatásokból származó legfontosabb eredmények és következtetések bemutatására a 2.5.2.3. fejezetben kerül sor.

Az *első generációs vizsgálatok* 1968 és 1988 között születtek, fókuszukban a gondozótól való szeparáció, a korai veszteség és a nem megfelelő szülői bánásmód álltak. Ezekből a kutatásokból négy fontos szempont domborodik ki a borderline betegek családjával kapcsolatban (Zanarini, 1997):

- A borderline diagnózis szempontjából diszkriminatív értékkel bír a betegek élettörténetében gyakorta előforduló szülőktől való korai és hosszas szeparáció.

- A borderline betegek az anyával való gyermekkori kapcsolatukat visszatekintve konfliktusokkal terheltnek, érzelmileg távolinak és kevésbé bevonódónak élik meg. Néhány esetben az anya lehet túlinvolváltság és overprotektív, ami a szülő igényeit elégíti ki a gyermek szükségleteinek figyelmen kívül hagyásával.
- Az apa jelenlétének és bevonódásának a hiánya, érzelmileg elhanyagoló magatartása még specifikusabb a borderline kimenet szempontjából, mint az anyával való konfliktuózus kapcsolat.
- A borderline betegek gyermekkori családi élményeinek legspecifikusabb és legpatogénebb vonása a biparental failure, vagyis a mindkét szülővel megzavart, elégtelen kapcsolat. A biparental failure a legkedvezőtlenebb konstelláció, hiszen a gyermeknek nincs lehetősége egyik szülővel sem érzelmileg kielégítő kapcsolatot kialakítani.

Az 1980-as évek végén indultak a *második generációs vizsgálatok*, amelyek a gyermekkori abúzusélmények etiológiai szerepét vizsgálták a borderline személyiségzavar kialakulásában. A második generációs vizsgálatok módszertana sokkal kifinomultabb az első generációsokéhoz képest, a borderline személyiségzavar diagnózisának megállapításához és a gyermekkori traumatikus élmények felméréséhez félig strukturált interjúkat használtak. A második generációs vizsgálatok három legfontosabb eredménye a következő (Zanarini, 1997):

- A borderline személyiségzavarral diagnosztizált páciensek körében gyakori a gyermekkori szexuális és fizikai bántalmazás előfordulása.
- A borderline és a kontrollcsoportok között nem állapítható meg szignifikáns különbség a gyermekkori fizikai abúzus előfordulásának gyakoriságában.
- Az általában depressziós vagy más személyiségzavarokban szenvedő kontrollcsoportokhoz viszonyítva a gyermekkori szexuális abúzus szignifikánsan gyakoribb a borderline személyek körében.

A *harmadik generációs kutatások* már nem izoláltan egy-egy patogén gyermekkori élmény felmérését célozzák meg, hanem az averzív gyermekkori élmények széles skáláját, illetve a szexuális abúzus súlyossági paramétereit vizsgálják a borderline személyiségzavar kialakulásában. Nagy hangsúlyt fektetnek továbbá az elhanyagolás és a szülői szerep elégtelenségének kórnemző szerepére (Zanarini, 1997).

2.5.1.3. A gyermekkori averzív élmények előfordulása a borderline betegek körében

A vizsgálatok legfőbb megállapítása, hogy a súlyos és hosszantartó gyermekkori traumatizáció fontos etiológiai szerepet tölt be a borderline személyiségzavar kialakulásában (Helgeland és Torgesen 2004; Zanarini, 2000), a teljes borderline populációnak akár a 60%-át képezi a traumatikus kóreredit mentén definiálható borderline alcsoport (Paris és Zweig-Frank, 1997; Zanarini és mtsai, 1997). A borderline betegek esetében leggyakrabban komplex traumatizációról beszélhetünk, amely magában foglalja az elhanyagolás és a különböző abúzusformák együttes megjelenését (Zanarini és mtsai, 1997).

Elhanyagolás: Az elhanyagolás legalább olyan gyakori a borderline betegek élettörténetében, és legalább olyan patogén, mint a fizikai vagy szexuális abúzus. A gyakorisági adatokat megvizsgálva a borderline páciensek 92%-a számol be arról, hogy gondozói nem elégítették ki megfelelően fizikai és érzelmi szükségleteit (Zanarini és mtsai, 1997), és 77%-uk esetében mindkét szülő részéről mulasztások történtek (biparental neglect) (Zanarini és mtsai, 2010). Az elhanyagolás egyes típusainak előfordulását tekintve az érzelmi elhanyagolás gyakorisága 70% (Zanarini és mtsai, 1997), az inkonzisztens bánásmódé 50%, a fizikai elhanyagolásé 25% és a gyermek szülői szerepbe kényszerítéséé 60% (Zanarini és mtsai, 1997). Johnson, Cohen, Chen, Kasen és Brook (2006) szigorú módszertani eljárással végzett, prospektív kutatásából származó eredmények szerint a gyermekkori elhanyagolás és abúzus négyszeresére növeli a személyiségzavarok kialakulásának esélyét. Az érzelmi elhanyagolás és a borderline személyiségzavar közötti szoros együttjárást számos tanulmány igazolta (Battle és mtsai, 2004; Bandelow és mtsai, 2005; Lobbetael, Arntz és Berstein, 2010), az elhanyagolás a demográfiai jellemzők, a temperamentum és a szülők pszichiátriai zavarainak kontrollálása után is a BPD jelentős prediktorának bizonyult (Johnson és mtsai, 2006). Fontos megjegyezni, hogy az elhanyagolás más személyiségzavarok esetében is prediktív erővel bír, a különböző személyiségzavarok kialakulását specifikus etiológiai modellek írják le, a borderline személyiségzavar esetében a gyermekkori szexuális abúzus bizonyult diszkriminatív értékűnek (Johnson, Cohen, Brown, Smailes és Bernstein, 1999).

Szeperáció: Az elhanyagolás mellett a borderline betegek több mint felének életében fordul elő a szülőktől való hosszas (egy hónapnál hosszabb ideig tartó) és korai (5 éves kor előtti) szeperáció (Bradley, 1979, Grinker és mtsai 1968, idézi Zanarini, 1997), amelynek oka lehet haláleset, kórházi kezelés, valamint a szülők válása (Soloff és Millward, 1983, idézi Zanarini, 1997). A borderline betegek családjában gyakori a pszichiátriai zavarok előfordulása, a betegek több mint negyedének mindkét szülője (Goldman, D'Angelo és DeMaso, 1993;

Links, Steiner, Offord és Eppel, 1988) és több mint háromnegyedének legalább egy rokona (Goldman és mtsai, 1993) pszichiátriai diagnózissal rendelkezik. A BPD páciensek elsőfokú rokonai között leggyakrabban előforduló kórképek a szerhasználat zavarai, a depresszió és az antiszociális személyiségzavar (Bandelow és mtsai, 2005; Goldman és mtsai, 1993; Sinstad és mtsai, idézi Harman, 2004; Soloff és Millward, 1983). A szülők pszichiátriai zavara szerepet játszhat az elégtelen szülői bánásmód és szeparáció gyakori előfordulásában.

Érzelmi abúzus: Az érzelmi bántalmazás és a borderline személyiségzavar között szoros kapcsolat mutatható ki (Battle és mtsai, 2004; Bierer és mtsai, 2003; Johnson és mtsai, 2006; Kuo, Neacsiu, Fitzpatrick és MacDonald, 2014; Lobbetael és mtsai, 2010), a BPD páciensek 75%-ának anamnézisében szerepel érzelmi bántalmazás (Zanarini és mtsai, 1997). Kuo és mtsai (2014) vizsgálatában a kevésbé súlyos borderline vonásokkal rendelkező személyek esetében az érzelmi abúzus prediktív erővel rendelkező tényezőnek bizonyult, míg a szexuális és fizikai abúzus nem állt összefüggésben a tünetekkel. A szerzők szerint az érzelmi abúzus annak a zavart társas környezetnek a központi jellemzője, amely kiindulópontja lehet a súlyosabb borderline pszichopatológia kialakulásában közreműködő súlyosabb abúzusformáknak. A fizikai és szexuális bántalmazás részeként mindig megjelenik az érzelmi abúzus, de ez az összefüggés fordítva nem igaz. A borderline betegek jellemző érzelemszabályozás zavaráért az érzelmileg bántalmazó közeg is felelőssé tehető, amelyben a gondozók nem jelentenek modellt az egészséges, kiszámítható, következetes érzelemkifejezésre (Kuo és mtsai, 2014).

Fizikai abúzus: A gondozók által elkövetett fizikai bántalmazás előfordulása a borderline populációban 10-73% (Bandelow és mtsai 2005; Golier és mtsai 2003; Paris és mtsai, 1997; Salzman és mtsai, 1993), ugyanakkor ez az abúzusforma más pszichiátriai zavarokban (depresszió, személyiségzavarok) szenvedő betegek élettörténetében is jellemző. Gyakori előfordulása ellenére a fizikai abúzus a kutatások elenyésző hányadában bizonyult a borderline személyiségzavar rizikófaktorának (Links és mtsai, 1988; Salzman és mtsai, 1993; Tyrka, Wyche, Kelly, Price és Carpenter, 2009).

Szexuális abúzus: A borderline személyiségzavar kialakulásában közreműködő korai pszichoszociális ártalmak közül a szexuális abúzusnak kitüntetett szerepe van. A borderline páciensek 40-86%-a számol be gyermekkorában átélt szexuális bántalmazásról (Paris, Zweig-Frank, és Guzder, 1994; Westen, Ludolph, Mistle, Ruffins és Block, 1990; Zanarini, Laudate, Frankenburg, Reich és Fitzmaurice, 2011), azonban a McLean és Gallop (2003) által végzett vizsgálatban ez az arány jóval magasabb, 95% volt. A különböző kontrollcsoportokhoz viszonyítva (egészséges, depressziós, személyiségzavarban szenvedő; fekvő és járóbetegek)

a borderline betegek élettörténetében szignifikánsan gyakoribb a gyermekkori szexuális abúzus előfordulása (Bandelow és mtsai, 2005; Helgeland és Torgesen, 2004; Lobbestael és mtsai, 2010; Zanarini, 2000). A kutatások döntő többsége szoros együttjárást mutatott ki a gyermekkori szexuális bántalmazás és a borderline személyiségzavar között (Lobbestael és mtsai, 2010; Modestin, Furrer és Malti, 2005; Ogata és mtsai, 1990; Paris és mtsai, 1994). A szigorú módszertannal végzett prospektív vizsgálatok eredményei szerint a korai szexuális abúzus a BPD legerősebb prediktorának bizonyult (Battle és mtsai, 2004; Johnson és mtsai, 1999; Rogosch és Chicchetti, 2005; Yen és mtsai, 2002).

Kitüntetett szerepe ellenére, a szexuális abúzusnak nem a megtörténése vagy hiánya, hanem súlyossági paraméterei képviselnek jelentős hatást a borderline kimenet szempontjából (Kuritárné, 2008a; Paris és Zweig-Frank, 1997). Kutatási eredmények bizonyítják, hogy más betegcsoportokhoz hasonlítva a borderline páciensek súlyosabb paraméterekkel jellemezhető szexuális bántalmazásról számolnak be (Paris és Zweig-Frank, 1997). A borderline betegek körében szignifikánsan gyakoribb

- a behatolással járó abúzus (33-44%) (Ogata és mtsai, 1990; Silk, Lee, Hill, és Lohr, 1995),
- a korai, általában hat éves kor előtti kezdet (13-60%) (Shearer, Peters, Quaytman és Ogden, 1990; van der Kolk és Herman, 1989; Westen és mtsai, 1990),
- a nem egyetlen incidensre korlátozódó bántalmazás (50%) (Silk és mtsai, 1995),
- a kényszerítés alkalmazása (93%) (Paris és Zweig-Frank, 1997),
- az intrafamiliaris abúzus (72%) (McLean és Gallop, 2003), ahol az esetek 19-33%-ában a szülő vagy a gondozó az elkövető (Figueroa, Silk, Huth és Lohr, 1997; Paris és mtsai, 1994; Zanarini és mtsai, 2002).

Ogata és szerzőtársai (1990) arra hívják fel a figyelmet, hogy a fiútestvér által elkövetett abúzusról beszámoló betegek esetében gyakran maga a szülő is elkövető, ám a páciens az elfojtás következtében képtelen felidézni ezeket a számára elfogadhatatlan emlékeket.

Kroll (1993) hangsúlyozza, hogy a szexuális abúzus nem vákuumban történik, hanem az egyéb abúzusformák és elégtelen szülői viselkedés kontextusában zajlik, amelyek interakciója kumulatív hatást és súlyosabb felnőttkori pszichopatológiát eredményez (Silk és mtsai, 1995; Sansone, Songer és Miller, 2005; Zanarini, 2000; Zanarini és mtsai, 2002). A szexuális abúzust elszenvedett borderline páciensek gyakran számolnak be fizikai és érzelmi abúzusról, valamint elhanyagolásról (Zanarini és mtsai, 1997). A szülői védelem és gondoskodás mulasztásai nemcsak a családon belüli abúzussal hozhatók összefüggésbe,

hanem az elhanyagolás az extrafamiliaris környezetben előforduló szexuális bántalmazás előfordulásának valószínűségét is növeli. A szülők elérhetetlensége következtében a gyermek figyelemre, törődésre, érzelmi közelségre kiéhezett, idejét gyakran az otthonán kívül, az utcán csellengve tölti, ezért a potenciális elkövető által könnyen hozzáférhető és manipulálható. Az elkövető számára továbbá kapóra jön, hogy a szülő nem veszi észre a bántalmazást és nem védi meg gyermekét (Zanarini és mtsai, 1997).

Ball és Links (2009) tanulmányukban a gyermekkori traumatizáció oki jelentőségét vizsgálják a borderline személyiségzavar kialakulásában. A szerzők Hill (1984, idézi: Ball és Links, 2009) szempontrendszer szerint tekintik át a BPD és a traumatizáció összefüggéseit vizsgáló szakirodalmat, amely alapján az ok-okozati kapcsolat teljesüléséhez szükséges hét kritériumból hat igazolódni látszik (kivételt képez a specificitás kritériuma) (1. táblázat).

1. táblázat. A gyermekkori traumatizáció oki jelentősége a borderline személyiségzavar kialakulásában

Kritérium	Kritérium magyarázata	Vizsgálatok
Az összefüggés erőssége	kontrollcsoportokhoz képest a BPD-ben gyakoribb trauma	Laporte és Guttman, 1996 Oldham és mtsai, 1996 Trull, 2001 Helgeland és Torgesen, 2004 Bandelow és mtsai, 2005 Lobbestael és mtsai, 2010
Konzisztencia	a BPD és a trauma közti kapcsolatot több tanulmány is igazolta	lásd: az összefüggés erőssége, időbeliség
Specificitás	a gyermekkori traumatizáció nem szükséges és elégséges feltétele a BPD kialakulásának	Sabo, 1997
Időbeliség	a gyermekkori traumatizáció időben megelőzi a BPD kialakulását (prospektív vizsgálatokkal igazolható)	Johnson és mtsai, 1999 Yen és mtsai, 2002 Battle és mtsai, 2004 Rogosch és Chiccetti, 2005
Dózis-hatás kapcsolat	a súlyosabb traumatizáció súlyosabb borderline pszichopatológiával jár együtt	Silk és mtsai, 1995 Zanarini, 2002 Sansone és mtsai, 2005
Biológiai plauzibilitás	a traumatizált és a BPD személyek esetében hasonló neurobiológiai elváltozásokat találtak	Nahas és mtsai, 2005 Rinne, 2005 Schmahl és Bremner, 2006
Analógia	a gyermekkori traumatizáció etiológiai szerepe más kórképek esetében is felmerül (pl. antiszociális személyiségzavar)	Rutter és mtsai, 2006

2.5.1.4. A borderline személyiségzavar és a gyermekkori traumatizáció kapcsolatának kutatása a különböző országokban

Míg az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában több mint harminc éve irányulnak kutatások a súlyos és hosszantartó gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött etiológiai szerepére (Bandelow és mtsai, 2005; Helgeland és Torgesen, 2004; Zanarini, 2000), addig a világ többi részén csak az elmúlt évtizedben láttak napvilágot hasonló vizsgálatok. A közelmúltban megjelent japán és kínai tanulmányok célja a borderline etiológia kultúrspecifikus, illetve kultúrafüggetlen aspektusainak feltárása volt (Huang és mtsai, 2012; Machizawa-Summers, 2007; Zhang és mtsai, 2013). A távol-keleti vizsgálatok eredményeiből levont következtetések szerint a gyermekkorban elszenvedett érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, valamint az elhanyagolás a borderline személyiségzavar etiológiájának kultúrafüggetlen részét képviselik, vagyis ezek a traumatípusok a nyugati országokban és a Távol-Keleten is gyakoribbak a borderline populációban, mint más pszichiátriai zavarban szenvedő betegek körében. Kínában az anya által elkövetett fizikai bántalmazás és az érzelmileg elérhetetlen apa, Japánban pedig a túlvédő szülői magatartás bizonyultak kultúrspecifikus etiológiai faktoroknak.

2.5.2.5. A traumatikus emlékek hitelességének kérdése

A borderline személyiségzavar kialakulásában szerepet játszó traumatizáció kóroktani jelentőségének túlhangsúlyozására és megkérdőjelezésére is van példa a klinikusok körében. A korai maladaptív élmények etiológiai szerepének alábecsülése részben a BPD pszichodinamikus szemléletét hosszú időn keresztül meghatározó kernberi koncepcióból származhat, amely az intrapszichikus folyamatok által eltorzított tárgykapcsolati reprezentációkra helyezi a hangsúlyt. A traumaeredettel szemben szkeptikus kezelők szerint a borderline betegek hajlamosak eltúlozni, felnagyítani vagy kitalálni az abúzusélményeket, hogy kivívják a terapeuta figyelmét. A hamis traumatikus emlékek „gyártásának” másik oka lehet, ha a terapeuta szemléletében a traumaeredet és a traumafeltárás fontossága túlzott hangsúlyt kap, így a beteg a beszámolójával a terapeuta ki nem mondott elvárásának tesz eleget, és együttérző odafordulást kap (Kuritárné, 2008a).

A traumatikus emlékek valóságtartamát és hitelességét empirikus adatok támasztják alá, amelyek igazolják, hogy a traumáról való beszámolók a páciens felépülése után sem változnak (Kremers, Van Giezen, Van der Does, Van Dyck és Spinhoven, 2007; Paivio, 2001). Figyelmet érdemel, hogy a gyermekkorban átélt traumatikus események egy részére vagy egészére, az amnéziás gátat biztosító disszociáció következtében, életük bizonyos szakaszaiban nem emlékeznek a betegek (Chu, Frey, Ganzel és Matthews, 1999). A gyermekkori traumatikus élményekről való beszámolók hitelességének feltárására irányuló kutatások számos esetben a családtagoktól szerzett információk vagy az abúzust hivatalosan dokumentáló iratok segítségével kívánják alátámasztani a bántalmazás megtörténtét (Brewin és Andrews, 1996; Herman és Schatzow, 1987).

2.6. Klinikai kép

A fejezet összefoglalja a borderline személyiségzavar diagnosztikus kritériumait és klinikai jelentésüket, valamint külön pontban, bővebben tárgyalja a kutatás szempontjából releváns tüneteket.

2.6.1. A borderline személyiségzavar DSM-5 szerinti kritériumai

A borderline személyiségzavar kritériumai nem mutatnak jelentős változást az 1980-as definíció megjelenése óta. A DSM-III revíziója során egy kritérium megfogalmazása módosult, a DSM-IV a kritériumok sorrendjét változtatta meg diagnosztikai súlyuknak megfelelően, és egy új kritériumot vezetett be (Kuritárné, 2008a), a DSM-IV-TR, illetve a DSM-5 nem módosította a kritériumokat. A kórkép a BNO-10-ben Érzelmileg labilis személyiségzavar borderline típus (F60.31) néven kódolható, amelynek leírása megegyezik a DSM-ben megfogalmazott kritériumokkal.

A borderline személyiségzavar DSM-5 szerinti diagnosztikus kritériumait a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat. A borderline személyiségzavar diagnosztikus kritériumai

Kora felnőttkortól kezdve számos különféle helyzetben megnyilvánuló általános instabilitás az interperszonális kapcsolatokban, énképben és hangulatban, és jelentős impulzivitás, azaz 5 vagy több az alábbiakból:

1. kétségbeesett igyekezet a valós vagy képzelt elhagyatás elkerülésére (nem tartozik ide az 5. ponthoz tartozó öngyilkosság vagy önsértés)
2. instabil és egyben intenzív személyes kapcsolatok, melyeket az idealizálás és a lebecsülés szélsőséges váltakozása jellemez
3. identitászavar: jelentős és tartósan bizonytalan önkép és önérték
4. impulzivitás legalább két, elvileg önveszélyeztető területen (pl. költekezés, szexualitás, pszichoaktív szerhasználat, veszélyes autóvezetés, falás. Nem tartozik ide az 5. ponthoz tartozó öngyilkosság vagy önsértés)
5. ismétlődő öngyilkossági viselkedés, gesztusok vagy fenyegetések vagy öncsonkítás
6. érzelmi labilitás az észrevehető hangulati reaktivitás miatt (pl. kifejezett diszfóriás, ingerlékeny vagy szorongásos epizódok, amelyek rendszerint néhány óráig, ritkábban néhány napig tartanak)
7. belső üresség krónikus érzése
8. inadekvát, intenzív harag vagy annak kontrollálási nehézsége (pl. gyakori ingerültség, haragosság, ismételten tettlegesség)
9. átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid elképzelések vagy súlyos disszociatív tünetek

2.6.2. A DSM-5 tünettana és klinikai jelentése

Igyekezet az elhagyatás elkerülésére: A borderline személyek még az átmeneti szeparációt is nehezen viselik el. Az elhagyatottság elkerülésére tett erőfeszítések gyakran szélsőséges viselkedések formájában nyilvánulhatnak meg, mint dühkitörés, önsértő magatartás, öngyilkossággal való fenyegetőzés vagy öngyilkossági kísérlet (Kuritárné, 2008a). A borderline betegben az egyedüllét általában félelmet és zavarodottságot kelt, a másik személy jelenléte külső védelmet jelent a belső káosz megélésével szemben (MacKinnon és mtsai, 2010). Az egyedülléttől való szorongását a borderline beteg kevésbé veszélyes módon, átmeneti tárgy birtoklásával is oldhatja (Kuritárné, 2008a). Az elhagyatástól való félelem a bizonytalan kötődési stílus megnyilvánulásának tekinthető (Gunderson és Links, 2009).

Intenzív, instabil kapcsolatok: A borderline páciensek intenzív és instabil kapcsolatainak alapját a hasítás mechanizmusa jelenti (Gunderson és Links, 2009). A borderline páciens más

emberekkel való kapcsolata túldramatizált és teátrális, melyben a pozitív és negatív érzések túlzásai váltakoznak. A beteg polarizált módon értékeli a számára jelentős másikat, mely magában foglalja a személy átmeneti idealizálását (gondoskodó, védelmező), vagy totális leértékelését. Az idealizáció származhat a másik szeretete utáni sóvárgásból, vagy a beteg azon vágyából, hogy viszonzásul őt is idealizálják (MacKinnon és mtsai, 2010).

Identitászavar: Az identitászavar kritériuma Kernberg borderline személyiség szerveződés koncepciójából származik (Gunderson és Links, 2009). Az identitásdiffúzió magába foglalja az autonóm öndefiníció és az önvezéreltség hiányosságát, valamint az önkép, az önérték és esetenként a testkép zavarát is. A borderline betegek a személyes identitás híján értékeiket és viselkedésüket az éppen jelenlévők értékrendjéhez és viselkedésmódjához illesztik. Az így megalkotott öndefiníció azonban csak az aktuális interakció kontextusában létezik és a különböző helyzetekben bejósolhatatlanul változik. Az identitásdiffúzió az önéletrajzi emlékezet hiányosságára is visszavezethető, hiszen a borderline páciensek számára a múlt történései elválnak a jelentőtől, és az adott pillanat definiálja fragmentált identitásukat. (Kuritárné, 2008a).

Érzelmi labilitás: Korai klinikai megfigyelésekből származik ez a kritérium, amely szerint a borderline betegeket hiperbolikus érzelmi tónus jellemzi, vagyis affektusaik intenzívek, illékonyak és széles skálán mozognak. A reaktív és átmeneti affektusok differenciáldiagnosztikai támpontot jelentenek az affektív zavaroktól való elkülönítésben. Az emocionális reaktivitás dühben vagy a bensőséges kapcsolat iránti követelőzésben nyilvánul meg. A borderline páciensek szorongástűrése alacsony, a borderline szorongás pedig krónikus, diffúz, szabadon lebegő, valamint előfordul a szociális gátoltság is. A közelségtől és az interperszonális távolságtól való félelem Masterson elmélete szerint borderline-specifikus. A közelség az elnyeletés, összeolvadás érvessztéssel járó élményét mobilizálja, a távolság pedig elviselhetetlen magányba, elhagyatási depresszióba taszít. Gunderson az internalizált jó belső tárgyak hiányát nevezi meg kulcsfontosságúnak a borderline szorongás esetén. A borderline személyek alaphangulata általában diszfóriás (rosszkedvű, irritábilis), melyet epizodikusan a többnyire környezeti eseményekre adott, erős dühvel és szorongással járó hangulatváltozások szakítanak meg (Kuritárné, 2008a). Olyan jelentéktelennek látszó – legtöbbször interperszonális – események is dührohamot válthatnak ki belőlük, mint egy-egy apróbb félreértés. A személyre gyakran jellemző a vad és kontrollálatlan érzelmek kitörése (MacKinnon és mtsai, 2010).

A belső üresség krónikus érzése: A kritérium a borderline személyek esetében domináns fájdalmas érzést, az értelmetlen létezés és a feleslegesség élményét írja le (Kuritárné, 2008a),

amely gyakran zsigeri szinten is jelentkezik, főként a mellkas és a has területén (Gunderson és Links, 2009). Az ürességérzés differenciáldiagnosztikai értékkel bír, megkülönbözteti a borderline személyiségzavarban jellemző depressziót a többi depressziótól (Gunderson és Links, 2009). A belső üresség ellen a személy impulzív viselkedésformákkal (pl. mértéktelen drog- és alkoholfogyasztás) és önsértéssel is védekezhet. A beteg a szerek által kiváltott intenzív élmények segítségével „valósabbnak” érezheti magát (MacKinnon és mtsai, 2010).

Inadekvát, intenzív harag: A borderline személyiségzavarban jellemző harag manifesztálódhat extrém keserűség, másokat leértékelő attitűd vagy direkt dühkitörések formájában, amelyet a provokációira adott jogos reakcióként élnek meg a betegek. Kernberg a borderline etiológiában központi szerepet tulajdonít a haragnak, amely az önsértő viselkedések és a hasítás megjelenéséért felelős (Gunderson és Links, 2009). Ugyanakkor egyes krónikusan öndestruktív betegek esetében az agresszív érzések túlkontrollálása figyelhető meg, amely szintén az agressziószabályozás zavarára figyelmeztet (Kuritárné, 2008a).

2.6.2.1. Önsértés

A szándékos fizikai önsértés akaratlagosan elkövetett, többnyire alacsony letalitású cselekmény, amelynek során a betegnek nem áll szándékában véget vetni az életének (Kuritárné, 2008b). A nem letális szándék ellenére az önsértések kockázatosak, a személy alábecsülheti a tett veszélyességét, ami maradandó károsodásokhoz vagy halálesethez vezethet. Önsértő viselkedések általában más tünetekhez társulva vannak jelen, ugyanakkor a DSM-5 javaslatot tesz az önsértés mint önálló diagnosztikus kategória megalkotására (APA, 2013). Az önsértő viselkedés a borderline személyiségzavar egyik központi jellemzője, magasan diszkriminatív értékű diagnosztikus kritérium (Dubo, Zanarini, Lewis és Williams, 1997), gyakran hivatkoznak rá a kórkép viselkedéses specifikumaként (Sansone, 2004). Más pszichiátriai zavarokban (Briere és Gil, 1998; Nijman és mtsai, 1999; Sansone, Songer és Miller, 2007) és az átlagpopulációban is előfordulhat önsértés (Briere és Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns és Turkheimer, 2003), ám egyikben sem olyan gyakorisággal, mint a borderline személyiségzavarban. Az ismételt önsértések prevalenciája az átlagpopulációban 0,3% (Briere és Gil, 1998), az egyszeri önsértéseké 4% (Briere és Gil, 1998; Klonsky és mtsai, 2003). A nem borderline pszichiátriai kórképekben szenvedő páciensek 4,3%-a követ el fizikai önkárosítást élete során (Herpertz, Sass és Favazza, 1995).

