



Ορίζοντας τη Συναισθηματική Αστάθεια

Suzane M. Renaud and Camillo Zacchia

THAI Clinic (Dr. Renaud) and Department of Psychology, Douglas Institute, Montreal, Quebec, Canada

Correspondence:
Suzane M. Renaud, MD,
Douglas Institute-THAI, 6875 boulevard Lasalle, Pavillion Newman, Montreal, Quebec H4H 1R3, Canada.
Email: smrenaud@aei.ca

DOI: 10.3109/10673229.2012.747798

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συναισθηματική αστάθεια είναι ψυχοφυσιολογικό σύμπτωμα το οποίο παρατηρείται σε ορισμένες ψυχικές διαταραχές. Είναι μια σύνθετη δομή που περιλαμβάνει: 1) πρωτογενή ή δευτερογενή συναισθήματα, με την κάθε κατηγορία να έχει τα δικά της χαρακτηριστικά, ένταση και διάρκεια, 2) ταχεία αλλαγή από ουδέτερα ή ήπιες έντασης συναισθήματα σε έντονα και 3) δυσλειτουργική ρύθμιση των συναισθημάτων. Η συναισθηματική αστάθεια συχνά συγχέεται με την αστάθεια της διάθεσης, όπως στη διπολική διαταραχή, αλλά και με άλλους όρους. Για να αποσαφηνιστεί η έννοιά της, ερευνήσαμε βάσεις δεδομένων με τον όρο συναισθηματική αστάθεια και μελετήσαμε τα σχετικά άρθρα. Στο παρόν άρθρο τοποθετούμε τον όρο στο πλαίσιο της τρέχουσας ορολογίας και στο πλαίσιο της συναισθηματικής εμπειρίας, διερευνούμε τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά του και τον τοποθετούμε στο περιβάλλον της ψυχοπαθολογίας. Αιτιολογούμε γιατί ο όρος συγχέεται με την παθολογία της διάθεσης και κατόπιν ορίζουμε τη συναισθηματική αστάθεια ως εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που τροποποιείται κατά την ανάπτυξη.

Λέξεις-κλειδιά: συναισθηματική αστάθεια, διπολική διαταραχή τύπου II, οριακή διαταραχή προσωπικότητας, αστάθεια της διάθεσης



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συναισθηματική αστάθεια είναι ένα ψυχοφυσιολογικό σύμπτωμα το οποίο αναφέρεται σε ψυχοπαθολογίες όπως είναι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και οι διπολικές διαταραχές της διάθεσης. (1) Παρατηρείται επίσης σε καταθλιπτικές, μετατραυματικές, προεμμηνορροϊκές και διατροφικές διαταραχές, όπως επίσης στην κατάχρηση αλκοόλ, σε επιληπτικές κρίσεις και εγκεφαλικές βλάβες. (2-4) Οι ασθενείς συχνά περιγράφουν τη συναισθηματική αστάθεια ως κατάσταση γρήγορων συναισθηματικών μεταπτώσεων που σχετίζονται με μια υποκειμενική αίσθηση δυσάρεστων και γρήγορων εναλλαγών μεταξύ ισχυρών συναισθημάτων και συγκινήσεων.

Δυστυχώς, στην επιστημονική βιβλιογραφία, ο όρος συναισθηματική αστάθεια δεν ορίζεται με σαφήνεια γεγονός που συμβάλλει στη δημιουργία σύγχυσης. (3,4) Ο όρος χρησιμοποιείται εναλλακτικά και με την έννοια της συναισθηματικής μεταβλητότητας και της μεταβλητότητας της διάθεσης, όπως αυτές περιγράφονται στις διπολικές διαταραχές. (5,6) Η συναισθηματική αντιδραστικότητα ή η συναισθηματική δυσρύθμιση είναι επίσης όροι που συγχέονται με τη συναισθηματική αστάθεια. Λόγω αυτής της σύγχυσης και της αποτυχίας της βιβλιογραφίας να ορίσει ξεκάθαρα τη συναισθηματική αστάθεια, ο ορισμός της χρήζει αποσαφήνισης. Ο ορισμός της θα βοηθήσει να κατανοήσουμε τις πλευρές της συναισθηματικής αυτής εμπειρίας και τη ρύθμισή της.