A borderline populációban a szándékos önsértő viselkedések élettartam prevalenciája 57-75% (Fyer, 1988; Linehan, 2010), ám a súlyosabb pszichopatológiával jellemezhető fekvőbetegek körében még magasabb, akár 80% az előfordulási gyakorisága (Shearer, Peters és Quaytman, 1988). A borderline betegek jelentős része krónikus, habituális önsértő. Két vizsgálat azonosított egy olyan BPD alcsoportot, akik extrém gyakorisággal bocsátkoznak önsértésekbe, rájuk „szuper-önsértőként” hivatkoznak (Dubo és mtsai, 1997). Dubo és mtsai (1997) kutatásában a vizsgálati mintát alkotó 42 hospitalizált borderline beteg 40,5%-a volt „szuper-önsértő”, ők ötven vagy több önsértést követtek el életük során, és néhányan több száz epizódról számoltak be. A Zanarini, Laudate, Frankenburg, Wedig és Fritzmaurice (2013) által vizsgált BPD páciensek 50,8%-ának élettörténetében több, mint harmincöt önsértést azonosítottak. A nem borderline pszichiátriai betegek esetében habituális önsértőnek azokat a pácienseket nevezik, akik több, mint 5 önsértő epizódról számolnak be (Rosenthal, 1972, idézi Favazza és Rosenthal, 1990; Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami és Iseki, 2004). A habituális önsértők előfordulása a nem borderline pszichiátriai populációban 7-10% (Kuritárné, 2008b).

A demográfiai mutatókat nézve az önsértő magatartás nőbetegek körében (Favazza, 1999) és fiatalabb életkorban gyakoribb. Az első cselekmények megjelenésének ideje általában 13-17 éves korra tehető, de akár 12 éves kor előtt is kialakulhat az önsértő viselkedés (Zanarini és mtsai, 2006). Az összes cselekmény 75%-át a 18 és 45 év közötti betegek követik el (Linehan, 2010). A gyermekkorban kezdődő önsértés felnőttkorra átívelve extrém gyakoriságúvá válik (Dubo és mtsai, 1997; Zanarini és mtsai, 2006), Dubo és mtsai (1997) vizsgálatában a szuper-önsértő borderline betegek mindegyike kora gyermekkorban kezdte az önsértést. A 45 év feletti pácienseknél a kutatási adatok szerint már ritkán tapasztalható önsértő viselkedés (Sansone és Wiederman, 2014, Zanarini és mtsai, 2008, Zanarini és mtsai, 2013), gyakoriságának hanyatlását a prospektív kórlefolyás vizsgálatok az impulzivitás kiégésével, a tünetek súlyosságának mérséklődésével magyarázzák (Stevenson, Meares és Comerford, 2003; Stone, 1990).

A borderline betegek által elkövetett önsértések leggyakoribb formái a vágás (80%), az ütés (önmaga ütlegelése vagy tárgyak ütése) (24%) és az önégetés (20%) (Shearer 1994; Zanarini és mtsai, 2013). Vizsgálatok pozitív irányú együttjárást találtak az önsértések gyakorisága és súlyossága között (Nixon, Cloutier és Aggrawal, 2002; Zanarini és mtsai 2013). Az önsértések súlyosabb formája, mint a fej falba verése a BPD betegek 15%-ánál jelenik meg (Shearer, 1994), ugyanakkor a pszichotikus betegek által esetenként elkövetett súlyos öncsonkítás a borderline pácienseknél nem jellemző (Herpertz és mtsai, 1995).

Az önsértés kialakulásának háttere

Az önsértő viselkedés és a gyermekkori traumatikus élmények között szoros együttjárást találtak a vizsgálatok nemcsak a borderline populációban (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit és Mann 1997; Silk, Nigg, Westen és Lohr, 1997; van der Kolk, Perry és Herman 1991; Zonarini és mtsai, 2002), hanem a más pszichiátriai diagnózisú páciensek csoportjában (Pettigrew és Burcham, 1997), valamint az átlagpopulációban is (Romans, Martin, Anderson, Herbison és Mullen, 1995). A kutatások többségében az önsértések legerősebb prediktorának a súlyosabb paraméterekkel jellemezhető, korai kezdetű, gondozó által elkövetett, kényszerítéssel történt szexuális abúzus bizonyult (Matsumoto és mtsai 2004, Romans és mtsai 1995, Zonarini és mtsai, 2011; Zweig-Frank és Paris 1997; Zlotnick és mtsai, 1996). Egyes tanulmányok azonban rávilágítottak arra, hogy az önsértés kialakulásában a szexuális abúzuson kívül a gyermekkorban elszenvedett fizikai abúzus, a fizikai és érzelmi elhanyagolás, valamint a szülőktől való korai szeparáció is jelentős szerepet játszhat (Dubo és mtsai, 1997; van der Kolk és mtsai, 1991).

Stanley és Brodsky (2005) szelfregulációs modellje szerint a gyermekkori traumatizáció és az önsértő viselkedés közötti feltételezhető közvetítő mechanizmus az impulzuskontroll és az érzelemszabályozás elégtelensége. A szándékos önsértő viselkedésnek szelf- és affektus-szabályozó szerepe van, vagyis az öndestrukció az önszabályozás, az érzelmi tudatosság és az érzelemszabályozás hiányos kapacitásának pótlására szolgál (Stanley és Brodsky, 2005).

A krónikus önsértő viselkedés kialakulásában és fennmaradásában a fájdalompercepció módosulása vagy hiánya lényeges szerepet játszik. Az analgézias betegek a borderline populáció súlyosabb alcsoportját képviselik: súlyosabb tünettannal rendelkeznek, gyakrabban követnek el önsértést, és gyermekként súlyosabb paraméterekkel jellemezhető szexuális abúzus áldozatai voltak (Kuritárné, 2008b). Az analgéziáért fiziológiai szinten a megnövekedett endogén opiát produkció tehető felelősség, pszichológiai szinten a magas disszociatív készség (Bunderla és Kumperscak, 2015; Ludäscher és mtsai, 2007; Russ, Shearin, Clarkin, Harrison és Hull, 1993; Schmahl és mtsai, 2004; Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger és Bohus, 2001), amelynek hátterében szintén a gyermekkori traumatikus élmények állnak. Egyes vizsgálatokban a disszociációt erősebb prediktornak találták, mint a gyermekkori traumatizációt, így felvetik, hogy az önsértés a disszociációra adott közvetlen válasz (Brodsky, Cloitre és Dulit, 1995).

A gyermekkori traumatizáció mellett az önsértés hátterében biológiai tényezők is állhatnak, például az impulzív agresszivitás mint temperamentumtényező vagy neurokémiai szinten a csökkent szerotonerg aktivitás.

Az önsértés funkciói

Az érzelemszabályozási modell értelmében az önsértés funkciói a következők: a kontrollérzet elnyerése az érzelmileg elárasztó helyzetekben (Klonsky, 2007, 2009; van der Kolk és mtsai, 1991); az elviselhetetlen feszültség, érzelmi fájdalom, düh, distressz, valamint az elhagyatás veszélyének észlelése által kiváltott diszfóriás, kiüresedett állapotok kifejezése, igazolása és csillapítása (Herman, 2011; Nixon és mtsai, 2002; Paivio és McCulloch, 2004; Suyemoto, 1998; Zanarini és mtsai, 2013). Az önsértés nemcsak kifejezi, igazolja és csillapítja a szenvedést, hanem láthatóvá teszi, konkretizálja a fájdalmat (Kuritárné, 2008b). Az önsértés értelmezhető továbbá a disszociatív állapotra adott közvetlen válaszként, a beteg a disszociáció következtében fellépő deperszonalizáció élményétől az önsértés segítségével szeretne megszabadulni (Brodsky és mtsai, 1995; Nixon és mtsai, 2002; Zanarini és mtsai, 2013), és a fájdalom okozása révén próbálja ismét élőnek érezni magát. A borderline betegek jellemző magas agressziószint a bántalmazó bánásmódra adott válasznak tekinthető (Kuritárné, 2008b). A gyermekként bántalmazást elszenvedő személyek nem rendelkeznek a konfliktusmegoldás megfelelő eszköztárával, nehézségeik vannak a düh szabályozása terén, ami tovább erősíti bennük a belső rosszasságukról való meggyőződésüket és a másik szeretetére való érdemtelenységüket. A trauma túlélői a mélyen beléjük rögzült öngyűlölet következtében gyakrabban fordítják önmaguk ellen agressziójukat, mint amilyen arányban másokat bántanak, illetve gyakrabban válnak áldozattá (Herman, 2011). Az önsértés az önmagát kegyetlenül megítélő beteg számára önbüntetésként is szolgálhat.

A családtagok és a klinikusok egy része által hangoztatott manipulatív és figyelemfelkeltő szándék (Zanarini és mtsai, 2013) inkább tanult jellegű, mely a környezet jutalmazó odafordulására adott reakcióként, másodlagosan jelenik meg (Stanley és Brodsky, 2005). Az interperszonális funkció elsődlegessége ellen szól, hogy az önsértések általában nagyon privát jellegűek, a páciensek fele szégyelli, tagadja vagy titkolja az elkövetésüket.

2.6.2.2. Szuicid viselkedés

A borderline betegek a nem letális szándékú fizikai önsértés mellett a krónikus szuicid viselkedés is jellemző, amelyet általában világosan képesek elkülöníteni a szándékos fizikai önsértéstől. A borderline személyiségzavar az egyetlen olyan kórisme, amelynek diagnosztikus kritériumai között szerepel az öngyilkos magatartás (Osváth, Vörös és Fekete, 2017). Az öngyilkossági kísérletek elkövetését legalább minimális meghalási szándék vezérli,

módozata (általában gyógyszer túladagolás) jelentősen eltér az önsértésektől. Nem szabad szem elől téveszteni, hogy az ismétlődő önsértések megduplázzák az öngyilkossági kísérletek valószínűségét (Stone, 1990), az extrém önsértők körében a legmagasabb a szuicid viselkedés előfordulása, így esetükben jóval nagyobb mortalitási veszéllyel kell számolni (Dubo és mtsai, 1997).

A kórházban kezelt borderline páciensek legalább 73%-a kísérel meg legalább egyszer öngyilkosságot élete során (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius és Ulrich, 1994), és közel 50%-uk élettörténetében szerepel legalább egy súlyos kísérlet (Gunderson, 1984). Egy borderline beteg élete során átlagosan 3,4 szuicid kísérletet követ el (Soloff és mtsai, 1994), a befejezett öngyilkosságok gyakorisága (3-10%) esetükben ötvenszer magasabb, mint az átlagpopulációban (Oldham és mtsai, 2010). Paris és Zweig-Frank (2001) vizsgálatában az utánkövetett borderline betegek 10,3%-a vetett véget életének, átlagéletkoruk 37 év volt.

A borderline személyek körében az öngyilkossági kísérlet egyik legjelentősebb rizikófaktor a személyiségzavarhoz társuló major depresszió (Corbitt, Malone, Haas és Mann, 1996; Fyer, 1988; Soloff, Lynch, Kelly, Malone és Mann, 2000), a szuicid kísérletet elkövetett BPD betegek 74%-ánál azonosítható major depressziós epizód (Isometsa és mtsai, 1996). A komorbiditás szignifikánsan megnöveli az öngyilkosság veszélyét a csak borderline személyiségzavarban vagy csak major depressziós zavarban szenvedő kontrollcsoportokhoz képest. A két zavar társulása esetén a distressz tünetek szubjektíve súlyosabb megélése és a reménytelenség érzése súlyosabb szuicid viselkedéshez (gyakoribb, megtervezett kísérletek, magasabb letális szándék) járul hozzá (Soloff és mtsai, 2000). A borderline impulzivitás és a depressziós betegek esetében jellemző megtervezett öngyilkossági kísérletek nem zárják ki kölcsönösen egymást, sőt együttesen növelik a szuicid kockázatot, a páciens az aprólékosan megtervezett kísérletet hirtelen felindulásból követi el (Soloff és mtsai, 2000). Az impulzivitás a társuló I. tengely zavar nélkül, önmagában is jelentős rizikófaktor, nagyobb prediktív értékkel rendelkezik, mint a patológia globális súlyossága (Brodsky és mtsai, 1997).

Az anamnesztikus tényezők közül a tanulmányok szignifikáns együttjárást találtak a gyermekkori szexuális abúzus és az öngyilkossági kísérletek gyakorisága között (Soloff, Lynch és Kelly, 2002; van der Kolk és mtsai, 1991). A borderline betegek élettörténetében előforduló szexuális bántalmazás tízszeresére növeli a szuicid viselkedés valószínűségét (Soloff és mtsai, 2002). A kutatások jelentős része nem a szexuális abúzus megtörténtét vagy hiányát teszi felelőssé a fokozott szuicid rizikóért, hanem súlyossági paramétereit (Briere és Zaidi, 1989; Zanarini és mtsai, 2002), mint a korai (6 éves kor előtti) kezdet (Kaplan, Asnis, Lipschitz, és Chorney, 1995), a családtag által elkövetett bántalmazás (Dubo és mtsai, 1997),

a kényszerítés (Stepakoff, 1998) és a behatolással járó abúzus (Mullen, Martin, Anderson, Romans és Herbison, 1993). Van der Kolk és mtsai (1991) utánkövetéses vizsgálatában a gyermekkorban átélt bántalmazási formák közül a szexuális és fizikai abúzus, valamint a családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség bizonyultak a szuicid viselkedés legerősebb prediktorainak.

A bejezett öngyilkosság kockázati tényezői között szerepel a borderline személyiségzavarhoz társuló depresszió (Fyer, 1988; Soloff és mtsai, 2000), a szerhasználat (Dumais és mtsai, 2005; McGirr és Turecki, 2007; Soloff és mtsai, 1994) és az antiszociális személyiségzavar (Isometsa és mtsai, 1996, McGirr és Turecki, 2007), míg a hisztrionikus vonások csökkentik a rizikót (Shearer és mtsai, 1988). A komorbid zavarokon kívül rizikót jelent a több, hosszabb, korábban elkezdődött hospitalizáció (Kjelsberg, Ikesethe és Dahl, 1991), a több megelőző öngyilkossági kísérlet (Isometa és mtsai, 1996), valamint a szülőktől való korai szeparáció (Kjelsberg és mtsai, 1991).

A borderline szuicidalitás jól elkülönül a major depresszióban jellemző öngyilkossági viselkedéstől (Osváth és mtsai, 2017). A borderline betegek szuicid viselkedése impulzivitással, haraggal, alacsonyabb letális szándékkal, valamint a tervezés hiányával kapcsolódik össze (Sansone, 2004). A szinte állandóan jelenlévő szuicid gondolatok az interperszonális kapcsolatok krónikus problémáival függenek össze, kiváltásukhoz nem szükséges extrém stresszor. A krónikus szuicidalitás tekinthető a másokhoz való kapcsolódás maladaptív módjának, kommunikációs eszköznek (Sansone, 2004; Soloff és mtsai, 2000).

2.6.2.3. Disszociáció

A disszociáció konceptualizálását folytonos viták övezik (Spitzer, Barnow, Freyberger és Grabe, 2006). Nincs egyetértés a disszociatív jelenségek természetével (kontinuum vagy kategória) és meghatározásával kapcsolatban, különféle álláspontok ismeretesek a disszociatív zavarok osztályzását illetően, és az egyes iskolák másként értékelik a disszociatív működésmód eredetét és funkcióját, nevezetesen, hogy integrációs hiánynak vagy traumával szembeni védekezésnek tekinthető-e (van der Hart, Nijenhuis, Steele és Brown, 2004).

Janet a disszociációt a mentális működések és a tudatosság patológiás dezintegrációjának tartotta, ami csak a pszichés zavarban szenvedő betegeknél jelenik meg (Putnam, 1989), a későbbi elméletalkotók viszont a disszociáció dimenzionális szemléletét hangsúlyozzák

(Spitzer és mtsai, 2006). A dimenzionális felfogás értelmében a kontinuum egyik végén az ún. normális vagy hétköznapi disszociatív jelenségek, másik végén pedig a súlyos és klinikailag releváns formák, vagyis a patológiás disszociáció helyezhető el. A disszociatív élmények balra ferde (nem normális) eloszlást mutatnak az átlagpopulációban, vagyis az enyhe disszociatív élmények fordulnak elő nagyobb gyakorisággal. Hétköznapi disszociáció alatt azokat a folyamatokat értjük, amelyek során rutinszerű komplex cselekvéseket kivitelezünk, miközben a környezetről való tudatosságunk átmenetileg megszűnik, például nappali álmodozás, autópálya transz. Átmeneti deperszonalizációs és derealizációs élmények az egészséges személyek 70%-ánál megjelenhetnek (Sadock és Sadock, 2004), például alvásmegvonás, betegség, szerabúzus és szenzoros depriváció hatására (van der Hart és mtsai, 2004). A disszociációt mérő modern diagnosztikus eszközöket (pl. a Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken és Vertommen által 1991-ben publikált Dissociation Questionnaire (DISQ)) a dimenzionális szemléletnek megfelelően alakították ki, így az egészséges populációban előforduló enyhe mértékű disszociáció és a kontinuum másik végén elhelyezhető patológiás disszociáció mérésére is alkalmasak (Ijzendorp és Schuengel, 1996). A disszociáció kategoriális vagy dimenzionális szemlélete körüli viták újra előbukkantak. A széles körben használt, önkitöltős Disszociatív Élmények Skála (Dissociative Experiences Scale, DES) segítségével nyert adatok taxonometrikus elemzése empirikusan igazolta a különbséget a disszociáció egy dimenzionális, nem-patológiás típusa és egy nem folytonos, patológiás típusa között (Spitzer és mtsai, 2006). A patológiás disszociáció elkülönülő kategóriát képvisel, amelynek az egyén vagy tagja, vagy nem. A patológiás disszociáció biometrikus struktúráját egy nagyszabású, átlagpopuláción végzett vizsgálat is igazolta (Waller és Ross, 1997, idézik Spitzer és mtsai, 2006.).

A disszociáció definiálásával kapcsolatos problémák megmutatkoznak a disszociatív zavarok BNO-10-ben és DSM-5-ben történő meghatározásának és osztályozásának eltéréseiben. Míg a DSM-5 a disszociációt a „tudat, a memória, az identitás vagy a környezet észlelésének általában integrált funkcióinak szétszakadásaként” jellemzi (American Psychiatric Association, 2014), a BNO-10 (2004) „az emlékek, az identitástudat, a pillanatnyi érzések, és a testmozgások kontrollja közötti integráció teljes vagy részleges megszűnéseként” definiálja. Összegezve, mindkét diagnosztikus rendszer álláspontja megegyezik abban, hogy a disszociáció az önéletrajzi memóriát, a tudatot és a személyes identitás területét érinti. Ugyanakkor a BNO-10 elfogadja, hogy a motoros és a szenzoros rendszerek is érintettek lehetnek, s az így keletkező tüneteket a konverzió terminus alá sorolja. Ezzel ellentétben a DSM-5 a disszociációt a pszichikus funkciók és rendszerek szintjére korlátozza.

Következésképpen a DSM-5 a konverziós zavarokat a szomatoform zavarok közé sorolja, míg a BNO-10 azt állítja, hogy disszociatív és a konverziós zavarok közös patomechanizmus révén jönnek létre, tehát egy csoportba tartoznak. Továbbá a deperszonalizációt és a derealizációt a BNO-10 a DSM-5-tel ellentétben nem tekinti disszociatív zavarnak.

A klinikai gyakorlat és az elméletképzés szempontjából meghatározó a van der Hart és mtsai (2004) nevéhez köthető strukturális disszociáció modell, amely Janet úttörő munkásságához nyúlik vissza. A szerzők csak a személyiség megosztottságával járó állapotokat, vagyis a strukturális disszociációt tekintik disszociációnak, az egészséges személyek által is gyakran tapasztalt disszociatív jelenségeket csupán módosult tudatállapotnak tartják (nem disszociációnak). Ilyen értelemben szűkebben definiálják a disszociációt, ugyanakkor a szomatoform disszociatív tüneteket is a disszociatív jelenségek körébe sorolják (a BNO-10-hez hasonlóan). Van der Harték felosztása szerint pszichoform és szomatoform, illetve pozitív és negatív disszociatív tünetekről beszélünk.

Másik, a disszociációt érintő fontos kérdés, hogy elhárításnak, a traumával szembeni védekezésnek tekinthető, avagy mint azt van der Harték képzelik, fejlődési elmaradásról van szó. A fejlődés a gyermekkori „diszkrét viselkedéses állapotok” felől halad az integrált személyiségműködés irányába. Ezt a fejlődési feladatot a traumatikus élményeknek kitett gyerek nem tudja megoldani (Putnam, 1997). A normális kohezív személyiség kialakulásához egyrészt az olyan agyi struktúrák pszichobiológiai érése szükségeltetik, amelyek a főbb integrációs feladatokat látják el (pl. hippocampus, prefrontális lebeny), másrészt olyan, a biztonságos kötődés által facilitált képességekre van szükség, amelyek képesek fenntartani, szabályozni és integrálni ezeket az állapotokat. A gyermek ismétlődő traumatizációja veszélyezteti a pszichobiológiai fejlődési folyamatokat, akadályozza a viselkedéses állapotok integrációját, és konzerválja, felerősíti a személyiség strukturális disszociációját (van der Hart és mtsai, 2004).

A disszociáció mint elhárítás ellen szól az az érv is, hogy a pozitív disszociatív tünetek (a flashbackek és a szomatikus szinten a testbe bevésődött fájdalom) ismételt megjelenése nem mentesít a traumatikus élmények testi-lelki újraélésétől, hanem éppen ellenkezőleg, ezek következtében a személy újból megszenvedi a traumatikus történéseket.

A disszociáció mint a traumával szembeni védekezés több funkciót tölt be. Akut trauma esetén adaptív folyamatnak tekinthető, amely lehetővé teszi az egyén számára annak az illúzióknak a fenntartását, hogy pszichológiailag uralja a helyzetet, miközben a teste feletti kontroll más kezében van (Gabbard, 2016). A traumatikus esemény során jelentkező, úgynevezett peritraumatikus disszociáció segítségével az áldozat pszichésen kilép a

helyzetből, képessé válik a társuló testi/lelki érzések tudatosságról történő leválasztására, így mentesül a rettegés és a testi fájdalom megélésétől (Ehlers és Clark, 2001; Perry és Herman, 1993). A szexuális abúzust elszenvedett páciensek gyakran számolnak be arról, hogy a traumatizáció alatti kilátástalanságtól és fájdalomtól úgy próbáltak szabadulni, hogy kiléptek a testükből és felülről látták magukat, vagy egy képzeletbeli védelmező segített elviselhetővé tenni a helyzetet, vagy egy kellemes helyre menekültek képzeletben (Spiegel, 1997). A disszociáció ugyanakkor maladaptív következményekkel is jár: késlelteti a traumatikus esemény átdolgozását, távol tartja a trauma emlékeit/érzéseit a tudatosságtól, így megakadályozza az élettörténetbe való beágyazását (Ehlers és Clark, 2001; Nijenhuis és mtsai, 2010). A disszociáció tehát az adott helyzetben hasznos, de hosszútávon megnöveli a pszichopatológia és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) kialakulásának esélyét (Ehlers és Clark, 2001). Vizsgálati eredmények szerint a traumatizáció alatti disszociáció a legerősebb előrejelzője a PTSD-nek (Levensvlt-Mulders és mtsai, 2008).

A disszociatív tünetek a borderline személyiségzavar abúzuskonceptiója kapcsán megindult vizsgálatok eredményeinek következtében kerültek be a DSM-IV borderline kritériumai közé (Kuritárné, 2008a). Empirikus vizsgálatok igazolják, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek súlyosabb és gyakoribb disszociatív élményekről számolnak be a pszichiátriai zavarokban szenvedő és egészséges kontrollcsoportokhoz képest (Galletly, 1997; Paris és Zweig-Frank, 1997; Simeon, Nelson, Elias, Greenberg és Hollander, 2003; Van den Bosch, Verheul, Langeland és Van Den Brink, 2003; Zanarini és mtsai, 2000). A BPD páciensek 25-32%-ának enyhe és rövid ideig fennálló disszociatív tünetei vannak, 30-50%-uk közepesen súlyos disszociációt él át, és 26-40%-ának disszociatív készsége a disszociatív identitászavarban szenvedő páciensekével megegyező (Vermetten és Spiegel, 2014; Zanarini és mtsai, 2000). A BPD betegek szűkebb csoportjára olyan súlyos és tartós disszociáció jellemző, hogy a páciensek teljesítik akár a legsúlyosabb és legkrónikusabb disszociatív zavarok kritériumait (Korzewka és mtsai, 2009; Ross, 2007; Sar, Akyüz, Kugu, Ozturk és Ertem-Vehid, 2006; Sar, Akyüz, és Dogan, 2007).

A disszociatív tünetek súlyossága és gyakorisága az idő előrehaladtával jelentősen csökken, a BPD páciensek kétharmadánál következik be stabil remisszió. A súlyos tünetek visszatérése nagyon ritka, ami reményt adhat a betegek és a kezelők számára is. A tünetredukció oka pontosan nem tisztázott, a pszichoterápiás kezelések, a támogató családi közeg és az életkor előrehaladta együttesen játszhatnak benne szerepet (Zanarini, Frankenburg, Jager-Hyman, Reich és Fitzmaurice, 2008).

A disszociatív jelenségek feltehetően a gyermekkori traumatizáció következményeként részei a borderline tünettannak (Brodsky és mtsai, 1995; Draijer és Langeland, 1999; van der Kolk és mtsai, 1996). A gyermekkori fizikai és szexuális abúzus (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, és Lipschitz, 2006; Shearer, 1994; Simeon és mtsai, 2003; Zanarini, 2000; Van den Bosch és mtsai, 2003), az elhanyagolás (Simeon és mtsai, 2003), a családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség, illetve az inkonzisztens bánásmód (Zanarini, 2000) a disszociáció legfőbb bejósoló tényezőinek bizonyultak. Az abúzus súlyossági paramétereivel együtt nő a disszociáció mértéke, a társuló disszociatív zavarok esetén a legsúlyosabb abúzustörténettel és a legzavartabb kötődési státusszal kell számolni (Brodsky és mtsai, 1995; Mosquera, Gonzalez és van der Hart, 2011; Vermetten és Spiegel, 2014). A gyermekkori szexuális abúzus prediktív értékét egyes szerzők cáfolták, ők a BPD betegeknél temperamentális sérülékenységet feltételeznek a disszociáció hátterében (Zweig-Frank, Paris és Guzder, 1994).

2.6.2.4. Impulzivitás

Az impulzivitás meghatározása nem egységes a szakirodalomban, hiszen érinti a kognitív (elsietett, tervezést és előrelátást nélkülöző döntések), az affektív (gátolatlan érzelmkifejezés, hangulati labilitás és irritabilitás) és a viselkedéses (meggondolatlan, potenciálisan vagy ténylegesen ön- és közveszélyes cselekedetek) szférát is (Van Reekum és mtsai, 1994). Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, és Swann (2001) impulzivitás-definíciója a leginkább átfogó és széles körben elfogadott, amely szerint az impulzivitás a külső és belső ingerekre adott gyors, nem tervezett reakciókra való hajlamot jelenti, a tett esetlegesen negatív következményeinek figyelmen kívül hagyásával. Az impulzivitás számos pszichiátriai zavarban, köztük a szerhasználat zavaraiiban, bulimiában, szuicid viselkedésekben és az impulzuskontroll zavarok csoportjában kulcsjelentőségű vonás (American Psychiatric Association, 2014).

Az impulzivitás a borderline személyiségzavar egyik központi tünetének tekinthető (Bornovalova és mtsai, 2008; Paris, 2007; Skodol és mtsai, 2002; Zanarini, 1993). Links, Heselgrave és Van Reekum (1998) utánkövetéses vizsgálatában az impulzivitás hét év elteltével is stabilitást mutatott, illetve a BPD legjelentősebb bejósoló tényezőjének bizonyult. A DSM-5 borderline személyiségzavar kritériumai közül öt explicit vagy implicit módon az impulzivitással hozható összefüggésbe: instabil kapcsolatok, impulzivitás,

öngyilkosság/önsértés, érzelmi labilitás, a harag kontrollálásának nehézsége (van Reekum és mtsai, 1994). A borderline impulzivitás sajátossága az önkárosító jelleg. Az impulzív viselkedések két típusát különbözteti meg a szakirodalom, a fizikai öndestruktív magatartásformákat (önsértések, öngyilkosság) és az impulzivitás általános formáit, mint a szerhasználat, a veszélyes/ittas autóvezetés, a túlzott költekezés, a különféle evészavarok, a verbális kirohanások és az idegenekkel védekezés nélkül folytatott szexuális aktus (Mortensen, Rasmussen és Håberg, 2010). A borderline személyek gyakran multiimpulzívak, az egyes impulzív viselkedésminták fluktuálva vagy egyidejűleg jelentkezhetnek, egymással helyettesíthetőek, felcserélhetőek és mindegyik viselkedésforma kontrollvesztéssel társul (Túry és Szabó, 2000). A tünettani hasonlóság, a komorbiditás-, a családi halmozódás- és a neurobiológiai kutatások eredményei alapján a borderline személyiségzavar az impulzív spektrum részét képezi. A kontrollcsoportok bevonásával készült komorbiditás-vizsgálatok gyakoribbnak találták az impulzivitásra utaló jegyeket a borderline betegek körében, mint a pszichiátriai zavarokban szenvedő kontrollszemélyek csoportjában, illetve erős és specifikus kapcsolatot mutattak ki a BPD és az impulzivitás között (Zanarni, 1993). Az impulzus-kontroll zavarok (pl. alkoholizmus, antiszociális személyiségzavar) gyakrabban fordulnak elő borderline betegek elsőfokú rokonai között, mint a kontrollcsoportokban (Silverman és mtsai, 1991). Az impulzivitás neurobiológiai korrelátumai között szerepel a borderline személyiségzavarban is jellemző csökkent centrális szerotonerg aktivitás (Herpertz és mtsai, 1997; Skodol és mtsai, 2002), valamint a mediális orbitofrontális és dorzolaterális frontális kéreg károsodása (Mortensen és mtsai, 2010).

Az egyes elméletalkotók véleménye eltérő azzal kapcsolatban, hogy az impulzivitás vagy az érzelemszabályozás zavara tekinthető-e a borderline személyiségzavar központi jellemzőjének. Linehan (2010) az érzelemszabályozás zavarát tartja primernek a borderline tünettanban, és az impulzivitást a negatív érzelmi állapotokkal való megküzdésnek tekinti (Yen és mtsai, 2002). Az impulzivitás elsődlegességét hangsúlyozó elméletalkotók (Bornovalova és mtsai, 2008; Links és mtsai, 1999; Zanarini, 1993) a borderline személyekre jellemző instabil és intenzív érzelmeket az impulzivitás következményének gondolják (Van Reekum és mtsai, 1994). Az elméletek harmadik nagy csoportja szerint az impulzivitás és az érzelemszabályozási zavar közötti interakció eredménye a borderline klinikai kép (Crowell, Beauchaine és Linehan, 2009; Fossati és mtsai, 2004; Siever és Davis, 1991). Ide sorolható Siever és Davis (1991) modellje, amelyben a BPD két pszichopatológiai dimenzió, az affektív instabilitás és az agresszív impulzivitás kombinációjaként írható le. A szerzők az impulzív agresszivitás alatt a külső és belső ingerekre adott aktív, motoros válaszokkal kapcsolatos

alacsonyabb ingerküszöböt értik, vagyis a személy anélkül cselekszik, hogy beiktatná a helyzet kognitív kiértékelését (Kuritárné, 2008a). Az impulzív vonások az affektív instabilitás nélkül az antiszociális személyiségzavarban jellemzőek, míg az affektív instabilitás önmagában a hangulatzavaroknak és a C-csoportos személyiségzavaroknak a jellemzője (Siever és Davis, 1991). A borderline személyek túlérzékenyek az interperszonális eseményekre, és a környezettel szembeni hiperreaktivitás jellemzi őket, vagyis az elhagyatás, visszautasítás, frusztráció legkisebb jeleire is eltúlzott, kontrollálatlan indulatokkal reagálnak (Figuerola és mtsai, 1997; Hunt, 2007).

Az impulzivitás és a gyermekkori traumatizáció között jelentős kapcsolatot találtak borderline betegek körében (Bornovalova, Gratz, Delany-Brumsey, Paulson és Lejuez, 2006; Corstorphine, Waller, Lawson és Ganis, 2007; Hunt, 2007). A hermani traumakoncepció keretében az impulzivitás az adaptációt szolgáló mechanizmusként értelmezhető, ami lehetővé teszi a gyermek számára, hogy a krónikusan bántalmazó környezetben életben maradjon (Herman, 2011). A bántalmazó közegben nem biztosítottak az internalizálható érzelmszabályozási lehetőségek és az interperszonális kapcsolatok által elérhető megnyugvás, így a gyermek a fejlődés egy pontján felfedezi, hogy a vegetatív idegrendszer akaratlagos stimulálása révén átmenetileg befolyásolni tudja az érzelmi állapotait. A tolerálhatatlan érzelmi állapotoktól való megszabadulás impulzív viselkedésformák (pl. pszichoaktív szerhasználat, falásrohamok és purgálások, promiszkuitás) révén valósulhat meg. Az impulzivitásért felelősek lehetnek a gyermekkori traumatizáció neurobiológiai következményei is.

2.7. Vizsgálati célok és hipotézisek

A traumakutatás a volt szocialista államokban, köztük Magyarországon is gyerekcipőben jár, ezért fontosnak tartottuk egy hiánypótló, komplex vizsgálat megvalósítását, ami azonosítja a magyar borderline páciensek élettörténetében előforduló traumatikus eseményeket, valamint feltárja a kapcsolatot a gyermekkori traumatizáció és borderline betegek körében megjelenő disszociáció, impulzivitás, öngyilkossági kísérletek és szándékos fizikai önsértések között.

Kutatásunkban öt általánosabb főcél fogalmaztunk meg, amelyeken belül specifikus alcélokat és hipotéziseket alkottunk. A későbbiekben eredményeinket a főcéloknak megfelelően öt fejezetben ismertetjük.

1. A gyermekkori traumatizáció vizsgálata

1.1 cél: Kutatásunk első célja a borderline személyiségzavarban szenvedő fekvőbetegek gyermekkori traumatikus élményeinek (elhanyagolás, szeparáció, érzelmi/fizikai/szexuális bántalmazás, családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség) retrospektív vizsgálata. Ezen belül fontosnak tartjuk felmérni a szexuális abúzus súlyossági paramétereit (elkövető, módzat, gyakoriság, kezdet) is, mert a korábbi kutatásokból származó eredmények alapján nem a szexuális abúzus megtörténte vagy hiánya, hanem annak súlyossági paramétereit képviselnek jelentős hatást a borderline kimenet szempontjából (Paris és Zweig-Frank, 1997).

A borderline pácienseket major depressziós és egészséges kontrollszemélyekkel hasonlítjuk össze a traumatikus élmények előfordulásának és a szexuális abúzus súlyossági paramétereinek tekintetében. A depressziós kontrollcsoport választásának indokai a következők: az abúzuskutatások eredményei szerint a krónikus depresszió kialakulásának hátterében gyakran azonosítható szexuális bántalmazás (Arnold, 2004; Fergusson és mtsai, 1996; Figueroa és mtsai, 1997; Zlotnick és mtsai, 2001); a major depressziós betegek a klinikumban könnyen elérhető populációt jelentenek; valamint a borderline személyiségzavarhoz hasonlóan depresszióban is több nő szenved, mint férfi. Az egészséges kontrollcsoport választásának oka, hogy kevés az olyan kutatás, amelyben a borderline személyeket egészséges személyekkel hasonlítják össze (Bandelow és mtsai, 2005). (A későbbiekben a pszichopatológiai jellemzők tekintetében a borderline betegeket csak a klinikai kontrollcsoporttal vetjük össze.)

H1: A korábbi kutatások eredményeire (Bandelow és mtsai, 2005; Huang és mtsai 2012; Machizawa-Summers, 2007; Zhang és mtsai, 2013) alapozva feltételezzük, hogy vizsgálatunkban is jelentős különbségeket találunk a csoportok között a gyermekkori traumatikus élmények előfordulási gyakoriságának (H1a) és a szexuális bántalmazás súlyosságának (H1b) tekintetében. Hipotézisünk szerint a borderline betegek körében lesz a legmagasabb a traumatikus élmények előfordulása, és a legsúlyosabbak a szexuális abúzus jellemzői.

1.2 cél: További célunk a gyermekkori traumatizáció típusai és a borderline személyiségzavar közötti kapcsolat feltárása.

H2: Feltételezzük, hogy az elhanyagolás és a szexuális abúzus vizsgálatunkban is jelentős prediktora lesz a borderline személyiségzavarnak (Bandelow és mtsai, 2005; Machizawa-Summers, 2007; Zanarini és mtsai, 1997; Zhang és mtsai, 2013).

2. A disszociatív jelenségek vizsgálata

2.1 cél: Kutatási célként fogalmaztuk meg a borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek körében a disszociatív jelenségek súlyosságának felmérését és összehasonlítását a depressziós személyek által átélt disszociatív élményekkel.

H3: Korábbi empirikus kutatások eredményeire támaszkodva (Galletly, 1997; Paris és Zweig-Frank, 1997; Simeon és mtsai, 2003; Van den Bosch és mtsai, 2003; Zanarini, 2000) feltételezzük, hogy vizsgálatunkba bevont borderline csoportban súlyosabb disszociatív tüneteket azonosíthatunk, mint a depressziós kontrollcsoportban.

2.2 cél: További célunk a disszociáció és a gyermekkori traumatikus élmények közötti kapcsolat vizsgálata.

H4: A szakirodalmi adatokat figyelembe véve a gyermekkori traumatikus élmények előfordulása és a disszociáció súlyossága között jelentős pozitív irányú kapcsolatot jósolunk (Shearer, 1994; Simeon és mtsai, 2003; Van den Bosch és mtsai, 2003; Zanarini, 2000).

3. Az impulzivitás vizsgálata

3.1 cél: Célunk a borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek körében az impulzivitás súlyosságának felmérése, és összehasonlítása a depressziós személyek körében előforduló impulzivitás súlyosságával.

H5: Korábbi kutatási eredményekre (Soloff és mtsai, 2000) alapozva feltételezzük, hogy a borderline személyek körében magasabb impulzivitás pontszámot találunk, mint a depressziós kontrollszemélyek csoportjában.

3.2 cél: Szeretnénk továbbá az impulzivitás és a gyermekkori traumatikus élmények közötti kapcsolatot megvizsgálni.

H6: A gyermekkori traumatikus élmények előfordulása és az impulzivitás súlyossága között jelentős pozitív irányú összefüggést jósolunk a korábbi kutatások eredményei alapján (Bornovalova és mtsai, 2006; Corstorphine és mtsai, 2007; Hunt, 2007).

4. Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata

4.1 cél: Az öngyilkossági kísérletek előfordulásának vizsgálata során három csoportot szeretnénk képezni és összehasonlítani: a borderline személyiségzavarban szenvedő betegeket, a komorbid major depresszió diagnózissal rendelkező borderline személyeket és a depressziós kontrollszemélyeket.

H7: A szuicid kísérletek előfordulását jelentősen magasabbnak feltételezzük a komorbid depresszió diagnózissal rendelkező borderline személyek körében, hiszen Soloff és mtsai (2000) tanulmánya alapján a borderline személyiségzavar és a depresszió társulása gyakoribb szuicid viselkedést eredményez.

4.2 cél: Célunk az öngyilkossági viselkedés lehetséges prediktorainak vizsgálata.

A korábbi kutatások az öngyilkossági kísérletek rizikófaktorai között azonosították a gyermekkori traumatizációt (Soloff és mtsai, 2002; Zanarini és mtsai, 2002), a disszociációt (Calati, Bensassi és Courtet, 2017; Ford és Gómez, 2015), az impulzivitást (Soloff és mtsai, 2000) és a borderline személyiségzavarhoz társuló major depressziót (Soloff és mtsai, 2000). Kutatásunkban arra a kérdésre keressük a választ, hogy az általunk vizsgált mintában vajon mely tényezők jósolják be szignifikáns mértékben az öngyilkossági kísérletek előfordulását?

5. A szándékos fizikai önsértés vizsgálata

5.1 cél: Vizsgálati célként fogalmaztuk meg a borderline személyek körében a szándékos fizikai önsértések előfordulási gyakoriságának és életkori kezdetének felmérését, illetve összehasonlítását a depressziós kontrollcsoportban azonosítható önsértések előfordulásával és életkori kezdetével.

H8: Feltételezzük, hogy a borderline csoportban jelentősen több személy számol be szándékos fizikai önsértésről, mint a depressziós kontrollcsoportban, hiszen a korábbi kutatások eredményei szerint egyik pszichiátriai zavarban sem olyan gyakori az önsértések előfordulása, mint a borderline betegeknél (Briere és Gil, 1998; Herpertz és mtsai, 1995; Nijman és mtsai, 1999; Sansone és mtsai, 2007).

H9: Feltételezésünk szerint, a szakirodalmi adatokkal egybehangzóan (Zanarini és mtsai, 2006) a borderline személyek fiatalabb életkorban kezdték az önsértést, mint a depressziós kontrollszemélyek.

5.2 cél: A kutatásunkba bevont borderline csoporton belül az önsértések száma alapján szeretnénk alcsoportokat elkülöníteni.

H10: Úgy gondoljuk, hogy a borderline betegek között azonosítható egy alcsoport, akik extrém gyakorisággal követnek el szándékos fizikai önsértéseket. Hipotézisünket Dubo és mtsai (1997) kutatásának eredményeire alapozzuk, amelyben a vizsgált borderline betegek 40,5%-a több mint 50 önsértő cselekedetről számolt be, rájuk a szerzők szuper önsértőkként hivatkoznak.

5.3 cél: Amennyiben sikerül az önsértések száma alapján alcsoportokat képeznünk, további célunk, hogy a gyermekkori traumatikus élmények előfordulásának tekintetében az önsértő alcsoportokat és a nem önsértő borderline betegeket összehasonlítsuk.

H11: Az önsértő alcsoportok és a nem önsértő betegek közötti esetleges különbségekkel kapcsolatban nem tudunk szakirodalmi adatokra támaszkodó hipotézist megfogalmazni, azonban feltételezzük, hogy a traumatikus élmények előfordulása az extrém gyakorisággal önsértő csoportban lesz a legmagasabb.

5.4 cél: Az önsértő alcsoportokat és a nem önsértő személyeket szeretnénk összehasonlítani a disszociatív tünetek súlyosságának szempontjából.

H12: Calati és mtsai (2017) metaanalízise az önsértő személyek körében súlyosabb disszociatív jelenségeket talált, ezért azt feltételezzük, hogy vizsgálatunkban is az önsértők között, azon belül is a szuper önsértők csoportjában találjuk a legmagasabb disszociáció pontszámot.

5.5 cél: Az önsértő alcsoportokat és a nem önsértő személyeket szeretnénk összehasonlítani az impulzivitás súlyosságának tekintetében.

H13: Hamza, Willoughby és Heffer (2015) metaanalízise szerint az önsértő személyek impulzívabbak, mint a nem önsértők, ezért azt feltételezzük, hogy vizsgálatunkban is az önsértő betegek között, azon belül is a szuper önsértők csoportjában jelentősen magasabb impulzivitás pontszámot találunk.

5.5 cél: Az önsértések vizsgálatán belül a második célunk a szándékos fizikai önsértő viselkedések prediktorainak feltárása.

Szakirodalmi adatok alapján a szándékos fizikai önsértések lehetséges prediktorai a gyermekkori traumatizáció (Brodsky és mtsai, 1997; Silk és mtsai, 1997; van der Kolk és

mtsai, 1991; Zanarini és mtsai, 2002), a disszociáció (Calati és mtsai, 2017; Matsumoto és mtsai, 2004; Zanarini és mtsai, 2011) és az impulzivitás (Hamza és mtsai, 2015).

Vizsgálatunkban arra keressük a választ, hogy a fent említett tényezők közül melyek jósolják be szignifikáns mértékben a szándékos fizikai önsértések gyakoriságát?

3. METODIKÁK

3.1. A vizsgálat menete és körülményei

A vizsgálat etikai engedélyeztetése két lépcsőben zajlott, a kutatás valamennyi dokumentumát (kutatási terv, betegtájékoztató, beleegyezési nyilatkozat és kérdőívsomag) elsőként a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségügyi Centrumának Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága, majd az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (Engedélyszám: 3344/2012/EKU).

A kutatás 2013-ban, egy éven keresztül zajlott az alábbi nyolc budapesti és vidéki pszichiátriai osztály pácienseinek bevonásával:

- Jász-Nagykun-Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház Pszichiátriai Osztály – Szolnok
- Jósa András Kórház Pszichiátriai Osztály – Nyíregyháza
- Kenézy Gyula Kórház Pszichiátriai Osztály – Debrecen
- Merényi Gusztáv Kórház – Budapest
- Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztály és Kijózanító Állomás – Budapest
- Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház – Nagykálló
- Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály – Budapest
- Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztály – Budapest

A vizsgálati személyek toborzásában és kiválasztásában az ellátóhelyek mindegyikén egy-egy kapcsolattartó személy, pszichiáter vagy pszichológus segített. A kapcsolattartó személyek hidat jelentettek a vizsgálatvezető és a betegek között, előzetesen tájékoztatták a beteget arról, hogy részt vehetnek a kutatásban, valamint - az etikai bizottság által kért eljárásnak megfelelően - a vizsgálatvezető szükség esetén fontos információkat oszthatott meg velük a betegekkel kapcsolatban.

A vizsgálatba bevont páciensek számontartása egy összesítő lapon történt, amelyen helyet kapott a beteg neve, egy általunk adott kódszám, a vizsgálat helyszíne és a vizsgálat ideje. A beteg által kitöltött tesztcsomagra csupán a páciens kódszáma került rá, amely alapján visszakövethető volt a vizsgált személy, amennyiben a betegségével kapcsolatban új információ merült fel. Az összesítő lapot és a tesztcsomagot egymástól elzárva tároltuk, és csak a vizsgálatvezető férhetett hozzá.

A vizsgálatot szóbeli és írásos betegtájékoztató előzte meg, amely információkkal szolgált a páciens számára a vizsgálat menetéről, időtartamáról, az adatok kezeléséről, illetve az

eredmények visszajelzésének módjáról. Minden alkalommal a vizsgálati személyek írásos beleegyezését kértük a vizsgálati eredmények kutatásban történő felhasználásához.

3.2. Vizsgálati személyek

A fent említett ellátóhelyekről összesen 171 pszichiátriai fekvőbeteget toboroztunk a vizsgálatba. A mintába 18 és 50 év közötti, borderline személyiségzavar vagy major depressziós zavar diagnózissal rendelkező fekvőbetegek kerülhettek be. A mintába kerülés szempontjából kizáró oknak számított bármely pszichotikus zavar, illetve kognitív károsodás. A vizsgálati csoportokba sorolás a SCID-I-II strukturált diagnosztikus interjúk magyar változatának (Strukturált klinikai interjú a DSM-IV zavarainak felmérésére; Szádóczy és mtsai 2006, Szádóczy és mtsai 2004) segítségével történt. A SCID-II interjú alapján a borderline diagnózis teljesüléséhez szükséges öt vagy annál több kritériumot elérő páciensek alkották a borderline vizsgálati csoportot. A depressziós kontrollcsoportba a SCID-I interjú alapján major depressziós zavarral diagnosztizált betegek kerültek, akik nem teljesítették egyetlen személyiségzavar kritériumait sem. A 171 főből összesen 18 személyt zártunk ki vizsgálatból, mivel 4 fő nem teljesítette a borderline személyiségzavar felállításához szükséges minimum kritériumszámot, 14 fő pedig a kizárási kritériumok között említett diagnózissal rendelkezett.

A klinikai kontrollcsoport mellett hozzáférési mintavétellel gyűjtött egészséges kontrollszemélyeket is bevontunk a vizsgálatba, akik önbevallás alapján nem szenvedtek pszichiátriai zavarban. Az egészséges kontrollszemélyek esetében kizáró oknak számított, ha a személy aktuálisan vagy korábban pszichiátriai kezelés alatt állt. A végleges vizsgálati mintát összesen 204 fő alkotta, 80 borderline páciens, 73 depressziós kontrollszemély és 51 egészséges kontrollszemély.

3.3. Vizsgálati eszközök

Traumatikus Előzmények Kérdőív – TAQ

A gyermekkori traumatikus élmények vizsgálatára a 42 itemből álló Traumatikus Előzmények Kérdőívet (Traumatic Antecedents Questionnaire, TAQ) használtuk, amelyet van der Kolk és Smyth (2010) állítottak össze a gyermekkori maladaptív és adaptív élmények súlyosságának és gyakoriságának összesítésére. Kutatásunkban a kérdőív hat, a vizsgálat célja

szempontjából releváns, traumatikus élményeket felmérő alskáláját használtuk, amelyek a következők:

- Érzelmi bántalmazás (5 item): „*Családtagjaim sértő nevekkel illettek.*”
- Fizikai bántalmazás (3 item): „*Egy hozzám közel álló személy ütött/vert/rugdosott.*”
- Szexuális bántalmazás (4 item): „*Szexuális együttlétre kényszerítettek.*”
- Elhanyagolás (5 item): „*Általában az otthonomon kívül töltöttem az időmet, és senki nem tudta, hogy hol vagyok.*”
- Szeparáció (4 item): „*Változó volt, hogy mikor kinél élek (pl. rokonoknál, nevelőszülőknél)*”
- Családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség (6 item): „*A szüleim egy-egy vita vagy veszekedés során fizikailag bántalmazták egymást.*”

A felsorolt averzív élményeket a kérdőív három fejlődési szakaszban méri fel: kisgyermekkorban (0-6 év), a latencia időszakában (7-12 év) és serdülőkorban (13-18 év). A válaszadó egy négyfokú likert skálán jelölheti be, hogy az adott esemény milyen súlyossággal vagy milyen gyakorisággal történt meg az életében (0 – soha vagy egyáltalán nem, 1 – ritkán vagy kicsit, 2 – alkalmanként vagy közepesen, 3 – gyakran vagy nagyon gyakran). Vizsgálatunkban a skálaértékeket dichotomizáltuk annak érdekében, hogy eredményeinket összehasonlíthassuk a korábbi, szintén dichotóm változókat alkalmazó kutatások eredményeivel. A vágóértéket 1-2-nél határoztuk meg, vagyis a 0 (soha vagy egyáltalán nem) és az 1 (ritkán vagy kicsit) értékeket az adott traumatípus hiányaként kódoltuk, a 2 (alkalmanként vagy közepesen) és 3 (gyakran vagy nagyon gyakran) értékek pedig az adott traumatípus elszenvedését jelentették. Az általunk használt vágóértékkel próbáltuk kivédeni a traumatikus élmények előfordulásának felülbecslését, valamint biztosítani kívántuk azt, hogy amit traumának nevezünk, az teljes biztonsággal meghaladja a hétköznapi negatív életesemények szintjét.

A kérdőív végleges magyar változatának kidolgozása többlépcsős fordítási folyamatban történt. A fordítás első lépéseként a kérdőívet három független személy fordította le magyar nyelvre, majd a kérdőív egyeztetett, illetve véglegesített, konszenzusos alapon kialakított első verziójának az eredeti, angol nyelvre történő visszafordítása következett. A fordító a kérdőív eredeti, angol nyelvű változatát nem ismerte. A visszafordítást követően a nyelvi adaptáció érvényességének megítélése céljából a fordítást a kérdőív kidolgozója lektorálta. A fordítást a szerző jóváhagyta.

Korai Traumatikus Élmények Kérdőív - ETI

A TAQ kiegészítéseképpen a szexuális bántalmazás súlyossági paramétereinek részletesebb vizsgálata a Korai Traumatikus Élmények Kérdőív (Early Trauma Inventory, ETI, Bremner, Bolus és Mayer, 2007) Szexuális abúzus alskálája segítségével történt. A kérdőív szerzőjével egyeztetve a Szexuális abúzus alskála itemeiből képzett listából választhatta ki a vizsgálati személy az általa elszenvedett szexuális bántalmazás alábbi jellemzőit:

- módzat: intim testrészek fogdosása, orális szex, hüvelyi behatolás, anális behatolás, sikertelen szexuális erőszak
- elkövető: apa, anya, fiútestvér, lánytestvér, ismerős férfi, ismerős nő, idegen férfi, idegen nő
- gyakoriság: egyszeri alkalom, évente párszor, havi rendszerességgel, heti rendszerességgel, naponta
- kezdet: kisgyermekkor (0-6 év), latencia (7-12 év), serdülőkor (13-18 év).

Magyar Disszociáció Kérdőív – DISQ-H

A disszociáció felmérésére a 63 itemből álló Magyar Disszociáció Kérdőívet (DISQ-H) alkalmaztuk (Varga, Osvát és Vanderlinden, 1990), amelynek eredeti változatát Vanderlinden alakította ki. A kérdőív faktoranalitikus vizsgálata négy alfaktort különített el, amelyek tartalmi elemzésével a szerzők az alábbi alskálákra osztották a tesztet:

- Identitászavar (25 item): „*Megesik, hogy úgy érzem, valaki más vagyok*”
- Kontrollvesztés (a viselkedés, a gondolkodás és az érzelmek felett) (18 item): „*Megesik, hogy zavarodottnak érzem magam*”
- Amnézia (14 item): „*Előfordul, hogy hosszabb időszakok eseményei esnek ki az emlékezetemből*”
- Abszorpció (teljes figyelmi bevonódás) (6 item): „*Olyan tisztán vissza tudok emlékezni régebben történt eseményekre, hogy úgy érzem, újra átélem őket*”

A kérdőív kitöltése során a válaszadónak egy ötfokú Likert-skálán kell bejelölnie, hogy az adott állítást mennyire érzi igaznak saját magára (1 – egyáltalán nem igaz, 2 – kissé igaz, 3 – nagyjából igaz, 4 – lényegében igaz, 5 – teljes mértékben igaz). A teszt végső pontszámát az egyes tételekre adott pontértékek átlaga képezi. A magasabb pontszám súlyosabb disszociatív tünetek fennállására utal.

A pszichometriai vizsgálat eredményei szerint a DISQ-H kitűnő belső konzisztenciájú, és egyéb megbízhatósági mutatói is rendkívül jók (Varga, Osvát és Vanderlinden, 1990).

A kérdőív belső konzisztenciáját jelen tanulmányban is ellenőriztük, amely a 0,91 (Abszorpció) és 0,93 (Identitászavar) között mozgó Cronbach-alfa mutatók alapján megfelelőnek bizonyult.

Barratt Impulzivitás Skála - BIS

Az impulzivitást a Barratt Impulzivitás Skála segítségével mértük (BIS-11 Barratt Impulsiveness Scale; Patton, Stanford és Barratt, 1995; Stanford és mtsai, 2009). A kérdőív 30 állítást tartalmaz (11 fordított), melyeket a kitöltő személynek egy négyfokú skálán kell értékelnie aszerint, hogy az mennyire jellemző rá (1 – soha/alig, 2 – néha, 3 – gyakran, 4 majdnem mindig/mindig). A kérdőíven elérhető maximális pontszám 120 pont. A feltáró faktoranalízis hat első- és három másodrendű faktort azonosított. A másodrendű faktorok a Figyelmi impulzivitás, a Motoros impulzivitás és a Tervezés hiánya, melyek egymástól nem függetlenek. Az elsőrendű faktorok a következők:

- Figyelem (5 item): „*Nem figyelek oda dolgokra.*”
- Kognitív instabilitás (3 item): „*Cikáznak a fejemben a gondolatok.*”
- Motoros impulzivitás (7 item): „*A pillanat hevében cselekszem.*”
- Perszerveráció (4 item): „*Váltogatok a munkahelyeimet/iskoláimat.*”
- Önkontroll (6 item): „*Nagy az önuralmam.*”
- Kognitív komplexitás (5 item): „*Szeretek bonyolult problémákon gondolkodni.*”

A mérőeszköz belső konzisztenciája megfelelő, a kérdőív magyar mintán is reliábilisnak bizonyult (Paksi, Rózsa, Kun, Arnold és Demetrovics, 2009).

A kérdőív alskálái jelen tanulmányban is megbízhatónak minősültek, a Cronbach-alfa értékek 0,69 (Figyelem) és 0,82 (Motoros Impulzivitás) között mozognak.