Επιπλέον, για να διαγνωστεί ορθά το σύμπτωμα και να καταγραφούν οι διαφορές στις συναισθηματικές εκδηλώσεις θα πρέπει να αναγνωριστούν οι μεταβλητές που σχετίζονται με τη συναισθηματική αστάθεια, δεδομένου ότι αναφέρεται τόσο μια ψυχολογική δυσκολία όσο και σε ένα νευροφυσιολογικό υπόβαθρο. (3,4,7)

Ερευνήσαμε στη βάση δεδομένων MEDLINE τις λέξεις συναισθηματική αστάθεια και συμβουλευτήκαμε σχετικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν κυρίως την τελευταία δεκαετία. Αρχικά θα τοποθετήσουμε τον όρο εντός της τρέχουσας ορολογίας και γνώσης σε σχέση με την ανθρωπινή συναισθηματική εμπειρία και στη συνέχεια θα διερευνήσουμε ορισμένα από τα ψυχοφυσιολογικά χαρακτηριστικά της. Η ανασκόπηση αυτή θα ορίσει τη συναισθηματική αστάθεια ως ένα κληρονομικό χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας που διαμορφώνεται από αναπτυξιακές εμπειρίες – ένα χαρακτηριστικό που επηρεάζει την καθημερινότητα, αλλά και προδιαθέτει για συναισθηματική παθολογία. Ως σύμπτωμα αναφέρεται σε διάφορες διαταραχές, κυρίως όμως απαντάται στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας όπου αποτελεί βασικό συστατικό (7-12) και θεωρείται προγνωστικός παράγοντας αποπειρών αυτοκτονίας, απρόσφορου θυμού και συγκρούσεων στις σχέσεις. (7,9,12) Χρησιμοποιούμε συστηματικά τη διαταραχή αυτή ως παράδειγμα στο άρθρο μας.

ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ

Συναίσθημα είναι το αισθητηριακό βίωμα που προκύπτει ως αντίδραση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα. Εκφράζεται μέσω φυσιολογικών και κινητικών αντιδράσεων. (13,14) Ο συγκερασμός προηγούμενων συναισθηματικών και γνωστικών εμπειριών με τις τρέχουσες σωματικές αισθήσεις ονομάζεται συναίσθημα. (14) Το συναίσθημα επίσης περιλαμβάνει και τη διάσταση της κοινωνικής έκφρασης και αντίδρασης. Διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στις σκέψεις και στις ενέργειες του ατόμου σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους, ενώ επηρεάζει και τον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει τους αγχογόνους παράγοντες και τις διαπροσωπικές σχέσεις. (13,14)

Ο Ledoux, (15) ειδικός σε θέματα συναισθημάτων, αναφέρει ότι τα συναισθήματα ή αλλιώς τα πρωτογενή συναισθήματα είναι ταχείες, βραχύχρονες φυσιολογικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα. Αυτή η πρωτογενής συναισθηματική απόκριση διαμορφώνεται κυρίως στο μεταιχμιακό δίκτυο, περιλαμβάνοντας την αμυγδαλή, αλλά και άλλα σημεία, όπως τα νησίδια. Τα δευτερογενή συναισθήματα είναι ένα πιο περίπλοκο σύστημα συναισθημάτων, με νοητικές αναπαραστάσεις που προκύπτουν σε συνάρτηση με προγενέστερες αναμνήσεις και εμπειρίες οι οποίες βασίζονται νευρωνικά στο μεταιχμιακό σύστημα και στα νεοφλοιικά δίκτυα. (13-15)