Ottawa Önsértő Kérdőív - OSI

A szándékos fizikai önsértések és az öngyilkossági kísérletek felmérésére az Ottawa Önsértő Kérdőív (Ottawa Self-Injury Inventory, OSI; Nixon és mtsai, 2002) Csorba, Szélesné, Steiner, és Németh (2005) által magyar nyelvre lefordított változatát használtuk. Az eredeti, 37 itemből álló kérdőív nagyon részletesen átfogja az önsértő magatartás teljes spektrumát, azonban vizsgálatunkban csak az alábbi tételeket alkalmaztuk:

- Szándékos fizikai önsértések módoszata: az előre megadott 10 önsértési módból a beteg kiválaszthatja az általa használtat (vagdosás, a bőr karcosítása, önütölgés,

égetés, harapdálás, fej beverése, hajtépkedés, sérülést okozó körömrágás, a bőr átszúrása tűkkel, testrészek átszúrása/csonkítása)

- Szándékos fizikai önsértések száma (eddig élete során)
- Szándékos fizikai önsértések következtében szükséges orvosi kezelések száma
- Szándékos fizikai önsértések életkori kezdete
- Szándékos fizikai önsértések okai: az előre megadott 5 ok közül a beteg kiválaszthatja a rá leginkább jellemzőeket (elviselhetetlen feszültség enyhítése, düh kifejezése, frusztráció/megalázottság enyhítése, idegesség enyhítése, zsibbadt/dermedt állapotok oldása)
- Szuicid kísérletek száma (eddig élete során)

Demográfiai kérdőív

A vizsgált személyek demográfiai jellegzetességeit és kezeléstörténetét egy általunk összeállított kérdőív segítségével mértük fel, amely a nemre, az életkorra, a családi állapotra, a legmagasabb iskolai végzettségre, az életkörülmények szubjektív megítélésére, a foglalkozásra, a pszichiátriai kezeléstörténet kezdetére és a hospitalizációk számára vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

3.4. Adatfeldolgozás

A kérdőívek kitöltéséből származó adatok statisztikai feldolgozásához az IBM SPSS statisztikai program 20.0-ás verzióját használtuk.

Adataink eloszlásának normalitását minden esetben Kolmogorov-Szmirnov tesztel ellenőriztük, majd az eredmény függvényében paraméteres vagy nemparaméteres statisztikai próbákat választottunk. A csoportközi különbségeket az adatok normális eloszlása esetén egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) alkalmazásával teszteltük. Azokban az esetekben, amikor nem voltak adottak a paraméteres próbák használatának feltételei, a csoportok számától függően vagy Mann-Whitney U vagy Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk. A következő változókhoz tartozó adatokban találtunk nem normális eloszlást: komorbid pszichiátriai zavarok száma, teljesülő borderline kritériumok száma, pszichiátriai kezelések életkori kezdete, pszichiátriai kezelések száma, kumulatív traumapontszám,

disszociáció pontszám, impulzivitás pontszám, önsértő cselekedetek száma, az önsértések életkori kezdete, szuicid kísérletek száma.

A kategorikus változók esetén a csoportokat Khi-négyzet próbával hasonlítottuk össze. Kategorikus változók a következők voltak: családi állapot, iskolázottság, nem, foglalkoztatottság, komorbid zavarok típusai, gyermekkori traumatikus események típusai, szexuális abúzus súlyossági paraméterei, önsértő betegek, szuicid kísérletet elkövető betegek, önsértések módozatai, önsértések okai.

Az önsértő alcsoportok elkülönítését kétlépéses klaszterelemzés segítségével végeztük. A módszer előnye, hogy folytonos és kategorikus változók kezelésére is képes, semlegesíti a kiugró értékeket, valamint meghatározza a klaszterek ideális számát. Jelen esetben az elemzésbe kategorikus változóként az önsértések megtörténtét vagy hiányát, folytonos változóként pedig az önsértések számát vontuk be.

A gyermekkori traumatizáció és a vizsgált tünetek közötti kapcsolatok elemzésére logisztikus regresszió számítást alkalmaztunk (Backward módszerrel), és mindegyik esetben a demográfiai változókat kontrolláltuk. A gyermekkori traumatizáció és a vizsgált tünetek összefüggéseinek részletesebb vizsgálatára mediációs elemzést folytattuk le az SPSS programba beépülő Hayes-féle PROCESS alkalmazás segítségével (Hayes, 2013). A mediációs eljárást mindig a Pearson-féle korrelációs próba előzte meg.

A szignifikancia szintet valamennyi esetben 0,05-nek határoztuk meg.

4. EREDMÉNYEK

A minta demográfiai jellemzői

A minta demográfiai jellegzetességeit az 3. táblázat foglalja össze. Az egyszempontos varianciánálízis (ANOVA) szignifikáns életkori különbséget mutatott ki a csoportok között ($F = 49,42$, $p < 0,001$), a borderline páciensek átlagéletkora bizonyult a legalacsonyabbnak ($30,5 \pm 10,87$ év), a depressziós kontrollszemélyeké a legmagasabbnak ($44,3 \pm 5,91$). A Khi-négyzet próba eredményei alapján a csoportok szignifikánsan különböztek a családi állapot ($\chi^2 = 88,72$, $p < 0,001$) és a foglalkoztatottság szempontjából ($\chi^2 = 130,1$, $p < 0,001$), a borderline betegek között kevesebb volt a házas és több a munkanélküli személy, mint a depressziós és egészséges kontrollszemélyek között. A csoportokban a nemek aránya hasonlóan alakult ($\chi^2 = 0,43$, $p = 0,808$), mindenhol a nők voltak túlsúlyban. Az iskolázottság tekintetében nem különböztek szignifikánsan a csoportok ($\chi^2 = 9,00$, $p = 0,061$), a legtöbb személy közép fokú végzettséggel rendelkezett.

3. táblázat. A minta demográfiai jellemzői

Demográfiai jellemzők	Borderline (n=80)	Depressziós (n=73)	Egészséges (n=51)	Statisztikai eljárás	
				χ^2	p
Életkor (M, SD)*	30,5 ± 10,87	44,3 ± 5,91	33,6 ± 8,71		0,001
Nem					
Férfi	12 (15%)	13 (17,8%)	7 (13,7%)	0,43 (df=2)	0,808
Nő	68 (85%)	60 (82,2%)	44 (86,3%)		
Családi állapot				88,72 (df=8)	0,001
Egyedülálló	50 (62,5%)	6 (8,2%)	19 (38,0%)		
Házas	3 (3,8%)	42 (57,5%)	12 (24,0%)		
Élettársi kapcsolatban él	10 (12,5%)	6 (8,2%)	16 (32,0%)		
Elvált	14 (17,5%)	14 (19,2%)	2 (4,0%)		
Özvegy	3 (3,8%)	5 (6,9%)	0 (0,0%)	9,00 (df=4)	0,061
Iskolai végzettség					
Általános iskola	19 (23,8%)	13 (17,8%)	5 (9,8%)		
Középiskola	51 (63,8%)	45 (61,6%)	30 (58,8%)		
Egyetem	10 (12,5%)	15 (20,5%)	16 (31,4%)	130,1 (df=12)	0,001
Foglalkoztatottság					
Munkanélküli	30 (37,5%)	14 (19,2%)	2 (3,9%)		
Leszállékolt	13 (16,3%)	39 (53,4%)	0 (0,0%)		
Teljes állás	6 (7,5%)	6 (8,2%)	26 (51,0%)		
Félállás	6 (7,5%)	1 (1,4%)	2 (3,9%)		
Alkalmi munka	4 (5,0%)	0 (0%)	1 (2,0%)		
Diák	16 (20,0%)	1 (1,4%)	19 (37,3%)		
Egyéb	5 (6,3%)	12 (16,4%)	1 (2,0%)		

* $F = 49,42$

Pszichiátriai kórtörténet

Vizsgálatunkban felmértük a betegek pszichiátriai kórtörténetének életkori kezdetét, illetve a pszichiátriai osztályos kezelések számát. A Mann-Whitney próba alapján a borderline páciensek szignifikánsan fiatalabb életkorban kerültek a pszichiátriai ellátórendszerbe ($U = 945,5$, $p < 0,001$), első kezelésük idején átlagosan $23,2 \pm 10,25$ ($Mdn = 19$) évesek voltak, míg a depressziós kontrollszemélyek $35,9 \pm 8$ ($Mdn = 35$) évesek voltak. A hospitalizációk számában a két csoport nem különbözött szignifikánsan ($U = 2872,5$, $p = 0,860$), a borderline betegeket átlagosan $5,76 \pm 7,7$ ($Mdn = 3$) alkalommal kezelték pszichiátriai osztályon, a depressziós pácienseket $3,79 \pm 2,95$ ($Mdn = 3$) alkalommal hospitalizálták.

Társuló pszichiátriai zavarok

A borderline és a depressziós csoportban összesítettük a DSM-IV szerinti aktuálisan fennálló komorbid I-es és II-es tengely zavarok előfordulását (4. táblázat). A SCID-I-II interjúkat alkalmaztuk a major depressziós epizód és a személyiségzavarok felmérésére, a többi társuló zavarral kapcsolatban a pszichiáter szakorvos és a klinikai szakpszichológus által megállapított diagnózisokat vettük alapul. A Khi-négyzet próba alapján a pánikzavar ($\chi^2 = 0,90$, $p = 0,342$), az agorafóbia ($\chi^2 = 1,64$, $p = 0,201$), a specifikus fóbia ($\chi^2 = 0,52$, $p = 0,472$) és a generalizált szorongásos zavar ($\chi^2 = 0,01$, $p = 0,947$) kivételével mindegyik I-es tengely zavar előfordulása szignifikánsan gyakoribb volt a borderline betegeknél. A szociális fóbia előfordulása a depressziós kontrollcsoportban bizonyult jelentősen gyakoribbnak ($\chi^2 = 7,76$, $p < 0,005$).

A borderline személyek esetében átlagosan 3,55 aktuálisan fennálló I-es tengely zavart, valamint 1,48 társuló személyiségzavart azonosítottunk. A (beválasztási kritériumoknak megfelelően személyiségzavaroktól mentes) depressziós kontrollszemélyeknél átlagosan 1 társuló I-es tengely zavart találtunk. A borderline páciensek a 9 borderline diagnosztikus kritériumból átlagosan 6,61-et teljesítettek.

4. táblázat. A társuló pszichiátriai zavarok előfordulása a borderline és a depressziós csoportban

DSM-IV diagnózisok	Borderline (n=80)	Depressziós (n=73)	Statistikai eljárás	
			χ^2 (df=1)	p
I-es tengely zavarok				
Major depressziós zavar	47 (58,8%)	73 (100%)	29,92	0,001
Disztímiás zavar	9 (11,2%)	0 (0%)	8,73	0,003
Bipoláris II	15 (18,8%)	0 (0%)	15,18	0,001
Alkohol abúzus/dependencia	33 (41,2%)	18 (24,7%)	4,73	0,030
Drog abúzus/dependencia	29 (36,2%)	4 (5,5%)	21,36	0,001
Pánikzavar	21 (27,5%)	8 (11,0%)	0,90	0,342
Agorafóbia	9 (11,2%)	4 (5,5%)	1,64	0,201
Szociális fóbia	2 (2,5%)	11 (15,1%)	7,76	0,005
Specifikus fóbia	4 (5,0%)	2 (2,7%)	0,52	0,472
PTSD	30 (37,5%)	0 (0%)	15,18	0,001
Kényszeres zavar	5 (6,2%)	0 (0%)	4,72	0,030
Szorongásos zavar MNO	29 (36,2%)	9 (12,3%)	11,7	0,001
Generalizált szorongásos zavar	10 (12,5%)	9 (12,3%)	0,01	0,947
Szomatoform zavarok	10 (12,5%)	0 (0,0%)	9,76	0,002
Anorexia nervosa	15 (18,8%)	5 (6,8%)	4,76	0,029
Bulimia nervosa	16 (20,0%)	3 (4,1%)	8,86	0,003
Személyiségzavarok				
Paranoid	21 (26,3%)	-	-	-
Szkizoid	2 (2,5%)	-	-	-
Szkizotip	0 (0,0%)	-	-	-
Antiszociális	16 (20,0%)	-	-	-
Hisztrionikus	13 (16,3%)	-	-	-
Narcisztikus	29 (36,2%)	-	-	-
Elkerülő	8 (10,0%)	-	-	-
Dependens	28 (35,0%)	-	-	-
Kényszeres	5 (6,2%)	-	-	-

4.1. A gyermekkori traumatizáció vizsgálata

A gyermekkori traumatikus események előfordulásának (TAQ) vizsgálata három csoport, a borderline fekvőbetegek ($n = 80$), a depressziós kontrollszemélyek ($n = 73$) és az egészséges kontrollszemélyek ($n = 51$) bevonásával történt. A szexuális abúzus súlyossági paramétereit (ETI) a borderline és a depressziós kontrollcsoportban mértük fel.

4.1.1. A traumatikus események előfordulása

Elsőként a 18 éves kor előtt elszenvedett traumatikus események (fizikai/érzelmi/szexuális abúzus, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség) előfordulási gyakoriságát vizsgáltuk a mintában (5. táblázat). A Khi-négyzet próba szignifikáns különbségeket mutatott a borderline, a depressziós és az egészséges csoport között az elhanyagolás ($\chi^2 = 35,88, p < 0,001$), az érzelmi bántalmazás ($\chi^2 = 34,36, p < 0,001$), a fizikai bántalmazás ($\chi^2 = 51,58, p < 0,001$), a szexuális bántalmazás ($\chi^2 = 45,52, p < 0,001$) és a családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség ($\chi^2 = 45,02, p < 0,001$) tekintetében. A szülőktől való hosszas szeparáció előfordulásában nem találtunk szignifikáns különbséget ($\chi^2 = 5,19, p = 0,075$).

5. táblázat. A 18 éves kor előtt elszenvedett traumatípusok előfordulása a csoportokban

Traumatípusok	Borderline ($n=80$)	Depressziós ($n=73$)	Egészséges ($n=51$)	Statistikai eljárás	
				χ^2 ($df=2$)	p
Elhanyagolás	69 (86,3%)	36 (49,3%)	20 (39,2%)	35,88	0,001
Szeparáció	64 (80,0%)	48 (65,8%)	41 (80,4%)	5,19	0,075
Érzelmi abúzus	70 (87,5%)	42 (57,5%)	20 (39,2%)	34,36	0,001
Fizikai abúzus	52 (65,0%)	14 (19,2%)	6 (11,8%)	51,58	0,001
Szexuális abúzus	45 (56,3%)	15 (20,5%)	2 (3,9%)	45,52	0,001
Családon belüli erőszak szemtanúja	62 (77,5%)	37 (50,7%)	9 (17,6%)	45,02	0,001

A csoportok páronkénti összehasonlítását is elvégeztük, amely megmutatta, hogy a szeparáció kivételével a vizsgált traumatípusok mindegyikének előfordulása a borderline csoportban szignifikánsan gyakoribb volt, mint a depressziós és az egészséges kontrollcsoportokban (6. táblázat).

6. táblázat. A csoportok páronkénti összehasonlítása a 18 éves kor előtt elszenvedett traumatípusok tekintetében

Traumatípus	Borderline vs. Depressziós		Borderline vs. Egészséges	
	χ^2 (df=2)	p	χ^2 (df=1)	p
Elhanyagolás	24,19	0,001	31,63	0,001
Szeparáció	3,94	0,047	0,00	0,956
Érzelmi abúzus	17,47	0,001	33,77	0,001
Fizikai abúzus	32,67	0,001	35,78	0,001
Szexuális abúzus	20,42	0,001	37,07	0,001
Családon belüli erőszak szemtanúja	12,02	0,001	44,95	0,001

Annak érdekében, hogy pontosabb képet kapjunk a vizsgált személyek élettörténetében megjelenő traumatikus események előfordulásáról, életkori szakaszokra (0-6, 7-12 és 13-18 éves kor) lebontva is megvizsgáltuk az egyes traumatípusok gyakoriságát. A statisztikai elemzések valamennyi eredményét az átláthatóság érdekében a 7. táblázatban tüntettük fel. A Khi-négyzet próba szignifikáns különbséget mutatott a borderline, a depressziós és az egészséges csoport között, a szeparáció kivételével, az összes traumatikus élmény tekintetében, minden egyes életkori szakaszban.

A csoportok páronkénti összehasonlítása alapján a borderline páciensek szignifikánsan nagyobb hányada számolt be a kisgyermekkorban, a latencia időszakában és serdülőkorban elszenvedett elhanyagolásról, érzelmi bántalmazásról, fizikai és szexuális abúzusról, mint a depressziós és egészséges kontrollszemélyeké (7. táblázat).

7. táblázat. A csoportok összehasonlítása a három életkori szakaszban megjelenő traumatikus események tekintetében

Traumatípus	Borderline (n=80)	Depressziós (n=73)	Egészséges (n=51)	Statistikai eljárás					
				Összes csoport		Borderline vs. Egészséges		Borderline vs. Depressziós	
				χ^2 (df=2)	p	χ^2 (df=2)	p	χ^2 (df=1)	p
Elhanyagolás									
Kisgyermekkor (0-6 év)	50 (62,5%)	27 (37,0%)	10 (19,6%)	24,92	0,001	23,08	0,001	9,94	0,002
Latencia (7-12 év)	56 (70,0%)	34 (46,6%)	13 (25,5%)	25,38	0,001	24,75	0,001	8,65	0,003
Serdülőkor (13-18 év)	68 (85,0%)	34 (46,6%)	20 (39,2%)	35,43	0,001	29,61	0,001	25,36	0,001
Szeperáció									
Kisgyermekkor (0-6 év)	32 (40,0%)	18 (24,7%)	19 (37,3%)	4,37	0,112	0,09	0,753	4,08	0,043
Latencia (7-12 év)	48 (60,0%)	29 (39,7%)	29 (56,9%)	6,94	0,031	0,13	0,722	6,28	0,012
Serdülőkor (13-18 év)	61 (76,3%)	43 (58,9%)	32 (62,7%)	5,64	0,060	2,76	0,097	5,28	0,022
Érzelmi abúzus									
Kisgyermekkor (0-6 év)	48 (60,0%)	20 (27,4%)	7 (13,7%)	32,98	0,001	27,38	0,001	16,43	0,001
Latencia (7-12 év)	59 (73,8%)	37 (50,7%)	13 (25,5%)	29,49	0,001	29,30	0,001	8,69	0,003
Serdülőkor (13-18 év)	68 (85,0%)	34 (46,6%)	20 (39,2%)	35,43	0,001	29,61	0,001	25,36	0,001
Fizikai abúzus									
Kisgyermekkor (0-6 év)	34 (42,5%)	6 (8,2%)	0 (0,0%)	45,04	0,001	29,27	0,001	23,23	0,001
Latencia (7-12 év)	40 (50,0%)	10 (13,7%)	2 (3,9%)	43,14	0,001	30,36	0,001	22,86	0,001
Serdülőkor (13-18 év)	47 (58,8%)	10 (13,7%)	6 (11,8%)	47,94	0,001	28,54	0,001	33,14	0,001
Szexuális abúzus									
Kisgyermekkor (0-6 év)	17 (21,3%)	4 (5,5%)	0 (0,0%)	18,08	0,001	12,45	0,001	8,02	0,005
Latencia (7-12 év)	28 (35,0%)	7 (9,6%)	0 (0,0%)	31,42	0,001	22,70	0,001	13,97	0,001
Serdülőkor (13-18 év)	42 (52,5%)	6 (8,2%)	2 (3,9%)	56,03	0,001	32,95	0,001	34,76	0,001
Családon belüli erőszak szemtanúja									
Kisgyermekkor (0-6 év)	45 (56,3%)	16 (21,9%)	3 (5,9%)	41,42	0,001	34,03	0,001	18,77	0,001
Latencia (7-12 év)	50 (62,5%)	22 (30,1%)	5 (9,8%)	39,61	0,001	35,51	0,001	16,05	0,001
Serdülőkor (13-18 év)	55 (68,8%)	34 (46,6%)	8 (15,7%)	35,21	0,001	35,13	0,001	7,71	0,005

A traumatikus események halmozódása

A traumatikus események halmozódása, vagyis a kumulatív traumapontszám szempontjából is összehasonlítottuk a három csoportot. A kumulatív traumapontszám 0-6-ig terjedhet, és azt fejezi ki, hogy a vizsgált személy gyermekkorában hány fajta traumatípust szenvedett el az általunk felmért hat kategóriából (szexuális/fizikai/érzelmi bántalmazás, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli fizikai erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség). A Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbséget mutatott a csoportok kumulatív traumapontszámai között ($\chi^2(2, N=204) = 84,63, p < 0,001$), a borderline betegek átlagosan $5 \pm 1,17$ ($Mdn = 5$), a depressziós kontrollszemélyek átlagosan $2,63 \pm 1,58$ ($Mdn = 3$), az egészséges kontrollszemélyek átlagosan $1,73 \pm 1,25$ ($Mdn = 1$) gyermekkorban átélt traumatípusról számoltak be. A csoportok páronkénti összehasonlítását a Mann-Whitney teszt segítségével végeztük el, amely rávilágított, hogy a borderline betegek szignifikánsan több traumatípust szenvedtek el, mint a depressziós ($U = 732,5, p < 0,001$) és az egészséges kontrollszemélyek ($U = 185,5, p < 0,001$). A kumulatív traumapontszám tekintetében a két kontrollcsoport között is szignifikáns különbség mutatkozott ($U = 1235,0, p < 0,001$).

A szexuális abúzus súlyossági paraméterei

A gyermekkori szexuális bántalmazást átélt 45 borderline és 15 depressziós páciens esetében felmértük a bántalmazás súlyossági paramétereit az elkövető, a bántalmazás módja, gyakorisága és életkori kezdete vonatkozásában. A két csoportot Khi-négyzet próba segítségével hasonlítottuk össze a vizsgált paraméterek mentén (8. táblázat).

Eredményeink szerint a borderline betegek esetében szignifikánsan gyakoribb volt a családon belül történő, apa vagy férfi gondozó által elkövetett bántalmazás ($\chi^2 = 5,93, p = 0,015$), illetve nagyobb arányban volt azonosítható több elkövető ($\chi^2 = 0,86, p < 0,001$). A borderline csoportban gyakrabban fordult elő a személy számára ismerős férfi ($\chi^2 = 0,86, p < 0,353$) vagy a fiútestvér ($\chi^2 = 0,69, p < 0,41$) által elkövetett szexuális bántalmazás, mint a depressziós kontrollcsoportban, azonban ezek a különbségek nem voltak szignifikánsak. A depressziós személyeket jelentősen gyakrabban bántalmazta idegen férfi, mint a borderline betegeket ($\chi^2 = 4,69, p < 0,030$).

A szexuális bántalmazás módját tekintve a depressziós kontrollszemélyekhez képest a borderline betegek szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be a súlyosabb bántalmazási formákról, mint az orális ($\chi^2 = 4,43, p = 0,035$) vagy vaginális behatolás ($\chi^2 = 14,68, p < 0,001$), illetve a nemi erőszak kísérlete ($\chi^2 = 5,49, p = 0,019$). A csoportok nem különböztek egymástól

az anális behatolás ($\chi^2 = 0,69$, $p = 0,406$) és az intim testrészek fogdosása ($\chi^2 = 1,43$, $p = 0,232$) tekintetében.

A borderline csoportban szignifikánsan magasabb volt a havi rendszerességgel elkövetett bántalmazás előfordulása ($\chi^2 = 5,77$, $p = 0,016$), valamint gyakoribb volt (de nem szignifikáns mértékben) a hetente ($\chi^2 = 1,82$, $p = 0,178$), illetve naponta ($\chi^2 = 1,43$, $p = 0,232$) ismétlődő bántalmazás. Az egyetlen incidensre korlátozódó szexuális bántalmazás a depressziós csoportban volt szignifikánsan gyakoribb ($\chi^2 = 9,87$, $p = 0,002$).

A bántalmazás életkori kezdetének tekintetében a statisztikai próba alapján a csoportok nem különböztek egymástól (Kisgyermekkor: $\chi^2 = 0,06$, $p = 0,435$; Latencia: $\chi^2 = 0,21$, $p = 0,646$; Serdülőkor: $\chi^2 = 0,18$, $p = 0,178$).

8. táblázat. A szexuális abúzus súlyossági paramétereinek alakulása a csoportokban

Paraméterek	Borderline (n=45)	Depressziós (n=15)	Statisztikai eljárás	
			χ^2 (df=1)	p
Elkövető				
Apa/Férfi gondozó	22 (48,9%)	2 (13,3%)	5,93	0,015
Fiútestvér	2 (4,4%)	0 (0,0%)	0,69	0,410
Ismerős férfi	18 (40,0%)	4 (26,7%)	0,86	0,353
Ismerős nő	2 (4,4%)	0 (0,0%)	0,69	0,406
Idegen férfi	13 (28,9%)	9 (60,0%)	4,69	0,030
Több elkövető	19 (42,2%)	0 (0,0%)	9,27	0,001
Mód				
Fogdosás	43 (95,6%)	13 (86,7%)	1,43	0,232
Orális szex	23 (51,1%)	3 (20,0%)	4,43	0,035
Hüvelyi behatolás	34 (75,6%)	3 (20,0%)	14,68	0,001
Sikertelen szexuális erőszak	33 (73,3%)	6 (40,0%)	5,49	0,019
Anális behatolás	2 (4,4%)	0 (0,0%)	0,69	0,406
Gyakoriság				
Egyszeri alkalom	8 (17,8%)	9 (60,0%)	9,87	0,002
Évente párszor	10 (22,2%)	5 (33,3%)	0,12	0,389
Havonta	18 (40,0%)	1 (6,7%)	5,77	0,016
Hetente	5 (11,1%)	0 (0,00%)	1,82	0,178
Naponta	4 (8,9%)	0 (0,00%)	1,43	0,232
Kezdet				
Kisgyermekkor 0-6 év	17 (37,8%)	4 (26,7%)	0,61	0,435
Latencia 7-12 év	18 (40,0%)	5 (33,3%)	0,21	0,646
Serdülőkor 13-18 év	10 (22,2%)	6 (40,0%)	0,18	0,178

4.1.2. A borderline diagnózist bejósoló tényezők

Logisztikus regresszió számítást alkalmaztunk a borderline személyiségzavar kialakulásában szerepet játszó, általunk vizsgált tényezők felmérésére. A modellbe bevont függő változó a borderline személyiségzavar diagnózisának megléte vagy hiánya volt, a független változók pedig a gyermekkori traumatizáció egyes típusai (szeparáció, elhanyagolás, érzelmi/fizikai/szexuális abúzus, családon belül fizikai erőszak tanújaként megélt fenyegetettség), valamint a szexuális abúzus súlyossági paraméterei (elkövető, módzat, gyakoriság, kezdet) voltak. A logisztikus regressziós modell statisztikailag szignifikánsnak bizonyult ($\chi^2 = 83,70$, $df = 5$, $p < 0,001$). A modell a függő változó varianciájának 56,1%-át (Nagelkerke R^2) magyarázza, és 80%-os sikerrel képes bejósolni a függő változót. A statisztikai eljárás szerint vizsgálatunkban a gyermekkorban átélt intim testrészek fogdosása ($\text{Exp}(B) = 8,156$, 95%CI = 2,48–26,84, $p < 0,001$), a behatolással járó szexuális bántalmazás ($\text{Exp}(B) = 5,316$, 95%CI = 1,15–24,54, $p = 0,032$), az elhanyagolás ($\text{Exp}(B) = 4,248$, 95%CI = 1,56–10,69, $p = 0,004$) és a fizikai bántalmazás ($\text{Exp}(B) = 4,083$, 95% CI = 1,67–10,79, $p = 0,002$) növelték leginkább a felnőttkori borderline személyiségzavar diagnózisának esélyét.

4.2. A disszociatív jelenségek vizsgálata

A disszociatív jelenségek vizsgálata a *DISQ-H* kérdőívvel történt, az elemzésbe a borderline pácienseket ($n = 80$) és a depressziós kontrollszemélyeket vontunk be ($n = 73$).

4.2.2. A disszociatív tünetek felmérése

A Mann-Whitney próba alapján a borderline csoportban a depressziós kontrollcsoporthoz viszonyítva szignifikánsan magasabbnak bizonyultak a disszociáció kérdőíven összességében (2,98 vs. 1,81, $U = 1215,0$, $p < 0,001$), illetve külön-külön az egyes alskáláin elért pontszámok: Identitászavar (2,68 vs. 1,60, $U = 1416,0$, $p < 0,001$), Kontrollvesztés (3,22 vs. 1,94, $U = 1135,0$, $p < 0,001$), Amnézia (2,36 vs. 1,64, $U = 1787,0$, $p < 0,001$), Abszorpció (2,83 vs. 2,17, $U = 1744,5$, $p < 0,001$).

4.2.3. A disszociáció és a gyermekkori traumatizáció kapcsolata

A disszociáció és a gyermekkori bántalmazás közötti kapcsolatot többszörös lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és depressziós mintán ($N = 153$). A modellbe a disszociáció kérdőíven elért pontszámot függő változóként, a gyermekkori traumatizáció egyes típusait (fizikai, szexuális, érzelmi abúzus, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség), a szexuális bántalmazás paramétereit (elkövető, módzat, kezdet, gyakoriság), valamint a kumulatív traumapontszámot független változóként vontuk be. A modell alapján a vizsgált függő és független változók között kapcsolat mutatható ki, a prediktorok a disszociáció varianciájának 54%-ára adtak magyarázatot ($F(24, 128) = 6,18, p < 0,001, R^2 = 0,54$). A disszociáció kialakulásának esélyét a kumulatív traumapontszám ($\beta = 0,342, SE = 0,05, t = 2,973, p = 0,004$) és a behatolással járó szexuális bántalmazás ($\beta = 0,326, SE = 0,22, t = 2,728, p = 0,007$) növelték szignifikáns mértékben.

A disszociáció kérdőív egyes alskálái és a gyermekkori bántalmazás közötti kapcsolatok vizsgálatára szintén többszörös lineáris regressziószámítást alkalmaztunk. A modellbe minden esetben függő változóként az adott alskálán (Identitászavar/ Kontrollvesztés/ Amnézia/ Abszorpció) elért pontszámot, független változóként a gyermekkori traumatizáció egyes típusait és a szexuális abúzus súlyossági paramétereit vontuk be. A modellek statisztikai leírását a 9. táblázat szemlélteti. A statisztikai eljárás az alskálák és a gyermekkori traumatizáció különböző típusai között a következő szignifikáns, pozitív irányú összefüggéseket találta:

- Identitászavar - kumulatív traumapontszám, behatolással járó szexuális, orális szex
- Kontrollvesztés - kumulatív traumapontszám, hüvelyi behatolással járó szexuális bántalmazás, apa által elkövetett szexuális abúzus
- Amnézia - behatolással járó szexuális bántalmazás
- Abszorpció - kumulatív traumapontszám

9. táblázat. A gyermekkori traumatizáció és a disszociáció kérdőív alskáláinak kapcsolata

Függő változók	Független változók	Statistikai eljárás							
		β	SE	t	$p(t)$	F	df	R^2	p
Identitászavar	Kumulatív traumapontszám	0,31	0,06	2,45	0,016	4,33	24, 128	0,45	0,001
	Behatolással járó szexuális abúzus	0,24	0,25	1,86	0,050				
	Orális szex	0,22	0,52	1,91	0,050				
Kontrollvesztés	Kumulatív traumapontszám	0,37	0,06	3,38	0,001	7,17	24, 128	0,57	0,001
	Behatolással járó szexuális abúzus	0,30	0,25	2,61	0,01				
	Apa által elkövetett szexuális abúzus	0,22	0,92	1,96	0,050				
Amnézia	Behatolással járó szexuális abúzus	0,36	0,28	2,70	0,008	4,06	24, 128	0,43	0,001
Abszorpció	Kumulatív traumapontszám	0,41	0,07	2,83	0,005	1,91	24, 128	0,26	0,011

4.3. Az impulzivitás vizsgálata

Az impulzivitást a *BIS* kérdőív segítségével a borderline ($n = 80$) és a depressziós ($n = 73$) csoportban vizsgáltuk.

4.3.1. Az impulzivitás súlyosságának felmérése

A Mann-Whitney próba alapján a borderline betegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az impulzivitás kérdőíven, mint a depressziós kontrollszemélyek (83,5 vs. 63, $U = 1085,5$, $p < 0,001$). A csoportok további összehasonlítása megmutatta, hogy a borderline betegek pontszámai szignifikánsan magasabbnak bizonyultak a Figyelem (14,5 vs. 11, $U = 1265,0$, $p < 0,001$), a Kognitív instabilitás (8,5 vs. 7, $U = 1422,0$, $p < 0,001$), a Motoros impulzivitás (19 vs. 13, $U = 950,5$, $p < 0,001$), a Perszeveráció (9 vs. 7, $U = 1797,5$, $p < 0,001$), az Önkontroll (17 vs. 13, $U = 1727,5$, $p < 0,001$) és a Kognitív komplexitás (14 vs. 12, $U = 2081,0$, $p < 0,001$) alskálákon is.

4.3.2. Az impulzivitás és a gyermekkori traumatizáció kapcsolata

Az impulzivitás és a gyermekkori bántalmazás közötti kapcsolatot többszörös lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és a depressziós mintán ($N = 153$). A modellbe az impulzivitás skálán elért pontszámot függő változóként, a gyermekkori traumatizáció egyes típusait (fizikai, szexuális, érzelmi abúzus, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség), a szexuális bántalmazás paramétereit (elkövető, módzat, kezdet, gyakoriság), valamint a kumulatív traumapontszámot független változókként vontuk be. A modell alapján a vizsgált függő és független változók között összefüggés mutatkozott, és a variancia 50%-át magyarázta ($F(24, 128) = 5,36$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,50$). Az impulzivitást a független változók közül szignifikánsan a szexuális abúzus ($\beta = 0,30$, $SE = 4,13$, $t = 3,04$, $p = 0,003$), illetve a szexuális abúzus paramétereit közül az ismerős férfi által elkövetett bántalmazás jósolták be ($\beta = 0,22$, $SE = 5,35$, $t = 1,941$, $p = 0,05$).

Az impulzivitás egyes alfaktorainak és a gyermekkori traumatikus élményeknek a kapcsolatát is megvizsgáltuk. Mindegyik alfaktor esetében többszörös lineáris regresszió elemzést használtunk, amelyben a függő változót az adott alfaktor (Figyelem/Kognitív

instabilitás/Motoros impulzivitás/Perszeveráció/Önkontroll/Kognitív komplexitás) jelentette, a független változók pedig a gyermekkori traumatizáció egyes típusai, illetve a szexuális bántalmazás paraméterei voltak. A modellek statisztikai leírását a 10. táblázat szemlélteti. A statisztikai eljárás mindegyik alfaktor esetében a szexuális bántalmazás súlyossági paramétereivel mutatott pozitív irányú szignifikáns kapcsolatot:

- Figyelem - behatolással járó szexuális abúzus
- Kognitív instabilitást - behatolással járó szexuális abúzus, orális szex
- Motoros impulzivitás - 6 éves kor előtt kezdődő szexuális abúzus, havi rendszerességgel történő bántalmazás
- Perszeveráció - ismerős férfi által elkövetett szexuális abúzus, havi rendszerességgel történő bántalmazás
- Önkontroll – behatolással járó szexuális abúzus
- Kognitív komplexitás – havi rendszerességgel történő abúzus

10. táblázat. A szexuális abúzus súlyossági paramétereinek és az impulzivitás kérdőív alskáláinak kapcsolata

Függő változók	Független változók	Statisztikai eljárás							
		β	SE	t	$p(t)$	F	df	R^2	p
Figyelem	Behatolással járó abúzus	0,29	1,19	2,11	0,037	3,17	24, 128	0,37	0,001
Kognitív instabilitás	Behatolással járó abúzus	0,28	0,61	2,05	0,042	3,53	24, 128	0,40	0,001
	Orális szex	0,28	0,62	2,05	0,036				
Motoros impulzivitás	6 éves kor előtti abúzus	0,57	3,11	2,86	0,005	6,80	24, 128	0,56	0,001
	Havonta történő abúzus	0,33	1,92	2,68	0,008				
Perszeveráció	Ismerős férfi által elkövetett abúzus	0,24	0,86	2,14	0,035	5,14	24, 128	0,49	0,001
	Havonta történő abúzus	0,33	1,02	2,51	0,013				
Önkontroll	Behatolással járó abúzus	0,25	1,34	2,11	0,037	4,92	24, 128	0,45	0,001
Kognitív komplexitás	Havonta történő abúzus	0,18	0,84	1,79	0,053	1,64	24, 128	0,43	0,043

4.4. Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata

Az öngyilkossági kísérletek előfordulását a borderline ($n = 80$) és a depressziós ($n = 73$) csoportokban az *OSI* kérdőív segítségével mértük fel.

4.4.1. Az öngyilkossági kísérletek előfordulása

Elsőként megvizsgáltuk a borderline és a depressziós csoportban azoknak a személyeknek a számát, akik életük során legalább egy öngyilkossági kísérletet követtek el. A Khi-négyzet próba alapján szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között ($\chi^2(1, N=153) = 26,36, p < 0,001$), a borderline betegek 82,5%-a (66 fő) számolt be legalább egy öngyilkossági kísérletről, míg a depressziós kontrollszemélyek 42,5%-a (31 fő).

Mivel a komorbid major depresszióban szenvedő borderline betegek fokozottan veszélyeztetettek az öngyilkosságra, ezért szükségesnek tartottuk egy ilyen alcsoport képzését. A borderline személyiségzavarban szenvedő betegek csoportján belül 47 páciensnél azonosítottunk a *SCID-I* interjú segítségével társuló major depressziós epizód diagnózist, akikből egy külön csoportot képeztünk. A következő elemzések során három csoportot hasonlítottunk össze: 1.) a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek csoportját, akiknél nem azonosítható társuló major depresszió ($n = 33$); 2.) az ún. komorbid csoportot, vagyis azokat a borderline betegeket, akiknél azonosítható társuló major depresszió ($n = 47$), illetve 3.) a depressziós kontrollszemélyeket ($n = 73$).

A Khi-négyzet próba alapján a három csoport között szignifikáns különbséget mutattunk ki az öngyilkosságot megkísérelt személyek előfordulása tekintetében ($\chi^2(2, N=153) = 28,95, p < 0,001$). A borderline betegek 70,4%-a (19 fő), a komorbid csoport 88,7%-a (47 fő), a depressziósok 42,5%-a (31 fő) számolt be arról, hogy legalább egyszer próbált már véget vetni az életének. A csoportok páronkénti összehasonlítása megmutatta, hogy a komorbid csoportban a major depresszió diagnózissal nem rendelkező borderline betegekhez képest ($\chi^2(1, N=80) = 4,15, p = 0,042$), illetve a depressziós kontrollszemélyekhez képest ($\chi^2(1, N=106) = 27,81, p < 0,001$) is szignifikánsan több személy számolt be szuicid kísérletről. A társuló major depresszió diagnózissal nem rendelkező borderline betegek között szintén több személy követett el szuicid kísérletet, mint a depressziós kontrollszemélyek között ($\chi^2(2, N=110) = 6,14, p = 0,013$).

A Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbségeket mutatott ki a csoportok között a szuicid kísérletek száma ($\chi^2(2, N=153) = 46,519, p < 0,001$) tekintetében. A borderline betegek életük

során átlagosan $1,96 \pm 2,38$ ($Mdn = 2$) alkalommal, a komorbid major depresszió diagnózissal rendelkező borderline betegek átlagosan $5,11 \pm 5,91$ ($Mdn = 4$) alkalommal, a depressziós páciensek pedig átlagosan $1,12 \pm 1,98$ ($Mdn = 1$) alkalommal kíséreltek meg öngyilkosságot. A csoportok páronkénti összehasonlítása megmutatta, hogy a komorbid depresszió diagnózissal rendelkező borderline betegek a komorbid depresszió diagnózissal nem rendelkező borderline betegekhez ($U = 346,0$, $p < 0,001$) és a depressziós kontrollszemélyekhez képest ($U = 652,0$, $p < 0,001$) is szignifikánsan gyakrabban követtek el szuicid kísérletet. Figyelemre méltó eredmény, hogy a komorbid diagnózissal nem rendelkező borderline betegek is több szuicid kísérletről számoltak be, mint a depressziós személyek ($U = 678,5$, $p = 0,01$).

4.4.2. Az öngyilkossági kísérletek prediktorai

Az öngyilkossági kísérletek, valamint a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció és az impulzivitás, valamint a komorbid major depresszió közti kapcsolatot lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és depressziós mintán ($N = 153$). A modellbe az öngyilkossági kísérletek számát függő változóként, a gyermekkori traumatizáció egyes típusait (fizikai, szexuális, érzelmi abúzus, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség), a szexuális bántalmazás paramétereit (elkövető, módzat, gyakoriság, kezdet), a kumulatív trauma pontszámot, a társuló major depressziós zavar diagnózist, a disszociáció pontszámot és az impulzivitás pontszámot független változókként vontuk be. A modell alapján a vizsgált függő és független változók között összefüggés mutatkozott, és a variancia 45%-át magyarázta ($F(26, 126) = 3,90$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,45$). Az öngyilkossági kísérleteket a független változók közül szignifikánsan a kumulatív traumapontszám ($\beta = 0,24$, $SE = 3,41$, $t = 2,58$, $p = 0,011$), a disszociáció ($\beta = 0,26$, $SE = 1,13$, $t = 2,25$, $p = 0,026$) és az impulzivitás ($\beta = 0,29$, $SE = 1,76$, $t = 2,07$, $p = 0,040$) jósolták be.

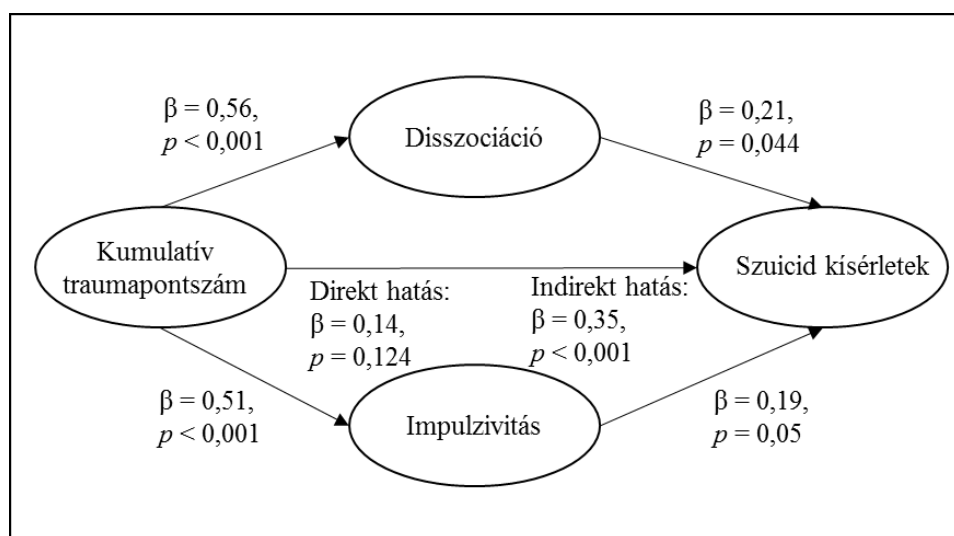
A regressziószámítás eredményeiből és a szakirodalmi adatokból kiindulva szeretnénk volna megvizsgálni az impulzivitás és a disszociáció esetleges közvetítő szerepét a gyermekkori traumatikus események halmozódása (kumulatív traumapontszám) és az öngyilkossági kísérletek száma között. A mediációs eljárás feltételeként a változók közötti kapcsolatot Pearson-féle korrelációs próbával elemeztük (11. táblázat), és szignifikáns együttjárásokat találtunk, amely lehetővé tette a Hayes-féle PROCESS alkalmazás használatát.

11. táblázat. A kumulatív traumapontszám, a disszociáció, az impulzivitás és szuicid kísérletek összefüggései Pearson-féle korrelációs elemzéssel vizsgálva

	1.	2.	3.
1. Kumulatív traumapontszám	-		
2. Disszociáció	0,561	-	
3. Impulzivitás	0,507	0,672	-
4. Szuicid kísérletek	0,356	0,421	0,408

Megjegyzés: $p < 0,001$, $N = 153$

Az 1. ábra szemlélteti a mediációs eljárással kimutatott kapcsolatokat a vizsgált változók között. Eredményeink alapján a gyermekkori traumatikus élmények halmozódása nem gyakorolt közvetlen hatást a szuicid kísérletekre ($\beta = 0,12$, $p = 0,139$). Szignifikáns kapcsolatot találtunk azonban a gyermekkori traumatikus események halmozódása és az impulzivitás ($\beta = 0,51$, $p < 0,001$), valamint a gyermekkori traumatikus események halmozódása és a disszociáció ($\beta = 0,56$, $p < 0,001$) között. A Sobel-teszt alapján a traumatikus események halmozódásának szuicid kísérletekre kifejtett indirekt hatása az impulzivitáson ($\beta = 0,19$, $p = 0,05$, Sobel $Z = 1,86$) és a disszociáción ($\beta = 0,21$, $p = 0,044$, Sobel $Z = 1,97$) keresztül szignifikánsnak bizonyult. A modell szerint a független változók a szuicid kísérletek varianciájának 22%-át magyarázzák ($R^2 = 0,22$, $F(3, 149) = 13,84$, $p < 0,001$). A traumatikus események halmozódásának a szuicid kísérletekre gyakorolt teljes hatása $\beta = 0,35$, $p < 0,001$ volt. A kapott eredmények alapján az impulzivitás és a disszociáció a traumatikus események halmozódása és a szuicid kísérletek közötti mediátor tényezőknek bizonyultak.



1. ábra. A disszociáció és az impulzivitás mediátor szerepe a traumatikus események halmozódása (kumulatív traumapontszám) és a szuicid kísérletek között.

4.5. A szándékos fizikai önsértések vizsgálata

Az önsértések előfordulását és jellemzőit a borderline ($n = 80$) és a depressziós ($n = 73$) csoportokban az OSI kérdőív segítségével mértük fel.

4.5.1. A szándékos fizikai önsértő viselkedés felmérése

A Khi-négyzet próba alapján a borderline csoportban a depressziós kontrollcsoporthoz viszonyítva szignifikánsan több beteg számolt be arról, hogy élete során elkövetett legalább egy önsértő cselekedetet ($\chi^2 = 86,69$, $p < 0,001$), a borderline páciensek közül 63 fő volt önsértő, a depressziós páciensek közül 3 fő.

A Mann-Whitney próba szignifikáns különbségeket mutatott ki a csoportok között az önsértő cselekedetek száma ($U = 21,00$, $p = 0,023$) és életkori kezdete ($U = 0,00$, $p < 0,001$) tekintetében. A borderline betegek életük során átlagosan $30,46 \pm 34,1$ ($Mdn = 15$) alkalommal sebezték meg önmagukat, míg a depressziós kontrollszemélyek ennél jóval kevesebbszer, átlagosan $2,33 \pm 1,53$ ($Mdn = 2$) alkalommal. A borderline betegek 30 évvel korábban, átlagosan $16,62 \pm 6,17$ ($Mdn = 15$) éves korban bocsátkoztak először önsebzésbe, míg a depressziós kontrollszemélyek átlagéletkora az első önsebzés idején 46 ± 4 év ($Mdn = 46$) volt.

4.5.2. A borderline önsértő betegek részletes vizsgálata

Annak meghatározására, hogy az önsértések száma alapján elkülöníthetők-e az önsértő borderline csoporton belül további alcsoportok, kétlépcsős klaszterelemzést alkalmaztunk. Az eljárás két alcsoportot azonosított: az elsőbe kerültek azok a betegek ($n = 44$), akik életük során átlagosan $11,2 \pm 9,1$ önsértő cselekedetet követtek el, a másodikba pedig azok a páciensek ($n = 19$), akik életük során átlagosan $75,0 \pm 28,4$ alkalommal sebezték meg önmagukat. Az első alcsoportra a továbbiakban mérsékelten önsértőkként, a második, extrém gyakorisággal önsértő alcsoportra Dubo (1997) megnevezését alkalmazva, szuper önsértőkként hivatkozunk. (A nem önsértő borderline betegekből egy harmadik csoportot képeztünk, hogy differenciáltabb képet kapjunk az önsértések és a borderline pszichopatológia súlyossága, a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció, illetve az impulzivitás közötti összefüggésekkel kapcsolatban.)

A borderline pszichopatológia súlyossága

A vizsgált csoportokban felmértük a borderline pszichopatológia súlyosságát, amelyhez Bateman és Fonagy szempontrendszerét vettük alapul (2013). A szerzők által meghatározott súlyossági indikátorok a következők:

- a borderline személyiségzavar súlyossága, amely a teljesülő DSM-IV borderline kritériumok száma alapján mérhető,
- a komorbid pszichiátriai zavarok súlyossága, ami a társuló I. tengely zavarok számát jelenti, illetve
- a személyiségpatológia kiterjedtsége, amelyet a szerzők a borderline személyiségzavar mellett diagnosztizálható más személyiségzavarok számával becsülnek meg.

A Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbséget mutatott a csoportok között a teljesülő borderline kritériumok száma ($\chi^2 = 35,46$, $p < 0,001$), a társuló I-es tengely zavarok száma ($\chi^2 = 28,70$, $p < 0,001$) és a társuló személyiségzavarok száma ($\chi^2 = 14,41$, $p < 0,001$) tekintetében is (12. táblázat). A csoportok páros összehasonlítása megmutatta, hogy a szuper önsértő páciensek a mérsékelten önsértőkkel és a nem önsértőkkel összevetve szignifikánsan több borderline kritériumot teljesítenek, illetve szignifikánsan több komorbid I-es tengely zavarban és személyiségzavarban szenvednek (13. táblázat). A mérsékelten önsértők és a nem önsértők között csak a teljesülő borderline kritériumok számában találtunk szignifikáns eltérést.

12. táblázat. A borderline pszichopatológia súlyossági indikátorainak alakulása a nem önsértő, a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportokban

Súlyossági indikátorok	Nem önsértők (n=17)		Mérsékelten önsértők (n=44)		Szuper önsértők (n=19)		Statisztikai eljárás	
							χ^2 (df=2)	p
	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>		
Borderline kritériumok száma	5	0,72	6	1,11	8	0,82	35,46	0,001
I-es tengely zavarok száma	2	1,66	3	1,58	6	1,76	28,70	0,001
Személyiségzavarok száma	1	1,20	1	0,90	3	1,00	14,41	0,001

13. táblázat. A szuper önsértő, a mérsékelt önsértő és a nem önsértő csoportok páronkénti összehasonlítása a borderline pszichopatológia súlyossági indikátorainak tekintetében

Súlyossági indikátorok	Szuper vs. Mérsékelt önsértők		Szuper vs. Nem önsértők		Mérsékelt önsértők vs. Nem önsértők	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Borderline kritériumok száma	121,5	0,001	6,0	0,001	192,0	0,003
I-es tengely zavarok száma	96,5	0,001	24,6	0,001	293,0	0,185
Személyiségzavarok száma	178,0	0,001	78,5	0,007	358,5	0,792

A pszichopatológia súlyossága mellett a pszichiátriai kezeléstörténet kezdetét és a pszichiátriai hospitalizációk számát is megvizsgáltuk a csoportokban. A Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbségeket mutatott a csoportok között a pszichiátriai kezeléstörténet kezdete tekintetében ($\chi^2(2, N=80) = 52,96, p < 0,001$). A szuper önsértők medián életkora 18 év, a mérsékelt önsértőké 19 év, a nem önsértőké pedig 20 év volt az első pszichiátriai kezelésük idején. A Mann-Whitney próbával történt páronkénti összehasonlítás eredményei szerint a szuper önsértő páciensek és a nem önsértő páciensek ($U = 69,0, p = 0,003$), valamint a mérsékelt önsértő páciensek és a nem önsértő páciensek ($U = 192,0, p = 0,003$) között találtunk szignifikáns eltérést a kezeléseik életkori kezdetében. A szuper önsértő és a mérsékelt önsértő csoportok nem különböztek szignifikánsan ($U = 347,0, p = 0,286$).

A csoportok nem különböztek szignifikánsan a pszichiátriai hospitalizációk gyakoriságában ($\chi^2(2, N=80) = 2,22, p = 0,329$). A pszichiátriai hospitalizációk számának mediánja a szuper önsértők között 3, a mérsékelt önsértők között 2, a nem önsértők között 3 volt.

A szándékos fizikai önsértések jellemzői

A szándékos fizikai önsértések jellemzőinek vizsgálata során két csoportot, a szuper önsértő borderline betegeket ($n = 19$) és a mérsékelt önsértő borderline betegeket ($n = 44$) hasonlítottuk össze.

Az önsértés életkori kezdetét tekintve a Mann-Whitney próba alapján a két csoport szignifikánsan különbözött egymástól ($U = 241,0, p = 0,008$), a szuper önsértő betegek átlagosan $13,9 \pm 3,8$ ($Mdn = 14$) évesen kezdték az önsértést, míg az önsértők átlagosan $17,8 \pm 6,6$ ($Mdn = 16$) évesek voltak az első cselekmény idején. Khi-négyzet próba segítségével hasonlítottuk össze a csoportokat a fizikai önsértések módzatainak szempontjából (14. táblázat). Mindkét csoportban az önsértések három leggyakoribb módja a vagdosás, a bőr karcolása és az önütlegelés voltak. A csoportok nem különböztek szignifikánsan a vagdosás (χ^2

= 2,65, $p = 0,104$), a bőr karcolása ($\chi^2 = 2,51$, $p = 0,113$), az önütlegelés ($\chi^2 = 3,621$, $p = 0,057$), a bőr harapdálása ($\chi^2 = 3,755$, $p = 0,053$), a fej beverése ($\chi^2 = 3,064$, $p = 0,080$) és a sérülést okozó körömrágás ($\chi^2 = 1,378$, $p = 0,240$) előfordulásának tekintetében. Az égetés ($\chi^2 = 5,368$, $p = 0,021$), a haj tépkedés ($\chi^2 = 8,585$, $p = 0,003$) és a bőr átszúrása tűkkel ($\chi^2 = 4,363$, $p = 0,037$) szignifikánsan gyakrabban fordult elő a szuper önsértők között. Tetsrészek átszúrásáról/csonkításáról egyik vizsgálati személy sem számolt be.

14. táblázat. Az szándékos fizikai önsértések módozatainak előfordulása a mérsékelt önsértő és a szuper önsértő csoportban

Módozatok	Statistikai eljárás			
	Mérsékelt önsértők ($n=44$)	Szuper önsértők ($n=19$)	χ^2 ($df=1$)	p
Vagdolás	31 (70,4%)	17 (89,5%)	2,65	0,104
Bőr karcolása	23 (52,3%)	14 (73,7%)	2,51	0,113
Önütlegelés	21 (47,7%)	14 (73,7%)	3,62	0,057
Égetés	12 (27,3%)	11 (57,9%)	5,35	0,021
Harapdálás	12 (27,3%)	10 (52,6%)	3,76	0,053
Fej beverése	11 (25,0%)	9 (47,4%)	3,06	0,080
Hajtépkedés	9 (20,5%)	11 (57,9%)	8,59	0,003
Súlyos körömrágás	8 (18,2%)	6 (31,6%)	1,38	0,240
Bőr átszúrása tűkkel	6 (13,6%)	7 (36,8%)	4,36	0,037

Vizsgálatunkban felmértük, hogy a pácienseknek az önsértő cselekedetek után hány alkalommal volt szüksége orvosi ellátásra (pl. sebek kötözése, összevarrása). A Mann-Whitney próba szignifikáns különbségeket mutatott a csoportok között ($U = 228,5$, $p < 0,001$), a szuper önsértőknek életük során átlagosan $3,47 \pm 5,27$ ($Mdn = 1$) alkalommal volt szükségük orvosi ellátásra egy-egy önsértő cselekedet után, míg a mérsékelt önsértőknek átlagosan $1,09 \pm 4,25$ ($Mdn = 0$) alkalommal.

A szándékos fizikai önsértések okaival kapcsolatos elemzések eredményeit a 15. táblázat foglalja össze. A szuper önsértő betegek körében az önsértések három leggyakoribb oka a „zsibbadt/dermedt állapot oldása”, az „idegesség enyhítése” és az „elviselhetetlen feszültség enyhítése” voltak. A szuper önsértők mindegyike beszámolt az első két okról. A mérsékelt önsértő csoportban az önsértések leggyakoribb okainak az „elviselhetetlen feszültség enyhítése”, az „idegesség enyhítése” és a „düh enyhítése” bizonyultak. A Khi-négyzet próba alapján a „düh enyhítése” ($\chi^2 = 4,98$, $p = 0,026$), az „idegesség enyhítése” ($\chi^2 = 6,40$, $p = 0,011$) és a „zsibbadt/dermedt állapotok oldása” ($\chi^2 = 15,64$, $p = 0,001$) szignifikánsan gyakoribb oka volt az önsértéseknek a szuper önsértők csoportjában.