Σύμφωνα με την κλινική περιγραφή του, το συναίσθημα αποτελείται από μια ποσοτική διάσταση που κυμαίνεται από το ρηχό (επίπεδο) έως το υπερβολικό συναίσθημα (οιστριονικό) ως προς τη βαρύτητα. Θεωρείται απρόσφορο όταν η συναισθηματική ένταση δεν αντιστοιχεί στη σοβαρότητα του ερεθίσματος. (13)

Τα συναισθήματα διαφοροποιούνται επίσης ως προς την ποιότητα της αντίδρασης: μπορεί να διαρκούν από μερικά λεπτά έως μερικές ώρες. Η ταχύτητα της αντίδρασης ονομάζεται ασταθής όταν είναι βραχυπρόθεσμα. (16,17) Θα μπορούσε να πει κανείς ότι τα πρωτογενή συναισθήματα έχουν μικρή διάρκεια επειδή αφορούν τη φυσιολογία του οργανισμού. Από την άλλη πλευρά, τα δευτερογενή συναισθήματα έχουν μεγαλύτερη διάρκεια επειδή προκύπτουν μετά από επεξεργασία αναμνήσεων στις περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού. Η μετάβαση σε ένα διαφορετικό συναίσθημα – χαμηλότερης έντασης ή ουδέτερο – δίνει τέλος στη συναισθηματική εμπειρία μέσω γνωστικών μηχανισμών. Χρησιμοποιούνται διάφορες γνωστικές στρατηγικές για την επίτευξη της μετάβασης, η αποτελεσματικότητα των οποίων ποικίλλει. Ο χρόνος που απαιτείται για να υποχωρήσει μια συναισθηματική εμπειρία αποτελεί παράμετρο της συναισθηματικής αντίδρασης. (16-18)

Οι Westen και συν. (19) αναφέρουν τις ακόλουθες διαστάσεις της συναισθηματικής εμπειρίας: ένταση, μεταβλητότητα (που περιλαμβάνει τη διάρκεια και την ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων), τάση του ατόμου να βιώνει



συγκεκριμένα συναισθήματα (ευχάριστα ή δυσάρεστα), βαθμός συνειδητοποίησης της συναισθηματικής εμπειρίας, ικανότητα να βιώνει αμφιθυμία και τέλος συναισθηματική έκφραση. Οι διαστάσεις που αφορούν την ένταση, τη διάρκεια και την ταχύτητα της μεταβολής σχετίζονται με τη συναισθηματική αστάθεια. Αντίθετα, η συνειδητοποίηση της συναισθηματικής εμπειρίας και η δυνατότητα ναιώσει το άτομο αμφιθυμία αναφέρονται στην ψυχολογική εμπειρία και κατ'επέκταση στην αναγνώριση και τη ρύθμιση της συναισθηματικής εμπειρίας.

Δεν υπάρχουν πολλοί ορισμοί της συναισθηματικής αστάθειας παρότι είναι ένας όρος που αναφέρεται συχνά. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών-III (DSM-III), (13) ορίζει τη συναισθηματική αστάθεια ως υπερβολική συναισθηματική αντίδραση που χαρακτηρίζεται από ασταθή και ταχέως μεταβαλλόμενα συναισθήματα. Σύμφωνα με την ορολογία του DSM, η συναισθηματική αστάθεια αναφέρεται ως σημαντική αντιδραστικότητα στη διάθεση του ατόμου. Συγκεκριμένα περιγράφεται ως επεισόδια έντονης δυσφορίας, ευερεθιστότητας ή άγχους, τα οποία διαρκούν μερικές ώρες και σπάνια μερικές ημέρες. Επιπλέον, οι συγγραφείς του DSM-IV τονίζουν ότι η συναισθηματική αστάθεια χαρακτηρίζεται από σημαντική αντιδραστικότητα, (20) επομένως σχετίζεται με χαμηλό κατώφλι αντίδρασης σε ερεθίσματα. Ο ορισμός υποδηλώνει επίσης ότι τα αρνητικά συναισθήματα επικρατούν και ότι τα συναισθήματα βιώνονται με ταχύ ρυθμό για σύντομα χρονικά διαστήματα.

Προφανώς, ο μεγάλος αριθμός όρων που αναφέρεται στις διάφορες διαστάσεις των συναισθημάτων και της διάθεσης οδηγεί σε σύγχυση. Είναι σημαντικό να διαφοροποιήσουμε τον όρο συναισθηματική αστάθεια από τον όρο αστάθεια της διάθεσης (βλ. πλαίσιο κειμένου). Όταν μια συναισθηματική κατάσταση είναι διάχυτη και διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε αφορά τη διά-

θεση. (13) Η διάθεση διαφέρει από μια χρονικά περιορισμένη συναισθηματική αντίδραση. Η αστάθεια της διάθεσης συχνά συνδέεται με τη διπολική διαταραχή, όπως στην περίπτωση της ταχείας κυκλικότητας ή των μικτών διαταραχών. (6) Η συναισθηματική αστάθεια είναι μικρότερης διάρκειας και πιο ευμετάβλητη, αναφέρεται δηλαδή σε συχνές αλλαγές συναισθημάτων. (17-19) Και τα δυο φαινόμενα περιλαμβάνουν συγκεκριμένα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά που δεν είναι εύκολο να διαχωριστούν. Για παράδειγμα, ορισμένα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν χαρακτηριστικά συναισθηματικής αστάθειας, αλλά να πάσχουν και από αστάθεια της διάθεσης ή ταχεία κυκλικότητα. Η συναισθηματική αστάθεια πιθανά λειτουργεί ως προδιαθεσικός παράγοντας για την εκδήλωση αστάθειας της διάθεσης. Στο παρόν άρθρο υποστηρίζεται ότι η σύγχυση μπορεί να αποφευχθεί αν διαχωριστεί η συναισθηματική αστάθεια από συγκεκριμένες καταστάσεις του θυμικού, όπως εκείνες που απαντώνται στις διπολικές διαταραχές. (21)

Στο σημαντικό άρθρο τους για τις διαταραχές προσωπικότητας, οι Siever και Davis (22) ορίζουν τη συναισθηματική αστάθεια ως ένα χαρακτηριστικό που προδιαθέτει το άτομο σε σημαντικές και ταχείες μεταπτώσεις της συναισθηματικής του κατάστασης και σε ακραία ευαισθησία απέναντι σε γεγονότα του περιβάλλοντος τα οποία σε φυσιολογικά άτομα θα προκαλούσαν ηπιότερες συναισθηματικές αντιδράσεις. Το ορίζουν ως ένα γνώρισμα του χαρακτήρα με βιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Το ζήτημα του υψηλού ή του χαμηλού ορίου ώστε να εκδηλωθεί μια συναισθηματική απόκριση έχει επίσης αναλυθεί και από τον Davidson. (23)

Οι Rosenthal και συν. (21) περιγράφουν συνοπτικά τη συναισθηματική αστάθεια ως την τάση για ακραίες διακυμάνσεις στις συναισθηματικές καταστάσεις. Οι Miller και Pilkonis (24) την απεικονίζουν ως «εγωκε-