15. táblázat. A szándékos fizikai önsértések okai a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportokban

Önsértések okai	Mérsékelten önsértők (n = 44)	Szuper önsértők (n = 19)	Statisztikai eljárás	
			χ^2 (df=1)	p
Elviselhetetlen feszültség enyhítése	38 (86,4%)	18 (94,7%)	0,94	0,332
Düh kifejezése	27 (61,4%)	17 (89,5%)	4,98	0,026
Frusztráció/megalázottság enyhítése	24 (54,5%)	15 (78,9%)	3,35	0,067
Idegesség enyhítése	32 (72,7%)	19 (100%)	6,40	0,011
Zsibbadt/dermedt állapotok oldása	21 (47,7%)	19 (100%)	15,64	0,001

4.5.2.1. A gyermekkori traumatikus élmények vizsgálata az önsértések száma alapján képzett borderline alcsoportokban

A gyermekkori traumatikus élmények 18 éves kor előtti előfordulását (elhanyagolás, szeparáció, érzelmi/fizikai/szexuális bántalmazás, családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség) mindhárom csoportban, a nem önsértők, a mérsékelten önsértők és a szuper önsértők között is felmértük. A csoportokat Khi-négyzet próbával hasonlítottuk össze, melynek eredményeit a 16. táblázat tartalmazza. A statisztikai elemzés szerint szignifikáns különbségek mutatkoztak meg a három csoport között a szeparáció ($\chi^2 = 15,22$, $p < 0,001$), a szexuális bántalmazás ($\chi^2 = 22,29$, $p < 0,001$) és a családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség ($\chi^2 = 18,85$, $p < 0,001$) előfordulásának tekintetében. A csoportok páronkénti összehasonlítása megmutatta, hogy a szuper önsértők körében a mérsékelten önsértőkhöz képest a szexuális abúzus ($\chi^2(1, N=63) = 10,88$, $p < 0,001$) és a családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség ($\chi^2(1, N=63) = 3,96$, $p = 0,047$), a nem önsértőkhöz képest pedig mindhárom traumatípus előfordulása szignifikánsan gyakoribbnak bizonyult (Szeparáció: $\chi^2(1, N=36) = 10,16$, $p < 0,001$, Szexuális a.: $\chi^2(1, N=36) = 22,74$, $p < 0,001$, Szemtanú: $\chi^2(1, N=36) = 15,48$, $p < 0,001$). A mérsékelten önsértőket és a nem önsértőket összehasonlítva is szignifikáns különbséget találtunk mindhárom traumatípus előfordulásában, a mérsékelten önsértők többször szenvedték el ezeket a traumatípusokat (Szeparáció: $\chi^2(1, N=61) = 10,22$, $p < 0,001$, Szexuális a.: $\chi^2(1, N=61) = 6,21$, $p = 0,013$, Szemtanú: $\chi^2(1, N=61) = 9,74$, $p = 0,002$).

16. táblázat. A 18 éves kor előtt elszenvedett traumatípusok előfordulása a nem önsértő, a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoportokban

Traumatípusok	Nem önsértők (n=17)	Mérsékelten önsértők (n=44)	Szuper önsértők (n=19)	Statisztikai eljárás	
				χ^2 (df=2)	p
Elhanyagolás	13 (76,5%)	40 (90,9%)	16 (84,2%)	2,24	0,326
Szeperáció	8 (47,1%)	38 (86,4%)	18 (94,7%)	15,22	0,001
Érzelmi abúzus	13 (76,5%)	38 (86,4%)	19 (100%)	4,66	0,097
Fizikai abúzus	9 (52,9%)	29 (65,9%)	14 (73,7%)	1,73	0,421
Szexuális abúzus	4 (23,5%)	26 (59,1%)	19 (100%)	22,29	0,001
Családon belüli erőszak szemtanúja	7 (41,2%)	36 (81,8%)	19 (100%)	18,85	0,001

Azokat a traumatípusokat, amelyek 18 éves kor előtti előfordulásában az előző elemzések során szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között, életkori szakaszokra lebontva is megvizsgáltuk (17. táblázat). A Khi-négyzet próba szignifikáns különbségeket mutatott a csoportok között minden egyes életkori szakaszban a szexuális bántalmazás (Kisgyermekkor: $\chi^2 = 41,28$, $p < 0,001$; Latencia: $\chi^2 = 12,97$, $p = 0,002$; Serdülőkor: $\chi^2 = 18,81$, $p < 0,001$) és a családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség (Kisgyermekkor: $\chi^2 = 13,44$, $p < 0,001$; Latencia: $\chi^2 = 10,19$, $p = 0,006$; Serdülőkor: $\chi^2 = 8,45$, $p = 0,015$) előfordulásának tekintetében. További szignifikáns különbségeket találtunk a csoportok között a szeperáció előfordulásában a latencia ($\chi^2 = 8,98$, $p = 0,011$) és a serdülőkor során ($\chi^2 = 15,89$, $p < 0,001$).

17. táblázat. A nem önsértő, a mérsékelten önsértő és a szuper önsértő csoport összehasonlítása a három életkori szakaszban megjelenő traumatikus események tekintetében

Traumatípusok	Nem önsértők (n=17)	Mérsékelten önsértők (n=44)	Szuper önsértők (n=19)	χ^2 (df=2)	p
Szeperáció					
Kisgyermekkor	4 (23,5%)	17 (38,6%)	11 (57,9%)	4,49	0,106
Latencia	6 (35,3%)	26 (59,1%)	16 (84,2%)	8,98	0,011
Serdülőkor	7 (41,2%)	36 (81,8%)	18 (94,7%)	15,89	0,001
Szexuális abúzus					
Kisgyermekkor	0 (0,0%)	3 (6,8%)	14 (73,7%)	41,28	0,001
Latencia	1 (5,9%)	15 (34,1%)	12 (62,2%)	12,97	0,002
Serdülőkor	3 (17,6%)	22 (50,0%)	17 (89,5%)	18,81	0,001
Családon belüli erőszak szemtanúja					
Kisgyermekkor	4 (23,5%)	25 (56,8%)	16 (84,2%)	13,44	0,001
Latencia	5 (29,4%)	32 (72,7%)	13 (68,4%)	10,19	0,006
Serdülőkor	7 (41,2%)	32 (72,7%)	16 (84,2%)	8,45	0,015

A 18. táblázat tartalmazza a csoportok páronkénti összehasonlítását, amely megmutatta, hogy kisgyermekkor során elszenvedett szexuális bántalmazás és a családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség jelentősen magasabb előfordulása a szuper önsértő csoportot jól elkülöníti a mérsékelt önsértő és a nem önsértő csoporttól.

18. táblázat. A nem önsértő, a mérsékelt önsértő és a szuper önsértő csoportok páronkénti összehasonlítása a három életkori szakaszban megjelenő traumatikus események tekintetében

Traumatípusok	Szuper vs. Mérsékelt önsértők		Szuper vs. Nem önsértők		Mérsékelt vs. Nem önsértők	
	χ^2 (df=1)	p	χ^2 (df=1)	p	χ^2 (df=1)	p
Szeperáció						
Latencia	3,77	0,052	9,03	0,003	2,78	0,095
Serdülőkor	1,81	0,179	12,13	0,001	9,74	0,002
Szexuális abúzus						
Kisgyermekkor	22,08	0,001	20,50	0,001	2,57	0,109
Latencia	19,57	0,001	28,42	0,001	5,04	0,025
Serdülőkor	1,41	0,235	9,37	0,002	6,01	0,014
Családon belüli erőszak szemtanúja						
Kisgyermekkor	4,38	0,036	13,38	0,001	5,45	0,020
Latencia	0,12	0,728	5,46	0,019	9,64	0,002
Serdülőkor	0,97	0,326	7,20	0,007	5,29	0,021

A traumatikus események halmozódása, vagyis a kumulatív traumapontszám szempontjából is összehasonlítottuk a három csoportot. A Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbséget mutatott a csoportok kumulatív traumapontszámai között ($\chi^2(2, N=80) = 19,89, p < 0,001$), a nem önsértő borderline betegek átlagosan $3,18 \pm 1,47$ ($Mdn = 3$), a mérsékelt önsértők átlagosan $4,70 \pm 1,53$ ($Mdn = 5$), a szuper önsértők átlagosan $5,53 \pm 0,69$ ($Mdn = 6$) gyermekkorban átélt traumatípusról számoltak be. A csoportok páros összehasonlítását a Mann-Whitney teszt segítségével végeztük el, amely a nem önsértő és szuper önsértő ($U = 29,5, p < 0,001$), valamint a mérsékelt önsértő és nem önsértő ($U = 176,0, p = 0,001$) csoportok között mutatott szignifikáns különbséget a kumulatív traumapontszámok tekintetében. A szuper önsértők és mérsékelt önsértők kumulatív trauma pontszáma között csak tendenciaszerű különbséget találtunk ($U = 300,5, p = 0,057$).

A szexuális bántalmazás súlyossági paramétereinek szempontjából is összehasonlítottuk a vizsgált csoportokat, amelyet a 19. táblázat szemléltet. A Khi-négyzet próba alapján a csoportok között a következő súlyossági paraméterek előfordulásában találtunk szignifikáns különbséget:

- apa vagy férfi gondozó által elkövetett abúzus ($\chi^2 = 41,34, p < 0,001$)

- intim testrészek fogdosása ($\chi^2 = 25,90, p < 0,001$),
- orális szex ($\chi^2 = 14,85, p < 0,001$),
- hüvelyi behatolással járó abúzus ($\chi^2 = 37,08, p < 0,001$),
- sikertelen szexuális erőszak ($\chi^2 = 15,98, p < 0,001$) és
- anális behatolással járó abúzus ($\chi^2 = 6,59, p = 0,037$)
- a havi rendszerességgel történő bántalmazás ($\chi^2 = 14,31, p = 0,001$)
- heti rendszerességgel történő bántalmazás ($\chi^2 = 6,96, p = 0,031$)
- hat éves kor előtti bántalmazás ($\chi^2 = 41,28, p < 0,001$).

19. táblázat. A szexuális abúzus súlyossági paramétereinek alakulása a nem önsértő, mérsékelten önsértő és szuper önsértő csoportokban

Szexuális abúzus paraméterei	Nem önsértők (n=17)	Mérsékelten önsértők (n=44)	Szuper önsértők (n=19)	χ^2 (df=2)	p
Elkövető					
Apa/férfi gondozó	0 (0,0%)	6 (13,6%)	16 (84,2%)	41,34	0,001
Fiútestvér	0 (0,0%)	1 (2,3%)	1 (5,3%)	1,04	0,594
Férfiismerős	3 (17,6%)	12 (27,3%)	2 (10,5%)	2,39	0,303
Nőismerős	0 (0,0%)	1 (2,3%)	1 (0,0%)	1,04	0,594
Idegen férfi	1 (5,9%)	7 (15,9%)	5 (26,3%)	2,76	0,251
Módozat					
Fogdosás	3 (17,6%)	21 (47,7%)	19 (100%)	25,9	0,001
Orális szex	2 (11,8%)	9 (20,5%)	12 (63,2%)	14,85	0,001
Hüvelyi behatolás	1 (5,9%)	14 (31,8%)	19 (100%)	37,08	0,001
Sikertelen szexuális erőszak	3 (17,6%)	15 (34,1%)	15 (78,9%)	15,98	0,001
Anális behatolás	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (10,5%)	6,59	0,001
Gyakoriság					
Évente párszor	3 (17,6%)	11 (25,0%)	4 (21,1%)	0,41	0,815
Havonta	0 (0,0%)	9 (20,5%)	10 (52,6%)	14,31	0,001
Hetente	0 (0,0%)	2 (4,5%)	4 (21,1%)	6,96	0,031
Naponta	1 (5,9%)	2 (4,5%)	1 (5,3%)	0,05	0,975
Kezdet					
Kisgyermekkor					
0-6 év	0 (0,0%)	3 (6,8%)	14 (73,7%)	41,28	0,001
Latencia					
7-12 év	1 (5,9%)	12 (27,3%)	5 (26,3%)	3,43	0,180
Serdülőkor					
13-18 év	3 (17,6%)	7 (15,9%)	0 (0,0%)	3,59	0,166

A csoportok páronkénti összehasonlítása (20. táblázat) megmutatta, hogy a szuper önsértők körében szignifikánsan gyakoribb volt az apa vagy férfi gondozó által elkövetett abúzus, az intim testrészek fogdosása, az orális szex, a sikertelen erőszak és a hüvelyi behatolással járó abúzus, a hat éves kor előtt kezdődő, valamint a havi és heti rendszerességgel történő

bántalmazás. Mérsékelten önsértők között az intim testrészek fogdosása, a hüvelyi behatolással járó és a havi rendszerességgel történő szexuális abúzus bizonyult szignifikánsan gyakoribbnak.

20. táblázat. A szuper önsértő, mérsékelten önsértő és nem önsértő csoportok páronkénti összehasonlítása a szexuális abúzus súlyossági paramétereinek tekintetében

Szexuális abúzus paraméterei	Szuper vs. Mérsékelten önsértők		Szuper vs. Nem önsértők		Mérsékelten vs. Nem önsértők	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Elkövető						
Apa/férfi gondozó	29,08	0,001	25,77	0,001	2,57	0,109
Módozat						
Fogdosás	15,64	0,001	25,60	0,001	4,65	0,031
Orális szex	10,89	0,001	9,97	0,002	0,63	0,429
Hüvelyi behatolás	24,73	0,001	32,19	0,001	4,45	0,035
Sikertelen szexuális erőszak	10,70	0,001	13,49	0,001	1,59	0,207
Gyakoriság						
Havonta	6,52	0,011	12,39	0,001	4,08	0,043
Hetente	4,19	0,041	4,03	0,045	0,05	0,829
Kezdet						
Kisgyermekkor	30,11	0,001	20,49	0,001	1,22	0,270

4.5.2.2. A disszociatív jelenségek vizsgálata az önsértések száma alapján képzett borderline alcsoportokban

A csoportok disszociáció pontszámait Kruskal-Wallis próbával hasonlítottuk össze, amely szignifikáns eltérést mutatott ($\chi^2 (2, N=80) = 29,62, p < 0,001$). A csoportok páronkénti összehasonlítása alapján a szuper önsértők disszociáció skálán elért pontszáma a mérsékelten önsértőkéhez (3,41 vs. 2,56, $U = 138,0, p < 0,001$) és a nem önsértőkéhez (3,41 vs. 2,08, $U = 17,0, p < 0,001$) viszonyítva is jelentősen magasabbnak bizonyult. A mérsékelten önsértők és a nem önsértők pontszámaiban szintén szignifikáns különbséget találtunk (2,56 vs. 2,08, $U = 191,5, p = 0,003$).

4.5.2.3. Az impulzivitás vizsgálata az önsértések száma alapján képzett borderline alcsoportokban

A csoportok impulzivitás pontszámainak összehasonlítására Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk, amely szignifikáns különbséget jelzett ($\chi^2(2, N=80) = 24,84, p < 0,001$). A páronkénti elemzések rávilágítottak, hogy a szuper önsértők impulzivitás skálán elért pontszáma a mérsékelt önsértőkéhez (97 vs. 78, $U = 86,5, p < 0,001$) és a nem önsértőkéhez (97 vs. 75, $U = 52,5, p < 0,001$) képest is szignifikánsan magasabb. A mérsékelt önsértők és nem önsértők között nem mutatkozott szignifikáns eltérés (78 vs. 75, $U = 352,0, p = 0,723$).

4.5.3. A szándékos fizikai önsértések rizikófaktorai

Az önsértés, a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció és az impulzivitás közti kapcsolatot lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és depressziós mintán ($N = 153$). A modellbe az önsértő cselekedetek számát függő változóként, a gyermekkori traumatizáció egyes típusait (fizikai, szexuális, érzelmi abúzus, elhanyagolás, szeparáció, családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség), a szexuális bántalmazás paramétereit (elkövető, módzat, gyakoriság, kezdet), a kumulatív trauma pontszámot, valamint a disszociáció pontszámot és az impulzivitás pontszámot független változókként vontuk be.

A modell alapján a vizsgált függő és független változók között kapcsolat mutatható ki, a prediktorok az önsértések varianciájának 72%-ára adtak magyarázatot ($F(26, 126) = 12,47, p < 0,001, R^2 = 0,72$). Az önsértések kialakulásának esélyét a kumulatív traumapontszám ($\beta = 0,21, SE = 6,70, t = 2,31, p = 0,023$) és a disszociáció ($\beta = 0,21, SE = 5,79, t = 2,18, p = 0,031$) növelték szignifikáns mértékben. A modellben az impulzivitás predikciós erővel bírt, ugyanakkor a szignifikancia szint határán mozgott ($\beta = 0,14, SE = 2,56, t = 1,89, p = 0,062$).

Az önsértések életkori kezdetének lehetséges prediktorait szintén lineáris regresszió számítással vizsgáltuk. A modellben a függő változót az önsértések életkori kezdete jelentette, a független változók pedig az előzőekhez hasonlóan a gyermekkori traumatizáció egyes típusai (elhanyagolás, szeparáció, érzelmi/fizikai/szexuális bántalmazás, családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség), a szexuális bántalmazás paramétereit (módzat, elkövető, gyakoriság, életkori kezdet), a kumulatív trauma pontszám, a disszociáció pontszám és az impulzivitás pontszám voltak. A modell alapján a vizsgált függő és független változók között kapcsolat mutatható ki, a prediktorok az önsértések életkori kezdete varianciájának 42%-

ára adtak magyarázatot ($F(6, 56) = 8,94, p < 0,001, R^2 = 0,42$). Az önsértések kezdetét a kumulatív traumapontszám ($\beta = -0,51, t = -4,26, p < 0,001$), a havi rendszerességgel történő bántalmazás ($\beta = -0,30, t = -2,63, p = 0,011$), a disszociáció ($\beta = -0,31, t = -2,04, p = 0,046$) és az impulzivitás ($\beta = -0,31, t = -2,05, p = 0,045$) jelezte előre.

A lineáris regresszió számítás eredményeit alapul véve a Hayes-féle PROCESS alkalmazás (Hayes, 2013) segítségével mediációs elemzést végeztünk, hogy teszteljük a disszociáció és az impulzivitás közvetítő szerepét a gyermekkori traumatikus élmények halmozódása (amelyet a kumulatív traumapontszám fejez ki) és az önsértések száma között. A mediációs eljárás alapfeltételeként Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk a változók közötti viszonyt, amely szignifikáns együttjárásokat talált (21. táblázat), így lehetővé téve az eljárás használatát.

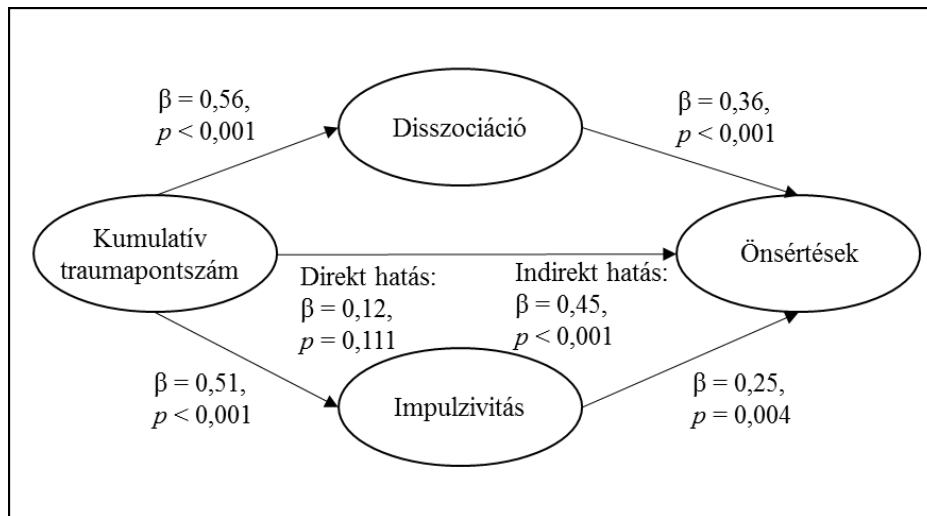
21. táblázat. A kumulatív traumapontszám, a disszociáció, az impulzivitás és az önsértések összefüggései Pearson-féle korrelációs elemzéssel vizsgálva

	1.	2.	3.
1. Kumulatív traumapontszám	-		
2. Disszociáció	0,561	-	
3. Impulzivitás	0,507	0,672	-
4. Önsértések száma	0,454	0,599	0,558

Megjegyzés: $p < 0,001, N = 153$

Ahogy a 2. ábrán látható a gyermekkori traumatikus események halmozódása és az önsértések között nem mutatkozott közvetlen szignifikáns kapcsolat ($\beta = 0,12, p = 0,111$). Szignifikáns összefüggést kaptunk a kumulatív traumapontszám és a disszociáció ($\beta = 0,35, p < 0,001$), valamint a kumulatív traumapontszám és az impulzivitás között ($\beta = 0,25, p = 0,004$). A Sobel-teszt alapján traumatikus események halmozódásának önsértésre kifejtett indirekt hatása a disszociáción ($\beta = 0,20, p < 0,001, \text{Sobel } Z = 3,55$) és az impulzivitáson ($\beta = 0,13, p = 0,007, \text{Sobel } Z = 2,69$) keresztül szignifikánsnak bizonyult. A modell szerint az önsértések varianciájának 41%-át magyarázzák a független változók ($R^2 = 0,41, F(3, 149) = 34,93, p < 0,001$). A traumatikus események halmozódásának önsértésekre gyakorolt teljes hatása $\beta = 0,45, p < 0,001$ volt.

A kapott eredmények alapján az impulzivitás és a disszociáció a traumatikus események halmozódása és az önsértések közötti mediátor tényezőknek bizonyultak.



2. ábra. Az impulzivitás és a disszociáció mediátor szerepe a gyermekkori traumatikus események halmozódása (kumulatív traumapontszám) és az önsértések között

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. A gyermekkori traumatizáció vizsgálata

Legjobb tudásunk szerint Magyarországon és a volt szocialista államokban csekély azoknak a kvantitatív kutatásoknak a száma, amelyek a gyermekkori traumatikus élmények szerepét vizsgálják a borderline személyiségzavar kialakulásában. Elsődleges célunk az volt, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedő fekvőbetegek gyermekkori traumatikus élményeinek gyakoriságát és jellemzőit felmérjük, valamint a borderline személyiségzavar és a gyermekkori traumatizáció közötti összefüggéseket megvizsgáljuk.

Vizsgálatunk igazolja, hogy a gyermekkori abúzus és elhanyagolás hazánkban is gyakori a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek élettörténetében. Eredményeink szerint a borderline páciensek 86%-a számolt be gyermekkorában (18 éves kora előtt) elszenvedett érzelmi és fizikai elhanyagolásról, 80%-uk pedig a szülőktől való hosszas szeparációról. Az egyes abúzustípusokat tekintve a betegek 88%-át érzelmileg, 65%-át fizikailag, 56%-át szexuálisan bántalmazták gyermekkorában. Az elhanyagolás és az abúzus mellett a borderline páciensek 78%-a volt szemtanúja családon belüli erőszakos cselekményeknek, ami szintén oki jelentőséggel bírhat a kórkép kialakulásában. Feltételezésünknek megfelelően (H1a) az általunk felmért kedvezőtlen gyermekkori élmények (elhanyagolás, érzelmi/fizikai/szexuális abúzus, családon belüli erőszak szemtanúja) gyakorisága mindegyik életkori szakaszban a borderline csoportban volt a legmagasabb, vagyis a borderline páciensek fele már hat éves kora előtt is áldozata volt a különböző családon belüli bántalmazásformáknak, illetve szemtanúja volt a családban előforduló erőszakos cselekményeknek.

Hipotézisünknek (H1b) megfelelően a borderline páciensek a depressziós kontrollszemélyekhez viszonyítva súlyosabb paraméterekkel jellemezhető szexuális bántalmazásról számoltak be, amely egybecseng a korábbi kutatásokból származó eredményekkel (Ogata és mtsai, 1990; Silk és mtsai, 1995; Weaver és Clum, 1993). A szexuális abúzust átélt borderline betegek fele-háromnegyede a szexuális bántalmazás legsúlyosabb formáit is elszenvedte (orális és/vagy vaginális behatolás, nemi erőszak kísérlete). Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy az esetek felében az apa vagy az apafigura követte el a visszaéléseket. Az incesztus-tilalom áthágása, azaz a gondozó által elkövetett szexuális abúzus a leginkább patogén bántalmazásforma, hiszen a gyermek testi-lelki integritását az a személy tiporja el, akihez kötődik, és akire ráutalt. A biztonságról nem gondoskodó, elhanyagoló környezetben felnövő, multiplex traumatizációnak kitett borderline páciensek a családjukon

kívül is gyakran estek áldozatául szexuális bűncselekményeknek. Adataink szerint a szexuálisan bántalmazott páciensek több, mint 40%-át már 18 éves koruk előtt többen ismételtén áldozattá tették. A szexuális bántalmazás a minta csaknem 40%-ában nagyon korán, hat éves kor előtt kezdődött, az éppen formálódó személyiséget deformálva. A korai kezdet és az elkövető személye feltehetően nem független egymástól: a legkisebb gyermekekhez az apák könnyen hozzáférnek, a gyermek számára a bántalmazó közegből való elmenekülés pedig lehetetlen. A kutatások és a klinikai tapasztalatok alapján az apa-lánya incestus marad fenn a legtartósabban, amelyben a patológiás családstruktúra és -dinamika, a gyermekét cserbenhagyó anyja „vaksága” is szerepet játszik (Herman, 2011; Mennen és Medow, 1995).

Kutatásunk a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek súlyos, multiplex traumatizáltságát bizonyítja, az általunk felmért hat traumatikus élménytípus (szexuális, fizikai és érzelmi bántalmazás, elhanyagolás, szülőktől való hosszas szeparáció, családon belüli bántalmazás szemtanújaként megélt fenyegetettség) közül a vizsgálatba bevont borderline személyek 18 éves koruk előtt átlagosan ötöt szenvedtek el! A komplex traumatizáció súlyosabb állapotot eredményez, jelentősen rontja a prognózist és a pszichoszociális funkciószintet, amelyet a vizsgált személyek demográfiai jellemzői is mutatnak (kevesebb a stabil párkapcsolattal rendelkező és több a munkanélküli a borderline betegek között).

Vizsgálatunkban a szexuális bántalmazás, a fizikai bántalmazás és a szülői elhanyagolás a borderline diagnózis legerősebb prediktorainak bizonyultak, vagyis hipotézisünk teljesült (H2). Eredményeink egybecsengenek a nemzetközi kutatási adatokkal (Huang és mtsai, 2012; Lobbestael és mtsai, 2010; Zanarini és mtsai, 1997), miszerint a gyermekkorban elszenvedett szexuális bántalmazás és elhanyagolás Észak-Amerikától a Távol-Keletig lényeges szerepet játszik a borderline személyiségzavar kialakulásában. Ezek a traumatikus élmények a borderline etiológia kultúrafüggetlen aspektusát képviselik. Bizonyos kultúrafüggő specifikumok is kirajzolódnak a finomabb összehasonlítások figyelembe vételével, mégpedig - a kínai betegpopuláción végzett vizsgálathoz hasonlóan (Huang és mtsai, 2012) - a magyar borderline populációban is fontos etiológiai faktornak bizonyult a gyermekkorban átélt családon belüli fizikai bántalmazás. Feltehetően a testi fenytést mint gyermeknevelési eszközt elfogadó, autoritáriánus hagyományokkal rendelkező és jelenleg átalakulásban lévő társadalmakban a fizikai abúzus előfordulása gyakoribb (Tang, 2006). Továbbá nem zárhatjuk ki, hogy a sok országban még tabu témának számító szexuális abúzus bevallására kevésbé készek a személyek, és könnyebben számolnak be az átélt fizikai bántalmazásról.

5.2. A disszociatív jelenségek vizsgálata

Vizsgálatunkban a borderline betegek súlyos, a patológiás disszociáció jelenségekörébe sorolható disszociatív élményekről számoltak be, az általuk elért átlagos pontszám (2,72 pont) a magyar átlagpopuláció 10%-ára jellemző övezetbe esik (Varga és mtsai, 1990). Eredményeink igazolják hipotézisünket (H3), és megegyeznek a külföldi vizsgálatokból származó adatokkal, amelyek a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek körében a pszichiátriai zavarokban szenvedő és egészséges kontrollcsoportokhoz képest súlyosabb és gyakoribb disszociatív tüneteket találtak (Galletly, 1997). A borderline páciensek disszociatív élményei közé tartoznak az identitásérzetben bekövetkezett változások, a deperszonalizációs/derealizációs élmények, a kontrollvesztett állapotok, amelyek például automatikus cselekvésekben, a figyelem elkalandozásában és fálásrohamokban nyilvánulhatnak meg. Kifejezetten gyakrabban számolnak be emlékezetkiesésekről, amikor képtelenek felidézni az elmúlt órák, napok történéseit, és az is előfordul, hogy idegen helyen találják önmagukat. Mintánkban a borderline betegeknél megjelenő disszociatív élmények súlyossága és gyakorisága a diagnosztizálható (de fel nem ismert) disszociatív zavar lehetőségét veti fel. A szakirodalmi adatok alapján a páciensek 59-75%-a esetében társul a borderline személyiségzavarhoz disszociatív identitászavar vagy máshova nem osztályozható disszociatív zavar (DDNOS) (Korzekwa és mtsai, 2009; Ross, 2007; Sar és mtsai, 2006).