Ορισμοί

Πρωτογενές συναίσθημα	Αισθητηριακή εμπειρία ως αποτέλεσμα εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων που εκφράζεται με φυσιολογικές και κινητικές αντιδράσεις (14)
Δευτερογενές συναίσθημα	Σύνθετο σύνολο συναισθημάτων με νοητικές αναπαραστάσεις που παράγονται σε σχέση με προηγούμενες αναμνήσεις και σωματικές εμπειρίες (13,14)
Συναισθηματική αστάθεια	Κληρονομούμενο/ίδιουσυγκρασιακό χαρακτηριστικό που τροποποιείται από αναπτυξιακές εμπειρίες. Επηρεάζει τη συναισθηματική εμπειρία και προδιαθέτει στην εκδήλωση παθολογίας στη διάθεση. Στις διαφορετικές της διαστάσεις περιλαμβάνονται η ένταση, το χαμηλό κατώφλι αντίδρασης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, η ταχεία μεταβολή συναισθημάτων με τυχαίο τρόπο και η δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων (3,7,19)
Διάθεση	Σταθερός, διάχυτος συναισθηματικός τόνος που διαρκεί ημέρες, εβδομάδες ή μήνες (13)
Αστάθεια της διάθεσης	Ταχεία εναλλαγή της διάθεσης (εντός ημερών ή εβδομάδων) μεταξύ ευθυμίας, κατάθλιψης και ευφορίας (5,6)



ντρική και απρόβλεπτη εκδραμάτιση η οποία μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα, αντικοινωνική ή ακραία δραματική συμπεριφορά». Οι ορισμοί αυτοί δεν αποσαφηνίζουν ιδιαίτερα την έννοια της συναισθηματικής αστάθειας. Άλλοι συγγραφείς προτείνουν πιο διαφωτιστικούς ορισμούς. Ο Linehan, [8] σημαντικός συγγραφέας που ασχολείται με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, προτείνει ότι η δυσκολία στη συναισθηματική ρύθμιση που αποτελεί κεντρικό σύμπτωμα αυτής της διαταραχής, χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία απέναντι σε συναισθηματικά ερεθίσματα, υψηλή συναισθηματική ένταση και αργή επαναφορά στα φυσιολογικά επίπεδα συναισθήματος. Ο Larsen, [25] δημιουργός της Κλίμακας Συναισθηματικής Αστάθειας, αναλύει τη συναισθηματική αστάθεια με βάση τη συχνότητα των μεταπτώσεων, το βαθμό της διάκλισης, τη χρονική διάρκεια και την ένταση των συναισθημάτων στο πλαίσιο της φυσιολογίας. Ο όρος συναισθηματική αστάθεια, επομένως, αναφέρεται στην αστάθεια των συναισθημάτων και ειδικά στην ταχύτητα με την οποία μεταβάλλονται.

Πιο πρόσφατα, οι Links και συν. [7] ενώ διερευνούσαν τη συναισθηματική αστάθεια σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, διαπίστωσαν τέσσερα κλινικά στοιχεία: ένταση και αλλαγή της διάθεσης, συναισθηματικό σθένος, πτωχή ή καθόλου έλεγχο του συναισθήματος με τυχαίο τρόπο, έντονη αντίδραση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σε μια σημαντική ανασκόπηση, ο Koenigsberg [3] εξετάζει την έννοια της συναισθηματικής αστάθειας και αναφέρει ότι συνίσταται σε συχνές, κατηγορικές αλλαγές συναισθημάτων, συναισθήματα υψηλής έντασης, περιόδους ταχείας αύξησης συναισθημάτων, χαμηλού βαθμού επαναφορά στο φυσιολογικό επίπεδο του συναισθήματος, ακραία αντιδραστικότητα σε ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα, τυχαίες χαοτικές ή ταχείες κυκλικές συναισθηματικές διακυμάνσεις και οιστριονικού τύπου περιγραφές της συναισθηματικής εμπειρίας. Σχολιάζει ότι ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά ενδεχομένως να ανήκουν σε διαφορετικά νευροβιολογικά και ψυχοκοινωνικά ελλείμματα. Είναι όντως πιθανό να υπάρχει απόσταση μεταξύ των φυσιολογικών εκδηλώσεων των συναισθημάτων και του υποκειμενικού βιώματος του συναισθήματος. Συνεπώς, στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, [3,7,17-19] η συναισθηματική αστάθεια συνδέεται συστηματικά με διαστάσεις όπως το συναισθηματικό σθένος, η ένταση των συναισθημάτων, το χαμηλό κατώφλι αντίδρασης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, η ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων με τυχαίο τρόπο και η δυσκολία ελέγχου των συναισθημάτων. Οι διαστάσεις αυτές της συναισθηματικής αστάθειας μπορούν να προσδιοριστούν με τρόπο σαφή και κατανοητό αλλά και να παρατηρηθούν με ευκολία στο κλινικό πλαίσιο. Δεδομένου ότι πλέον γνωρίζουμε περισσότερο για τη συναισθηματική εμπειρία, είμαστε σε θέση να καταλήξουμε σε έναν κοινά αποδεκτό πολυδιάστατο ορισμό αυτού του χαρακτηριστικού. Στη συνέχεια, ανα-