Feltételezésünknek megfelelően (H4) a disszociáció legfőbb bejósoló tényezőinek a kumulatív trauma pontszám és a behatolással járó szexuális bántalmazás bizonyultak, vagyis vizsgálatunkban is igazolódott, hogy a gyermekkori traumatikus események halmozódása, valamint a súlyosabb szexuális abúzus súlyosabb disszociatív tünetképzést eredményez (Ford és Gómez, 2015; Foote és mtsai, 2006; Sar és mtsai, 2006). A disszociáció traumával kapcsolatos fejlődési útja esetében a traumatizált kisgyermek „diszkrét viselkedéses állapotokat” (Putnam, 1997) él át repetitív módon. A normális kohezív személyiség kialakulásához egyrészt az olyan agyi struktúrák pszichobiológiai érése szükségeltetik, amelyek a főbb integrációs feladatokat látják el (pl. hippocampus, prefrontális lebeny), másrészt olyan, a biztonságos kötődés által facilitált képességekre van szükség, amelyek fenntartják, szabályozzák és integrálják ezeket az állapotokat. A gyermek ismétlődő traumatizációja veszélyezteti az említett pszichobiológiai fejlődési folyamatokat, akadályozza a viselkedéses állapotok integrációját, és konzerválja, felerősíti a személyiség strukturális disszociációját (van der Hart és mtsai, 2004). A disszociáció, ami a traumatizáció központi

jellemzője, rövidtávon adaptív, mert elkülönítve tárolja a mindennapi élettel és a traumatikus élményekkel kapcsolatos tartalmakat, hosszú távon azonban maladaptívvá válik, akadályozza a traumatikus élmények feldolgozását, továbbá a traumatikus emlékek a traumához kondicionálódott jelzőingerek hatására intruzív módon betörhetnek a tudatba, akár át is vehetik a viselkedés irányítását (Nijenhuis és mtsai, 2010). A gyermekkori traumatizáció áldozatai számára az eredeti traumára emlékeztető interperszonális történések (a vélt vagy valós fenyegetés, elutasítás, elárultatás, cserbenhagyás) rendkívül fenyegetőek. A betegek ezen helyzetekre adott reakciói a traumatizált gyermekre jellemző (evolúciós eredetű) reakciómódok ismételései: a traumatizált beteg harcol, menekülni próbál, védekezésből lefagy vagy totális önmegadásba merül. Mivel a személyiség a disszociatív folyamatok következtében fragmentált, amint a betegnek egy másik énrésze veszi át az irányítást, a traumához fixálódott énrészek viselkedését maga is énidegennek érezheti, s a saját működésével kapcsolatos felelősséget kevésbé éli meg.

A disszociatív munkamód és a disszociatív kórképek elhanyagolt területnek számítanak világszerte, amelynek egyik oka lehet, hogy a legismertebb standardizált diagnosztikus mérőeszközök - köztük a SCID-I-II - nem tartalmazzak a disszociatív zavarok vagy a disszociatív tünetek felmérésére irányuló modult, így a kutatások és a kevésbé tájékozott szakemberek egy része alábecsüli a társuló disszociatív zavarok előfordulását (Mosquera és mtsai, 2011). A (borderline) páciensek esetében a disszociáció felmérése elengedhetetlen, hiszen a disszociáció rontja a terápiás prognózist, a traumával kapcsolatos disszociatív munkamóddal élő betegek a szokásos terápiás eljárásokra nem reagálnak jól, speciális, a disszociációra irányuló pszichoterápiás megközelítést igényelnek (Farina és Liotti, 2013). Vizsgálatunk bizonyítja a klinikai ellátásban megjelenő traumatizált páciensek súlyos és gyakori disszociatív élményeit, ami remélhetőleg gyarapítja a szakemberek disszociációval kapcsolatos ismereteit, és ezáltal hozzájárul a betegek jobb megértéséhez és kezeléséhez.

5.3. Az impulzivitás vizsgálata

Hipotézisünk (H5), miszerint a borderline betegek jelentősen impulzívabbak, mint a depressziós kontrollszemélyek, bebizonyosodott. Eredményeink illeszkednek azoknak a tanulmányoknak a sorába, amelyek önkitöltős kérdőívekkel mérték az impulzivitást, és a borderline betegek között konzisztensen magasabb pontszámokat találtak, mint a nem borderline személyek csoportjában (Links és mtsai, 1998). Előzetes várakozásainknak (H6) megfelelően és a korábbi kutatásokhoz hasonlóan (Bornovalova és mtsai, 2006; Hunt, 2007) az

általunk vizsgált borderline mintán is igazolódott az impulzivitás és a gyermekkori traumatizáció közötti kapcsolat. Az impulzivitást és külön az alszállást is a gyermekkorban elszenvedett, súlyos paraméterekkel jellemezhető szexuális bántalmazás jósolta be. A szexuálisan bántalmazott betegek a késztetéseiket könnyebben fordítják tettbe, a pillanatnyi megkönnyebbülést keresik, és nehezebben tartanak ki hosszú távú célok mellett: nagyobb nehézséget jelent számukra a feladatokra való koncentráció, munkahelyük megtartása, tanulmányaik befejezése, gyakorta váltogatják lakóhelyüket. Az impulzivitás a felülről lefelé történő szabályozás (késleltetés, viselkedésgátlás) elégtelenségével függhet össze, vagy a Herman-féle (2011) traumakoncepció keretében az adaptációt szolgáló mechanizmusként is értelmezhető. A bántalmazó közegben, ahol az önszabályozást elősegítő internalizálható minták nem álltak rendelkezésre, és az interperszonális kapcsolatok nyújtotta megnyugvás sem remélhető, a tolerálhatatlan érzelmi állapotoktól való megszabadulás sürgető szüksége vezérli a viselkedést. Az impulzív viselkedésformák (pl. pszichoaktív szerhasználat, falásrohamok és purgálások, promiskuitás) a belső állapotok szabályozását szolgálják azoknál a bántalmazott személyeknél, akikre az a jellemző, hogy a beszűkült vagy alig létező jövőperspektíva nem ellensúlyozza az itt és most túlélését szolgáló impulzusok tettbe fordítását.

5.4. Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata

Mintánkban a depressziós személyekhez képest kétszer annyi borderline beteg, vagyis a borderline csoport 82,5%-a számolt be arról, hogy élete során legalább egyszer megkísérelt öngyilkosságot. A szuicid kísérleten átesett borderline személyek a vizsgálat időpontjáig átlagosan 4,05 alkalommal próbáltak véget vetni életüknek, lényegesen többször, mint az (idősebb) depressziós személyek. A szintén hospitalizált borderline csoportot vizsgáló korábbi kutatásokhoz (Soloff és mtsai, 1994) képest eredményeink borúsabb képet mutatnak, mintánkban mind az öngyilkosságot megkísérlők száma, mind a kísérletek száma magasabb volt, ráadásul az átlagosan 30 éves borderline betegek esetében nem zárhatóak ki további szuicid kísérletek.

Az öngyilkossági kísérletek előfordulását a komorbid major depressziós epizód diagnózissal rendelkező borderline alcsoportban is felmértük, és a szakirodalmi adatokkal megegyezően (Soloff és mtsai, 2000) a két zavar társulása esetén a szuicid viselkedések legnagyobb gyakoriságát találtuk, vagyis hipotézisünk (H7) igazolódott.

Az általunk végzett regresszió elemzés a korábbi kutatásokkal megegyezően jelentős pozitív irányú kapcsolatot mutatott ki a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció, az impulzivitás és a szuicid kísérletek száma között (Brodsky és mtsai, 1995; Braquehais és mtsai, 2010; Ford és Gomez, 2015; Soloff és mtsai, 2002; van der Kolk és mtsai, 1991; Wedig és mtsai, 2012; Zanarini és mtsai, 2002), ugyanakkor a komorbid csoportban talált nagyobb számú öngyilkossági kísérlet ellenére nem bizonyítottuk a borderline személyiségzavarhoz társuló major depresszió szuicid kockázatot növelő szerepét. Vizsgálatunkban tehát nem a negatív hangulati állapotok, hanem a gyermekkori traumatikus események halmozódása, az impulzivitás és a disszociáció jelentették a legnagyobb kockázatot az öngyilkossági kísérletek szempontjából. A gyermekkori traumatizáció, az impulzivitás, a disszociáció és az öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolat finomabb elemzése rámutatott arra, hogy az impulzivitás és a disszociáció közvetítő mechanizmust jelent a súlyos gyermekkori traumatikus élmények és a felnőttkori szuicidalitás között. Vizsgálatunkban az impulzivitás (az elsietett, a tervezést és a következmények belátását nélkülöző döntések, illetve az önkontroll hiánya) kapocsnak tekinthető a súlyos traumatizáció és az öngyilkossági viselkedés között, vagyis a szuicid viselkedés a deficites impulzuskontroll és érzelemszabályozás eredménye. Az impulzivitás mellett a másik mediáló tényező a disszociáció volt, tehát a szuicid kísérletek (a nem letális szándékú fizikai önsértésekhez hasonlóan) a trauma következtében kialakuló disszociációval szembeni maladaptív megküzdésként is értelmezhetők (Calati és mtsai, 2017). A szuicid kísérletek szempontjából a szakirodalom a pszichiátriai betegségek közül a major depressziót tartja elsődleges rizikófaktornak (Rihmer, Fekete és Gonda, 2015), mely az öngyilkossági kockázat mérlegelésénél és megelőzésénél a depresszió, a reménytelenség és a csökkent problémamegoldó képességek felismerését hangsúlyozza (Perczel Forintos és Poós, 2008). Eredményeink azonban arra figyelmeztetnek, hogy az öngyilkosság magyarázatának elsősorban a depressziós betegek megfigyelésére alapozott hagyományos modellje kevésbé alkalmas a borderline szuicidalitás konceptualizálására. Úgy tűnik, hogy a borderline betegek esetében a súlyos gyermekkori traumatizáció, az impulzivitás és a disszociáció jelenségei képezik az öngyilkossághoz vezető utat. Míg a depressziós személy többnyire egy viszonylag hosszantartó folyamat és mérlegelés eredményeképpen jut el az öngyilkossági cselekmény véghezviteléig, addig a borderline betegeknél az impulzív döntéshozatal és végrehajtás jellemző, az elviselhetetlennek megélt belső állapottól való azonnali megszabadulás vezérli. Eredményeink rávilágítanak arra, hogy az öngyilkossági kockázat mérlegelésénél a szakembereknek érdemes figyelmet fordítaniuk az impulzivitás és a disszociáció mint lehetséges rizikófaktorok felmérésére. A szuicid prevencióban a problémamegoldási készség

fejlesztése (Poós, Annus és Perczel Forintos, 2008) mellett az impulzuskontroll és az érzelemszabályozás képességének fejlesztése (Kuritárné, 2008a) és a disszociáció kezelése szintén lényeges szerepet játszhat ezen betegcsoportban.

5.5. A szándékos fizikai önsértések vizsgálata

Mintánkban a borderline páciensek több mint háromnegyede számolt be szándékos fizikai önsértő viselkedésről, vagyis hússzor annyian, mint a depressziós kontrollszemélyek, amely egybecseng az előzetes várakozásainkkal (H8). Hipotézisünknek megfelelően (H9) a borderline betegek a depressziós személyekhez viszonyítva jelentősen korábban, serdülőkorban kezdték az önsebzést, valamint életük során gyakrabban követték el szándékos fizikai önsértést.

Feltételezésünknek (H10) megfelelőn vizsgálatunkban azonosítottunk egy szuper önsértő borderline alcsoportot, akik életük során extrém gyakorisággal bocsátkoztak szándékos fizikai önsértő cselekedetekbe. A szuper önsértő páciensek a 80 fős borderline vizsgálati minta 23%-át jelentették, és átlagosan 75 önsértésről számoltak be, ami egybecseng a Dubo és mtsai (1997) által közölt eredményekkel.

A szuper önsértő, a mérsékleten önsértő és a nem önsértő borderline csoportok összehasonlítása minden vizsgált tényező tekintetében a szuper önsértő betegek súlyosabb állapotát igazolja. A pszichopatológia súlyosságára utal, hogy a szuper önsértők fiatalon, átlagosan 18 évesen kerültek be a pszichiátriai ellátórendszerbe, a maximális 9 borderline kritériumból 8-at teljesítenek, illetve átlagosan 6 társuló I-es tengely zavar és 3 személyiségzavar diagnózissal rendelkeznek.

A szuper önsértők igen fiatalon, általános iskolás korukban (14 évesen) követték el az első önsértő cselekedetüket, míg a mérsékleten önsértők a serdülőkor végén, átlagosan 18 évesen bocsátkoztak először önsebzésbe. A szuper önsértő csoportban többször volt szükség egy-egy önsértő cselekedet után orvosi ellátásra, amely a tett veszélyességének alábecslésére, valamint a súlyos sérülés és a véletlen haláleset kockázatára figyelmeztet.

Az önsértőkre jellemző érzelemszabályozás zavarára (Klonsky, 2009; Zanarini és mtsai, 2013) utalhat, hogy az önsértések leggyakoribb okainak az idegesség és az elviselhetetlen feszültség enyhítését nevezték meg a páciensek. Mindegyik szuper önsértő betegnek és a mérsékleten önsértők felének is segítenek az önsebzések oldani a zsibbadt/dermedt állapotokat, amiből arra következtethetünk, hogy a szándékos fizikai önsértések az általunk vizsgált borderline

páciensek esetében is szerepet játszhatnak a disszociatív állapotokkal való megküzdésben (Nixon és mtsai, 2002; Zanarini és mtsai, 2013).

Hipotézisünknek megfelelően (H11) a szuper önsértők súlyos traumatizáltságát bizonyítja, hogy a betegek a legsúlyosabb paraméterekkel jellemezhető gyermekkori traumatikus élményekről számoltak be, nevezetesen a korai (6 éves kor előtti), apa által elkövetett, behatolással járó, akár heti rendszerességgel történő szexuális abúzusról, valamint a különböző abúzusformák, az elhanyagolás és a gondozóktól való hosszas szeparáció együttes előfordulásáról.

A szuper önsértő személyek körében súlyosabb disszociatív élményeket és súlyosabb impulzivitást találtunk, amely igazolja hipotéziseinket (H12, H13), és illeszkedik az eddigi szakirodalmi adatok sorába (Calati és mtsai, 2017; Hamza és mtsai, 2015; Herpertz és mtsai, 1995).

Vizsgálatunkban az önsértő viselkedések korábbi kezdetének rizikófaktorai a súlyosabb paraméterekkel jellemezhető szexuális bántalmazás, a traumatikus események halmozódása, az impulzivitás és a disszociáció voltak. Az önsértések nagyobb gyakoriságának esélyét szintén a gyermekkori traumatikus élmények halmozódása, a disszociáció, illetve az impulzivitás növelték jelentősen. A mediációs elemzés rávilágított arra, hogy a disszociáció, illetve az impulzivitás közvetítő szerepet tölt be a gyermekkori traumatizáció és az önsértő viselkedések között. A súlyos gyermekkori traumatizációt elszenvedett betegek az eredeti traumára emlékeztető ingerfeltételek esetén kondicionált pszichobiológiai stresszválaszokat produkálnak hosszú évek eltelte után is. A páciensek feltehetően a kívülről jelentéktelennek tűnő érzelmi stresszorokra impulzív agresszív tettekkel vagy disszociációval reagálnak (van der Kolk és mtsai, 1991). A statisztikai analízis eredményeinek és a vizsgált személyek beszámolóinak tükrében az önsértés értelmezhető a disszociatív állapotra adott közvetlen válaszként. A deperszonalizációs vagy disszociált énállapotokban az önsértés segíthet a normális szelféret helyreállításában, a realitásba való visszatérésben. A lelki fájdalom megélése ellen életbe léptetett disszociatív mechanizmusok következtében megjelenő belső üresség és élettelenység érzésétől az önsebzéssel próbál szabadulni a beteg, a fizikai fájdalom bizonyítja az érzékelni képes, élő szelf létezését (Brodsky és mtsai, 1995; Herman, 2011; Kuritárné, 2008b; Nixon és mtsai, 2002; Zanarini és mtsai, 2013). A súlyosan impulzív személyek, a megfelelő affektusszabályozási képesség hiányában, a hosszú távú következményekkel nem számolva, a negatív érzelmeiket a gyors megnyugvást jelentő önsértések segítségével modulálják (Hamza és mtsai, 2015; Klonsky, 2007; Stanley és Brodsky, 2005). A cselekmény elkövetése paradox módon megkönnyebbüléssel jár, felülírja, elfedi az érzelmi fájdalmat, szolgálhatja a kontroll-

érzet elnyerését az érzelmileg elárasztó helyzetekben (Klonsky, 2009; van der Kolk és mtsai, 1991), valamint segíthet csillapítani, kifejezni, igazolni az elviselhetetlen feszültséget, dühöt (Nixon és mtsai, 2002; Paivio és McCulloch, 2004; Zanarini és mtsai, 2013).

A fizikai önsértések jelentőségét a szakemberek sokszor alábecsülik, mivel gyakran nyilvánvaló, hogy nem hordoz az életet veszélyeztető kockázatot, vagy manipulatív szándékot tulajdonítanak neki. A szuper önsértő borderline alcsoport részletes vizsgálata rávilágít arra, hogy a borderline páciensek körében megjelenő extrém gyakori szándékos fizikai önsértések a gyermekkori traumatizáció súlyosságának, kezdetének, komplexitásának, valamint a borderline pszichopatológia súlyosságának indikátoraiként értelmezhetőek. Az önsértések gyakorisága könnyen kikérdezhető adat, amely arra figyelmeztetheti a szakembereket, hogy a beteg nagy eséllyel traumatizált és disszociatív munkamódokat alkalmaz. Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy azoknak a személyeknek, akik fiatalon, serdülőkorban kezdik az önsértést egy része borderline beteggé válik, ezért a kórkép teljes kibontakozásának megelőzésében a korai felismerés és kezelés elengedhetetlen. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy nem minden önsértő serdülőből lesz borderline páciens.

5.6. A kutatás korlátai

Vizsgálatunk számos korláttal rendelkezik. A kutatásunkba bevont borderline páciensek súlyosan traumatizált fekvőbetegek, így az eredményeink nem terjeszthetők ki a teljes borderline populációra. Vizsgálatunkban a SCID-I-II interjúknak csak a major depressziós epizód és a személyiségzavarok felmérésére alkalmas moduljait használtuk, a többi társuló pszichiátriai zavarral kapcsolatban a pszichiáter szakorvos és a pszichológus által megállapított klinikai diagnózis állt rendelkezésünkre. A vizsgált személyek gyermekkori traumatikus élményeit önbeszámoló alapján, retrospektív módon mértük fel, ami alul- és túlbecslést egyaránt eredményezhet. A traumatikus események alulbecsléséhez vezethet az esetleges amnéziás gát, a szexuális bántalmazással kapcsolatos szégyen, a félelem és az abúzust övező titok (Herman és Harvey, 1997). Ugyanakkor a borderline betegeknél sérült az érzelmileg jelentős események reális megítélésének képessége, így aktuálisan és visszamenőleg is hajlamosak lehetnek a nehézségeik miatt a fontos személyeket vádolni (Kuritárné, 2008a). A szándékos fizikai önsértések vizsgálata során csak az intrapszichés okokat kérdeztük, és nem tértünk ki az esetleges interperszonális okokra mint a manipuláció vagy a figyelemfelkeltés. Az öngyilkossági kísérletek jellemzőit mint az életkori kezdet, módszer, tervezés, nem vizsgáltuk

részletesen. A gyermekkori traumatizáció, a disszociáció és az önsértések kapcsolata a szakirodalmi adatok alapján nemenként különböző lehet (Paris és mtsai, 1994; Zweig-Frank és mtsai, 1994), mivel mintánkban a nő betegek voltak túlsúlyban, eredményeink nem általánosíthatóak. A szuicid viselkedések rizikótényezőjének számító reménytelenséget nem mértük fel. A felnőttkorban elszenvedett traumatikus eseményeket nem vizsgáltuk, pedig a kutatási eredmények szerint – a gyermekkori traumatikus élményekkel kombinálódva - fontos prediktorai lehetnek a patológiás disszociációnak (Chiu és mtsai, 2015), illetve rizikófaktorai a felnőttkori önsértéseknek és öngyilkossági kísérleteknek (Liu és Miller, 2014).

5.7. Konklúzió

Kutatásunk hézagpótló céllal jött létre, hiszen Magyarországon hiányoznak a borderline személyiségzavar és a gyermekkori traumatizáció kapcsolatára irányuló empirikus vizsgálatok. Kutatásunk a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek súlyos, multiplex traumatizáltságát bizonyítja, ami gyakran nem kerül felismerésre még a mentális ellátásba belépő betegek esetében sem. A borderline páciensek minden egyes általunk vizsgált jelenség tekintetében súlyos állapotban vannak, minden bizonnyal kimerítik a komplex poszttraumás stressz zavar diagnózist. A jelenlegi diagnosztikus besorolásuk azonban semmit nem árul el arról, hogy a borderline személyiségjegyek, a disszociáció, a szándékos fizikai önsértés, az egyéb impulzív viselkedésformák és a társuló tünetek összefonódó, a gyermekkori traumatizációból származó patológiás következményeket és bántalmazással való maladaptív megküzdést képviselik.

Vizsgálatunk remélhetőleg felhívja a szakemberek figyelmét a gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött kóroktani szerepére, és a klinikusokat arra sarkallja, hogy borderline betegeiknél célirányosan keressék a traumára utaló tüneteket, adatokat. A fenti adatok tükrében abúzus áldozataiként kell tekintenünk a borderline páciensek döntő többségére, akik embert próbáló traumatikus élmények közepette próbálták túlélni a sokszor szinte kibírhatatlan bántalmazást, elhanyagolást, támasznélküliséget, és akiknek a traumatikus gyermekkorból eredeztethető specifikus kezelési igényeik vannak. A szakemberek ezen ismeretek birtokában könnyebben nézhetnek szembe a borderline betegek kezelésével kapcsolatos kihívásokkal, illetve a terápiás módszereket a populáció sajátosságaihoz igazíthatják, ezzel is növelve a terápia hatékonyságát. Bár nem az átlagpopulációban, hanem egy speciális

pszichiátriai betegcsoportban vizsgáltunk, megdöbbentő a minden bizonnyal a jéghegy csúcsaként feltárult gyermekkori traumatizáció gyakorisága, súlyossága és komplexitása.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

A traumakutatás a volt szocialista államokban, köztük Magyarországon is gyerekcipőben jár, ezért fontosnak tartottuk egy hiánypótló, komplex vizsgálat megvalósítását, ami azonosítja a magyar borderline páciensek élettörténetében előforduló traumatikus eseményeket, valamint feltárja a kapcsolatot a gyermekkori traumatizáció és borderline betegek körében megjelenő disszociáció, impulzivitás, öngyilkossági kísérletek és szándékos fizikai önsértések között. Vizsgálati mintánkat összesen 204 fő alkotta, 80 borderline páciens, 73 depressziós kontrollszemély és 51 egészséges kontrollszemély.

Kutatásunkban a csoportok közötti összehasonlítások megmutatták, hogy a borderline betegek halmozódó és súlyosabb paraméterekkel jellemezhető traumatikus eseményeket szenvedtek el gyermekkorukban, mint a depressziós és egészséges kontrollszemélyek.

A borderline páciensek minden vizsgált tünet tekintetében súlyosabb képet mutatnak a depressziós betegekhez képest: gyakoribb és súlyosabb disszociatív tüneteket élnek át, impulzívabbak, extrém gyakran bocsátkoznak szándékos fizikai önsértésekbe és többször követnek el öngyilkossági kísérletet. Az általunk vizsgált borderline fekvőbetegek döntő többsége bizonyára kimeríti a komplex PTSD kritériumait.

A borderline csoporton belüli összehasonlítások megmutatták, hogy az extrém gyakorisággal történő önsértések egyszerűen kikérdezhető indikátorai a súlyos gyermekkori traumatizációnak, a disszociációnak, az impulzivitásnak, valamint a súlyosabb borderline pszichopatológiának.

A súlyosabb paraméterekkel jellemezhető gyermekkori traumatizáció rizikótényezőnek minősül a patológiás disszociáció és az impulzivitás kialakulása szempontjából.

A gyermekkori traumatizáció, valamint az önsértések és öngyilkossági kísérletek kapcsolatában az impulzivitás és a disszociáció közvetítő szerepet tölt be, vagyis a borderline betegek esetében számolni kell a szuicid kísérletek kialakulásának - a reménytelenségtől és a depressziótól - eltérő útjával.

Vizsgálatunk remélhetőleg felhívja a szakemberek figyelmét a gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött kóroktani szerepére, és a klinikusokat arra sarkallja, hogy borderline betegeiknél célirányosan keressék a traumára utaló tüneteket, adatokat. A szakemberek ezen ismeretek birtokában könnyebben nézhetnek szembe a borderline betegek kezelésével kapcsolatos kihívásokkal, illetve a terápiás módszereket a populáció sajátosságaihoz igazíthatják, ezzel is növelve a terápia hatékonyságát.

SUMMARY

To the best of our knowledge, in Hungary and in the European Post-Soviet states there have been no studies that have investigated the role of traumatic childhood experiences in the development of borderline personality disorder. The primary aim of this study was to explore the relationship between childhood traumatic experiences and borderline symptoms, such as dissociation, impulsivity, suicidal behavior and nonsuicidal self-injurious behavior in Hungary. The sample consisted of 204 subjects, 80 borderline inpatients, 73 depressed control patients and 51 healthy control subjects.

Five major findings emerged from this study.

First, in this study between group comparisons revealed that borderline patients were exposed to more severe traumatic childhood experiences, such as multiple traumas and early, intrafamilial sexual abuse, than depressed and healthy controls.

Second, every symptom which was examined in this study shows that the psychopathology of borderline patients is more severe than the psychopathology of depressed patients. More specifically, borderline patients reported pathological dissociation, more severe impulsiveness, and a higher number of self-injurious acts and suicide attempts.

Third, comparisons in the borderline group suggest that the frequency of nonsuicidal self-injury in borderline inpatients can be regarded as an indicator of the severity and complexity of childhood traumatization, of the severity of dissociation and impulsivity, and of the severity of current borderline psychopathology.

Fourth, we have found that childhood traumatization, particularly early sexual abuse and the higher cumulative trauma score were highly predictive of pathological dissociation and impulsivity.

Fifth, our study revealed that impulsivity and dissociation are important links between early maladaptive experiences and self-injurious and suicidal behavior. These findings suggest that clinicians have to consider another factors, apart from depression and hopelessness, in the development of suicide attempts in borderline patients.

This study will, hopefully, encourage Hungarian clinicians to assess the childhood experiences of borderline patients more thoroughly, bringing the high likelihood of childhood abuse to clinicians' attention. A better appreciation of the possible childhood abuse experiences of borderline patients may, hopefully, help clinicians view them as survivors of abuse with specific treatment needs.

7. IRODALOMJEGYZÉK

7.1. Hivatkozott közlemények

1. *A DSM-IV diagnosztikai kritériumai.* (1995). Budapest: Animula.
2. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
3. American Psychiatric Association, (2001). *Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Arnow, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 10–15.
5. Ball, J.S. & Links, P.S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
6. Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134, 169-79.
7. Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 203, 221-27.
8. Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C., ... Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193–211.
9. Bierer, L.M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A.S., Silverman, J.M., & Siever, L.J. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, 8, 737-40, 749-54.
10. Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239.
11. *BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal.* (2004). Budapest: Animula.
12. Bogár, K. & Perczel Forintos, D. (2007). Trauma és pszichózis. *Psychiatria Hungarica*, 22, 300-310.
13. Bogár, K. (2015). *A szkizofrénia spektrum és a traumatikus életesemények összefüggései* (Doktori értekezés). Letöltés helye:

[Letöltés ideje: 2017. 02. 26.]