φέρουμε ορισμένα στοιχεία για τη χρησιμότητα και τη δυνατότητα μέτρησης αυτών των διαστάσεων, ωστόσο είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες.

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ

Συναισθηματικό σθένος

Η συναισθηματική αστάθεια συνήθως αναφέρεται σε αρνητικά συναισθήματα και όχι σε θετικά, ίσως διότι τα θετικά συναισθήματα είναι ευχάριστα και, ως εκ τούτου, ανεκτά. Οι Tragesser και συν. [9,10] διαπίστωσαν ότι η προδιάθεση για εναλλαγή μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, όπως επίσης και μεταξύ ευφορίας και θυμού, είναι οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Οι Ebner-Priemer και συν. [17,27] διεξήγαγαν 24ωρες μετρήσεις της συναισθηματικής εμπειρίας ασθενών που έπασχαν από οριακή διαταραχή. Οι ασθενείς ανέφεραν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα απ' ό,τι θετικά. Υπήρξε, επίσης, διακύμανση όσον αφορά τα θετικά συναισθήματα στους οριακούς ασθενείς. Ο Stein [28] αναφέρει υψηλότερο ποσοστό θετικής διάθεσης, αλλά με μεγαλύτερη διακύμανση στους οριακούς ασθενείς συγκριτικά με ασθενείς που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία. Υπάρχουν, επομένως, έρευνες που τεκμηριώνουν την προδιάθεση για αρνητικά συναισθήματα σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Συναισθηματική ένταση

Όχι μόνο τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, αλλά και εκείνα με διπολικές διαταραχές αναφέρουν υψηλή ένταση συναισθημάτων και ειδικότερα εναλλαγές μεταξύ κατάθλιψης και άγχους. [29-31] Ωστόσο, οι Henry και συν. [31] δεν κατάφεραν να αποδείξουν ότι η ένταση των συναισθημάτων σχετιζόταν μόνο με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και όχι με άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Ο Koenigsberg [3] τονίζει ότι μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και στην οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας. Οι Hertz και συν. [32] παρατήρησαν ότι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας ανέφεραν υψηλότερης έντασης συναισθήματα σε σύγκριση με ασθενείς που έπασχαν από αποφευκτική διαταραχή, μετά από την ανάγνωση μιας μικρής ιστορίας. Οι Stiglmayr και συν. [33] κατέγραψαν υψηλότερης έντασης αυτο-αποστροφή σε άτομα με οριακή διαταραχή συγκριτικά με άτομα της ομάδας ελέγχου, ενώ οι Levine και συν. [34] διαπίστωσαν πιο έντονες αντιδράσεις σε αρνητικά συναισθήματα σε ασθενείς με οριακή διαταραχή συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Οι Links και συν. [35] αναφέρουν ότι η ένταση της συναισθηματικής εμπειρίας στους ασθενείς με οριακή διαταραχή παρουσίαζε αρνητική συσχέτιση με τις μετρήσεις εναλλαγής της διάθεσης, υποδηλώνοντας ότι οι πιο ακραίες τιμές της διάθεσης ήταν λιγότερο προβλέψιμες σε σχέση με τις πιο ήπιες τιμές. Πολλοί κλινικοί και ερευνητές πιστεύουν ότι οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προ-