14. Bornovalova, M.A., Gratz, K.L., Daughters, S.B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, ... Lejuez, C.W. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatry Research*, 42, 717–26.
15. Bornovalova, M.A., Gratz, K.L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A. & Lejuez, C.W. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders*, 20, 218-31.
16. Braquehais, M.D., Oquendo, M.A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 121–129.
17. Bremner, J.D., Bolus, R., & Mayer, E.A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory - Self Report. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195, 211–18.
18. Brewin, C. R. & Andrews, B. (2017). Creating memories for false autobiographical events in childhood: A systematic review. *Applied Cognitive Psychology*, 31, 2-3.
19. Briere, J. & Gil, E. (1998). Nonsuicidal self-injury in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609–20.
20. Briere, J. & Zaidi, L.Y. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1602.
21. Brodsky, B.S., Cloitre, M., & Dulit, R.A. (1995). Relationship of dissociation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788- 92.
22. Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A., & Mann, J.J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1715-19.
23. Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M., & Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877.
24. Bunderla, T. & Kumperscak, H.G. (2015). Altered pain perception in self-injurious behavior and the association of psychological elements with pain perception measures: A systematic review. *Psychiatria Danubina*, 27, 346-54.

25. Butchart, A., Harvey, A.P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization and International Society for Prevention Child Abuse and Neglect. Letöltés helye: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf [Letöltés ideje: 2016. augusztus]
26. Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: meta-analyses. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
27. Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.I., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N., ... Zirakzadeh, A. (2010): Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629.
28. Chiu, C.D., Tseng, M.C.M., Chien, Y.L., Liao, S.C., Liu, C.M., Yeh, Y.Y., & Hwu, H.G. (2015). Cumulative traumatization associated with pathological dissociation in acute psychiatric inpatients. *Psychiatry research*, 230, 406-412.
29. Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L., & Matthews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749-755.
30. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423– 431.
31. Corbitt, E.M., Malone, K.M., Haas, G.L., & Mann, J.J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 39, 61-72.
32. Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 23-30.
33. Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., & Linehan, M.M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135, 495.
34. Csorba, J., Szélesné Ferencz, E., Steiner, P., & Németh, Á. (2005). Önsértő magatartású középiskolás serdülők tüneti jellegzetességei. *Psychiatria Hungarica*, 6, 456-62.
35. Donegan, N.H., Sanislow, C.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.K., Lacadie, C., Skudlarski P., Gore J.C., ... Wexler B.E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54, 1284-1293.

36. Draijer, N. & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-85.
37. Dubo, E., Zanarini, M.C., Lewis, R.E., & Williams, B.S. (1997). Relationship between lifetime self-destructiveness and pathological childhood experiences. In: Zanarini, M.C. (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 107-130). Washington, DC: American Psychiatric Press.
38. Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., ... Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2116-2124.
39. Ehlers, A. & Clark, D.M. (2001). A PTSD kognitív modellje. *Psychiatria Hungarica*, 17, 3-23.
40. Farina, B. & Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(1), 11-18.
41. Favazza, A.R. & Rosenthal, R.J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 3, 77-85.
42. Favazza, A.R. (1999). Nonsuicidal self-injury. In: Jacobs, D.G. (Ed), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 125–145). Jossey-Bass.
43. Fergusson, D., Horwood, L., & Lynskey, M. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1365-74.
44. Figueroa, E.F., Silk, K.R., Huth, A., & Lohr, N.E. (1997). History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 23-30.
45. Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629.
46. Ford, J.D. & Gómez, J.M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorder to nonsuicidal self-injury and suicidality: a review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16, 232-71.
47. Fossati, A., Barratt, E.S., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., & Maffei, C. (2004). Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry research*, 125, 161-170.

48. Fyer, M. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 737-39.
49. Gabbard, G.O. (2016). *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
50. Galletly, C. (1997). Borderline-dissociation comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1629.
51. Gáti, Á., Tényi, T., Trixler, M. (2004). A gyermekkori pszichotraumák szerepe a pszichózisok kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 19, 497-506.
52. Goldman, S.J., D'Angelo, E.J., & DeMaso, D.R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1832-5.
53. Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., Silverman, J.M., & Siever, L.J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018–24.
54. Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., & Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533–545.
55. Grinker, R.R., Werble, B., & Drye, R.C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego-functions*. New York: Basic Books.
56. Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... Skodol, A. E. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827–837.
57. Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
58. Gunderson, J.G., & Links, P.S. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
59. Hamza, C.A., Willoughby, T., & Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 13-24.
60. Harman, M.J. (2004). Children at risk for borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 279-90.

61. Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, moderation and conditional process analysis*. New York: Guilford Press.
62. Helgeland, M.I., & Torgesen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 138-47.
63. Herman, J.L. & Harvey, M.R. (1997). Adult memories of childhood trauma: A naturalistic clinical study. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 557-571.
64. Herman, J.L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-4.
65. Herman, J.L. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó.
66. Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E.M., Muehlbauer, V., Schuerkens, A., & Sass, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: Results of an experimental study. *Journal of Affective Disorders*, 44, 31-37.
67. Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1995). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451-65.
68. Huang, J., Yang, Y., Wu, J., Napolitano, L.A., Xi, Y., & Cui, Y. (2012). Childhood abuse in chinese patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26, 238-54.
69. Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., . . . Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 46-53.
70. Hudziak, J.J., Boffeli, T.J., Kreisman, J.J., Battaglia, M.M., Stanger, C., & Guze, S.B. (2004). A borderline személyiségzavar kapcsolata a Briquet-szindrómához (hisztériához), a szomatizációhoz, az antiszociális személyiségzavarhoz és a drogfüggéshez. Klinikai tanulmány. In: Kulzsár, Zs., Rózsa, S., & Kökönyei, Gy. (Szerk.), *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. I. kötet* (pp. 339-358). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
71. Hunt, M. (2007). Borderline personality disorder across lifespan. *Journal of Women & Aging*, 19, 173-91.
72. Ijzendoorn, M.H. & Schuengel, C.M. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
73. Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Marttunen, M.J.M., Kuoppasalmi, K.I., & Lonnqvist, J.K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.

74. Jackson, H.J. & Burgess, P.M. (2000). Personality disorders in the community: A report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 531–538.
75. Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., & Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-6.
76. Johnson, J.G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J.S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579-87.
77. Kaplan, M.L., Asnis, G.M., Lipschitz, D.S., & Chorney, P. (1995). Suicidal behavior and abuse in psychiatric outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 36, 229-235.
78. Kjelsberg, E., Ikesethe, P.H., & Dahl, A.A. Suicide in borderlines – predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 283-287.
79. Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury. A review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-39.
80. Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260-68.
81. Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.
82. Koenigsberg, H.W., Siever, L. ., Lee, H., Pizzarello, S., New, A.S., Goodman, M., ... Prohovnik, I. (2009). Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 172, 192–199.
83. Korzekwa, M.I., Dell, P.F., & Pain, C. (2009) Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11, 82-8.
84. Kósa, K. (2015). A gyermekkori traumatizáció hatásai a felnőttkori egészségi állapotra. In: Kuritárné Szabó, I. & Tisljár-Szabó, E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 139-166). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
85. Krause-Utz, A., Winter, D., Niedtfeld, I., & Schmahl, C. (2014). The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 16(3), 438.
86. Kremers, I.P., Van Giezen, A.E., Van der Does, A.J.W., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of

- borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38, 1-10.
87. Kroll, J. (1993). Etiologic theories of borderline personality disorder: a commentary. In: Paris, J. (Ed.), *Borderline personality disorder. Etiology and treatment* (pp. 211-226). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
 88. Kuo, J.R., Neacsiu, A.D., Fitzpatrick, S., & MacDonald, D.E. (2014). A methodological examination of emotion inductions in borderline personality disorder: a comparison of standardized versus idiographic stimuli. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 155–64.
 89. Kuritárné Szabó, I. (2008a). *Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
 90. Kuritárné Szabó, I. (2008b). A borderline szuicidalitás jellegzetességei. *Psychiatria Hungarica*, 1, 22–33.
 91. Kuritárné Szabó, I. (2010). Bizonyítékokon alapuló optimizmus kórlefolyás vizsgálatok és pszichoterápiás hatástanulmányok borderline betegek körében. *Pszichoterápia*, 19, 385-397.
 92. Kuritárné Szabó, I. (2013). Határtalan fájdalom. A határeseti (borderline) személyiségzavar. *Pannonhalmi Szemle*, 21, 56-64.
 93. Kuritárné Szabó, I. (2015). A gyermekkori családon belüli traumatizáció következményei. In: Kuritárné Szabó, I. & Tisljár-Szabó, E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 13-52). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
 94. Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553–564.
 95. Levensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J.M., van Son, M.J., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138-1151.
 96. Linehan, M.M. (2010). *A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
 97. Links, P.S., Heselgrave, R., & Van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: Prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 265-270.

98. Links, P.S., Steiner, M., Offord, D.R., & Eppel, A. (1988). Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 36–40.
99. Liu, R.T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34, 181-192.
100. Lobbetael, J., Arntz, A., & Berstein, D.P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24, 285–95.
101. Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A., & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 149, 291–96.
102. Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 42, 265-73.
103. MacKinnon, R.A., Michels, R., Buckley, P.J. (2010). *Pszichiátriai interjú a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
104. Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T., & Iseki, E. (2004). Habitual nonsuicidal self-injury in Japan. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 191-98.
105. Mauchnik, J., & Schmahl, C. (2010). The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 12(1), 46-55.
106. McGirr, A. & Turecki, G. (2007). The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 6, 460-466.
107. McGlashan, T.H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study: III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
108. McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Ralevski, E., Morey, L.C., Gunderson, J.G., ... Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.
109. McLean, L.M. & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-71.
110. Mennen F. & Meadow D. (1995). The relationship of abuse characteristics to symptoms in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 259–74.

111. Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., & Siever, L. J. (2007). Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 155(3), 231-243.
112. Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2005). Different traumatic experiences are associated with different pathologies. *Psychiatric Quarterly*, 76, 19-32.
113. Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
114. Mortensen, J.A., Rasmussen, L.A., & Håberg, A. (2010). Trait impulsivity in female patients with borderline personality disorder and matched controls. *Acta neuropsychiatrica*, 22, 139-149.
115. Mosquera, D., Gonzalez, A., & van der Hart, O. (2011). Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Revista Persona*, 11, 1-73.
Letöltés helye: <http://www.onnovdhart.nl/articles/persona2.pdf>, [Letöltés ideje: 2016. augusztus]
116. Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., & Herbison, G.P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
117. New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., ... & Siever, L. J. (2007). Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629.
118. Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52, 1-23.
119. Nijman, H.L.I., Dautzenberg, M., Merckelbach, H.L.G.J., Jung, P., Wessel, I., & Campo, J. (1999). Self-mutilating behavior in psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 14, 4–10.
120. Nixon, M.K., Cloutier, M.A., & Aggrawal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 41, 1333–41.
121. Nurnberg H.G., Raskin, M., Levine, P.E., Pollack, S., Siegel, O., & Prince, R. (1991). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1371-1377.
122. Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D., & Hill, E.M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008–13.

123. Oldham, J.M., Gabbard, G.O., Goin, M.K., Gunderson, J.G., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
124. Oltmanns, T.F., Rodrigues, M.M., Weinstein, Y., & Gleason, M.E.J. (2014). Prevalence of personality disorders at midlife in a community sample: Disorders and symptoms reflected in interview, self, and informant reports. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 36, 177–188.
125. Osváth, P., Vörös, V., Fekete, S. (2017). Öngyilkos magatartás és személyiségzavarok. In: Tényi, T. (Szerk.), *Személyiségzavarok – klinikum és kutatás* (pp.247-266). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
126. Paivio, S.C. & McCulloch, C.R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 28, 339-54.
127. Paivio, S.C. (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1053-1068.
128. Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., Demetrovics, Zs. (2009) A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10, 273-300.
129. Paras, M.L., Murad, M.H., Chen, L.P., Goranson, E.N., Sattler, A.L., Colbenson, K.M., ... Zirakzadeh, A. (2009): Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 550-61.
130. Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
131. Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21, 457-473.
132. Paris, J.P. & Zweig-Frank, H. (1997). Parameters of childhood sexual abuse in female patients. In: Zanarini, M.C. (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 15-18). Washington, DC: American Psychiatric Press.
133. Paris, J.P., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 301-5.
134. Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–74.

135. Perczel Forintos, D. & Kocsis-Bogár, K. (2015). Traumatikus életesemények a szkizofrén pszichózisok hátterében. In: Kuritárné Szabó, I. & Tisljár-Szabó, E. (Szerk.), *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia* (pp. 185-202). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
136. Perczel Forintos, D., Poós, J. (2008). Kiút a kiúttalanságból – problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében. Áttekintő tanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 23, 4-21.
137. Perry, J.C. & Herman, J.L. (1993). Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder. In: Paris, J. (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp.123-140). Washington, DC: American Psychiatric Press.
138. Pettigrew, J. & Burcham, J. (1997). Effects of childhood sexual abuse in adult female psychiatric patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 208–213.
139. Poós, J., Annus, R., Perczel Forintos, D. (2008). Pszichiátriai betegek problémamegoldó képességének vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 23, 42-55.
140. Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-78.
141. Putnam, F.W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 413-429.
142. Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
143. Quirk, S. E., Berk, M., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Brennan-Olsen, S. L., Pasco, J.A., & Williams, L. J. (2015). Population Prevalence of Personality Disorder and Associations With Physical Health Comorbidities and Health Care Service Utilization: A Review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000148>
144. Rihmer, Z., Fekete, S., Gonda, X. (2015). Öngyilkosság. In: Füredi, J., Németh, A. (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 729-739). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
145. Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks and potential precursors to borderline personality disorder. *Deviant Psychopathology*, 17, 1071-89.
146. Romans, S.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Herbison, G.P., & Mullen, P.E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1336-42.

147. Ross, C.A. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 71-80.
148. Russ, M.J., Shearin, E.N., Clarkin, J.F., Harrison, K., & Hull, J.W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1869-71.
149. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2004). *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry (2nd edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
150. Salzman, J.P., Salzman, C., Wolfson, M.A., Looper, J., Ostacher, M., Schwarz, J., ... Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 254-7.
151. Sansone, R. (2004). Chronic suicidality and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 215-25.
152. Sansone, R.A. & Wiederman, M.W. (2014). Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18, 145-149.
153. Sansone, R.A., Songer, D.A. & Miller, K.A. (2007). A naturalistic study of the relationship between self-harm behaviors and Axis I diagnostic groupings among inpatients. *International Journal of Psychiatry Clinical Practice*, 11, 73-5.
154. Sansone, R.A., Songer, D.A., & Miller, K.A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 117–120.
155. Sar, V., Akyüz, G., & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169-176.
156. Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1583–90.
157. Schmahl, C. & Bremner, J. D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 419–427.
158. Schmahl, C.G., Greffrath, W., Baumgärtner, U., Schlereth, T., Magerl, W., Philipsen, A., ... Treede, R.D. (2004). Differential nociceptive deficit in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain*, 110, 470–79.
159. Shearer, S.L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-8.

160. Shearer, S.L., Peters, C.P., & Quaytman, M.S. (1988). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1424-1427.
161. Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M.S., & Ogden, R.L. (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 214-16.
162. Siever, L.J., & Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1647.
163. Silk, K., Nigg, J.T., Westen, D., & Lohr, N.E. (1997). Severity of childhood sexual abuse, borderline symptoms, and familiar environment. In: Zanarini, M.C. (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 131-164). Washington, DC: American Psychiatric Press.
164. Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M., & Lohr, N.E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 1995, 152, 1059-64.
165. Silverman, J.M., Pinkham, L., Horvath, T.B., Coccaro, E.F., Klar, H., Schear, S., Apter, S., ... Siever, L. J. (1991) Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1378-1385.
166. Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8, 755–57, 760–62.
167. Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487–504.
168. Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., ... Oldham, J.M. (2002). Functional impairment in patients with schyzotypal, borderline, avoidant, obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-83.
169. Soloff, P.H. & Millward, J.W. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 574-88.
170. Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Self-Mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 257-26

171. Soloff, P.H., Lynch, K.G., & Kelly, T.M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 201-14.
172. Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M., Malone, K.M., & Mann, J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601-8.
173. Spiegel, D. (1997). Trauma, dissociation, and memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 225–237.
174. Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J., & Grabe, H.J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5, 82.
175. Stanford, M.S., Mathias, C.W., Dougherty, D.M., Lake, S.L., Anderson, N.E., & Patton, J.H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 385–95.
176. Stanley, B. & Brodsky, B.S. (2005). Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: a self-regulation model. In: Gunderson, J.G. & Hoffman, P.D. (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder* (pp. 43-64). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
177. Stepakoff, S. (1998). Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 107–126.
178. Stevenson, J., Meares, R., & Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 165-166.
179. Stiglmayr, C.E., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M.F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder - a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111–18.
180. Stone, M.H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. Guilford Press.
181. Suyemoto, K.L. (1998). The functions of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-54.
182. Szádóczy, E., Rózsa, S., & Unoka, Zs. (2006). *Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I. tengely zavarainak felmérésére*. Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő.
183. Szádóczy, E., Unoka, Zs., & Rózsa, S. (2004). *Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II. tengelyén található személyiségzavarok felmérésére*. Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő.

184. Tang, C.S.K. (2006). Corporal punishment and physical maltreatment against children: A community study on Chinese parents in Hong-Kong. *Child Abuse and Neglect*, 30, 893-907.
185. Tényi, T. (2017). A személyiségzavarok pszichodinamikus szemlélete és pszichoterápiája. In: Tényi, T. (Szerk.), *Személyiségzavarok – klinikum és kutatás* (pp.57-72). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
186. Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.
187. Túry, F., Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
188. Tyrka, A.R., Wyche, M.C., Kelly, M.M., Price, L.H., & Carpenter, L.L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 165, 281-7.
189. Van den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Langeland, W., & Van Den Brink, W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549-55.
190. Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906–14.
191. Van der Kolk, B.A. & Herman, J.L. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-95.
192. Van der Kolk, B.A. & Smyth, N. (2010). *Trauma Assessment Packet* (CD-ROM). Brookline, MA: The Trauma Center at Justice Resource Institute, University of Buffalo School of Social Work.
193. Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
194. Van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-71.
195. Van Reekum, R., Links, P.S., & Fedorov, C. (1994). Impulsivity in borderline personality disorder. In: Silk, R. (Ed.), *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder* (pp. 1-22). Washington, DC: American Psychiatric Press.

196. Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: A study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
197. Varga, K., Osvát, J., & Vanderlinden, J. (1990). A disszociáció fogalma, mérése és a "Disszociáció Kérdőív" (DISQ-H) bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 36, 125-50.
198. Vermetten, E. & Spiegel, D. (2014). Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 16, 434.
199. Weaver, T.L. & Clum, G.A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1068-75.
200. Wedig, M.M., Silverman, M., Frankenburg, F., Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42, 2395-2404.
201. Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S., & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 55-66.
202. Widiger, T.A. & Weissman, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
203. Yen, S., Shea, M.T., Battle, C.L., Johnson, D.M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... McGlashan, T.H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 510-8.
204. Zanarini, M.C. (1993). Borderline personality as an impulse control spectrum disorder. In: Paris, J. (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp. 67-86). Washington, DC: American Psychiatric Press.
205. Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.
206. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.

207. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., & Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.
208. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Jager-Hyman, S., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 291-296.
209. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 663-7.
210. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J.G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 177-184.
211. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., & McSweeney, L.B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 929-935.
212. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Ridolfi, M.E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J.G. (2006). Reported childhood onset of nonsuicidal self-injury among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 20, 9-15.
213. Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Vujanovic, A.A., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2004). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 416–420.
214. Zanarini, M.C., Laudate, C.S., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2011). Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 823-28.
215. Zanarini, M.C., Laudate, C.S., Frankenburg, F.R., Wedig, M.M., & Fitzmaurice, G. (2013). Reasons for nonsuicidal self-injury reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorder*, 27, 1-11.
216. Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., & Marino, M.F. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101–6.
217. Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., & Marino, M.F. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of

- borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous Mental Disease*, 190(6), 381-87.
218. Zhang, T.H., Chow, A., Wang, L.L., Yu, J.H., Dai, Y.F., Lu, X., ... Xiao, Z.P. (2013). Childhood maltreatment profile in a clinical population in China: A further analysis with existing data of an epidemiologic survey. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 856-64.
219. Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Axis I Diagnostic Comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-52.
220. Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse and Neglect*, 25, 357-367.
221. Zlotnick, C., Mattia, J.I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of nonsuicidal self-injury in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296-301.
222. Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*, 37, 12-16.
223. Zweig-Frank, H. & Paris, J. (1997). Relationship of childhood sexual abuse to dissociation and nonsuicidal self-injury in female patients. In: Zanarini, M.C. (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 93-106). Washington, DC: American Psychiatric Press.
224. Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994). Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 210-218.

7.2. Az értekezés alapjául szolgáló és az értekezéshez kapcsolódó közlemények



**DEBRECENI
EGYETEM**

**DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR**

H-4002 Debrecen, Egyetem tér 1, Pf.: 400
Tel.: 52/410-443, e-mail: publikaciok@lib.unideb.hu

Nyilvántartási szám: DEENK/408/2017.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

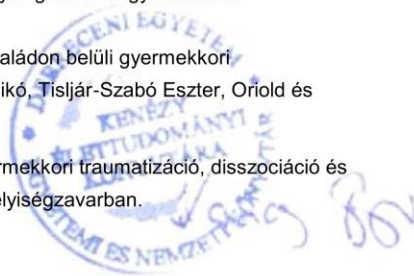
Jelölt: Merza Katalin
Neptun kód: EW668S
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10036590

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. Merza, K., Papp, G., Molnár, J., Kuritárné Szabó, I.: Characteristics and development of nonsuicidal self-harm among borderline inpatients.
Psychiatr. Danub. 29 (4), 480-489, 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24869/psyd.2017.480>
IF: 1.232 (2016)
2. Merza, K., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary.
Eur. J. Psychiat. 29 (2), 105-118, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632015000200002>
IF: 0.711

További közlemények

3. Kuritárné Szabó, I., Merza, K.: A szexuális bántalmazás és a borderline tünetprofil összefüggései.
In: Szexuális erőszak : Mítosz és valóság. Kutatások a szexuális erőszakról / Parti Katalin, Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, 89-128, 2017.
4. Merza, K., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: Borderline személyiségzavar és gyermekkori traumatizáció.
In: Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció : elmélet és terápia / Kuritárné Szabó Ildikó, Tisljár-Szabó Eszter, Oriold és Társai Kft., Budapest, 167-184, 2017.
5. Merza, K., Harmatta, J., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és szándékos fizikai önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban.
Orv. Hetil. 158 (19), 740-747, 2017.
IF: 0.349 (2016)





6. Merza, K., Kuritárné Szabó, I.: Childhood traumatization and self-mutilative behaviour in borderline personality disorder (pilot study).
Bul. Asoci. Balint Supl. 15 (59), 21-25, 2013.
7. Merza, K., Kuritárné Szabó, I.: A disszociáció hagyományos és új megközelítése.
Psychiat. Hung. 27 (1), 18-28, 2012.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 2,292

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre):
1,943

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2017.12.07.



7.3. Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi és hazai konferencia előadások

Nemzetközi konferencia előadások

Merza K., Papp G., Harmatta J., Kuritárné Szabó I.: Childhood traumatization and trait impulsiveness among borderline patients with and without substance use disorder. Poster presentation, International Conference on Dual Disorders. Barcelona, 2013. október

Merza K.: Childhood Traumatization in the Etiology of Borderline Personality Disorder among Hungarian Patients. Oral presentation, Congress of the International Society for the Study of Personality Disorders. Koppenhága, 2013. szeptember,

Merza K., Harmatta J., Kuritárné Szabó I.: Self-mutilation as a behavioural addiction in borderline personality disorder. Oral presentation, 1st International Conference on Behavioral Addictions. Budapest, 2013.március 11-2013.március 12.

Merza K.: Childhood traumatization and self-mutilative behaviour in borderline personality disorder. Oral presentation, V. Nemzetközi Román-Magyar Pszichiátriai Konferencia. Csíkszereda, 2012. június

Hazai konferencia előadások

Merza K., Kuritárné Szabó I.: Borderline személyiségzavar és gyermekkori traumatizáció. Előadás, Az IPE XIX. Konferenciája "Transzgenerációs traumák és skriptek feldolgozása integratív szemléletben". Budapest, 2015. április

Merza K., Papp G., Kuritárné Szabó I. A gyermekkori traumatizáció és a pszichoszociális funkciószint összefüggése borderline páciensek esetében. Előadás, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VII. Konferenciája. Kaposvár, 2013. szeptember

Merza K., Kuritárné Szabó I.: A gyermekkori traumatizáció etiológiai szerepe a borderline személyiségzavar kialakulásában. Előadás, A Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése. Budapest, 2013. június

Tüski T., **Merza K.,** Kuritárné Sz. I. Traumatizált és nem traumatizált borderline betegek körében megjelenő disszociatív jelenségek. Előadás, A Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése. Budapest, 2013. június

Merza K., Papp G., Kuritárné Szabó I. Gyermekkorai traumatikus események előfordulása borderline betegek élettörténetében. Előadás, XIII. Magatartástudományi Napok. Debrecen, 2013. június 20-21.

Merza K., Harmatta J., Papp G., Kuritárné Szabó I. Gyermekkorai traumatizáció, disszociáció és önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban. Előadás, Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlése. Győr, 2013. január

Merza K., Kuritárné Szabó I.: Borderline personality disorder and childhood traumatization. Poszter, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VI. Konferenciája. Budapest, 2012. augusztus 29-szeptember 1.

Merza K.: A disszociáció adaptív és maladaptív vonatkozásai. Előadás, Magyar Pszichiátriai Társaság VXII. Vándorgyűlése. Debrecen, 2012. január

Merza K.: A traumára való emlékezés jellegzetességei. Előadás, Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület IV. Országjáró Konferencia. Pécs, 2011. október

Merza K.: Borderline personality disorder and childhood trauma, pilot study. Poszter, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének V. Konferenciája. Szeged, 2011. augusztus 31-szeptember 2.

Merza K., Kuritárné Szabó I.: Disszociáció, gyermekkorai traumatizáció és borderline személyiségzavar. Előadás, XI. Magatartástudományi Napok. Gödöllő, 2011. június 28-29.

8. TÁRGYSZAVAK

- borderline személyiségzavar
- gyermekkori traumatizáció
- érzelmi bántalmazás
- fizikai bántalmazás
- szexuális bántalmazás
- disszociáció
- impulzivitás
- öngyilkos viselkedés
- szándékos fizikai önsértő viselkedés

KEYWORDS

- borderline personality disorder
- childhood traumatization
- emotional abuse
- physical abuse
- sexual abuse
- dissociation
- impulsivity
- suicidal behavior
- nonsuicidal self-injurious behavior

9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A legnagyobb hálával tartozom témavezetőmnek, dr. Kuritárné dr. Szabó Ildikónak, aki szívügyének tartotta és feltétel nélkül segítette a kutatásomat, valamint nagyban hozzájárult hivatásbeli, emberi fejlődésemhez. Szakmai igényességével, tájékozottságával, precizitásával, fáradhatatlanságával példaképemmé vált a közös munkánk során.

Köszönet illeti dr. Papp Gábort a statisztikai elemzésekben nyújtott segítségével, valamint dr. Tisljár-Szabó Esztert az előrevivő meglátásaiért és a baráti biztatásáért.

Köszönöm prof. dr. Ádány Rózának, az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjének, hogy lehetővé tette a doktori tanulmányaim lefolytatását.

Köszönetemet fejezem ki egykori munkahelyem, a DE NK Magatartástudományi Intézet jelenlegi és volt vezetőjének, prof. dr. Kósa Karolinának és dr. Bugán Antalnak a kutatásomhoz nyújtott támogatásáért.

Köszönet illeti Bánfai Annát az angol nyelvű közlemények lektorálásáért és Dávid Krisztinát a vizsgálati személyek toborzásában nyújtott segítségéért.

Köszönöm a segítségét azoknak a pszichológusoknak és pszichiátereknek, akik lehetőséget biztosítottak számomra, hogy pácienseiket bevonjam a kutatásba, nevezetesen dr. Harmatta Jánosnak, dr. Milák Piroskának; prof. dr. Faludi Gábornak, Ambrusz Renátának; dr. Takách Gáspárnak, Merhán Mónikának; dr. Funk Sándornak, dr. Olasz Annának; dr. Frecska Edének, Ambrusz Alízna, Varga Viktóriának; dr. Erdélyi Ágnesnek, Taskó Edinának; dr. Kancsev Alexandernak és Köves Renátának.

Nem utolsósorban hálás vagyok a kutatásban részt vevő betegeknek, hogy bizalmukba fogadtak, és bátran, türelmesen kitöltötték a felkavaró kérdéseket is tartalmazó teszteket. Általuk sokat tanulhattam az elviselhetetlen elviseléséről.

Doktori disszertációmat a stabil gyökereket jelentő és szellemi táplálékot nyújtó szüleimnek ajánlom.

"A kutatás az Európai Unió és Magyarország támogatásával a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú "Nemzeti Kiválóság Program - Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program" című kiemelt projekt keretei között valósult meg."

10. FÜGGELÉK

Megjelent publikációk