σωπικότητας συνήθως υπερβάλουν στις αναφορές της διάθεσής τους, συγκριτικά με τους καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς διαταραχή προσωπικότητας. (36,37) Όμως, δεν δίνουν έντονα καταθλιπτική εικόνα στο έμπειρο κλινικό μάτι. (38) Οι Gratz και συν. (39) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με οριακή διαταραχή είναι λιγότερο πρόθυμοι να βιώσουν δυσφορία στην προσπάθεια να εκτελέσουν στοχοκατευθυνόμενες συμπεριφορές – γεγονός που δεν αντανάκλα μόνο την εμφανή υπερβολή και την έλλειψη ανοχής απέναντι στη συναισθηματική εμπειρία, αλλά και την ελλιπική διαχείριση των συναισθημάτων τους που δημιουργεί δυσφορία. Τα ανάμεικτα αποτελέσματα σχετικά με την υψηλή συναισθηματική αντιδραστικότητα των ασθενών με οριακή διαταραχή μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να ερμηνευθούν ως αποτέλεσμα πιθανών μετατραυματικών εμπειριών που προκαλούν μειωμένη συναισθηματική αντιδραστικότητα λόγω της ενεργοποίησης διασχιστικών μηχανισμών άμυνας. Εν τούτοις, οι Kuo και Linehan (40) βρήκαν ότι η συναισθηματική δυσρύθμιση των ασθενών με οριακή διαταραχή εξηγείται από το γεγονός ότι η συναισθηματική ένταση έχει υψηλότερη τιμή αφητηρίας και όχι από την ύπαρξη συναισθηματικής αντιδραστικότητας.

Οι Henry και συν. (41,42) έχουν διερευνήσει τη συναισθηματική ένταση των ασθενών με διπολική διαταραχή σε περιόδους ευφορίας και διαπίστωσαν ταχείες και ασταθείς αντιδράσεις σε συναισθηματικά ερεθίσματα. Οι M' Bailara και συν. (43) έχουν επίσης δείξει ότι οι ασθενείς με διπολική διαταραχή παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής αστάθειας και έντασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Συνεπώς, οι ασθενείς με διαταραχές της προσωπικότητας και της διάθεσης αναφέρουν μη φυσιολογική ένταση συναισθημάτων, αλλά τα άτομα με διπολική διαταραχή συνήθως είναι πιο ανεκτικά και παραπονιούνται για πλήξη με τη σταθεροποίηση της διάθεσης.

Χαμηλό 'Κατώφλι' Αντίδρασης σε Περιβαλλοντικά Ερεθίσματα

Οι ιδιαίτεροι τρόποι με τους οποίους τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα ενεργοποιούν τη συναισθηματική αστάθεια, ειδικά σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, χρήζουν μελέτης. (30,44-46) Οι διάφορες εναλλαγές συναισθημάτων θεωρείται ότι προκύπτουν ως αντίδραση σε εξωτερικά γεγονότα, ωστόσο μπορεί να πηγάζουν και από αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενοχών, αισθήματος απόρριψης ή εγκατάλειψης. Τα συναισθήματα αυτά βιώνονται συχνά από ασθενείς με οριακή διαταραχή. Μια μελέτη έχει δείξει ότι σε ασθενείς με οριακή διαταραχή μόνο το 30% των αλλαγών της διάθεσης προκλήθηκε από εξωτερικά γεγονότα. (35) Τα δευτερογενή συναισθήματα πιθανά συμβάλλουν σε παρατεταμένη δυσφορία, καθώς παρατείνουν το αρχικό διαπροσωπικό στρες και αιτιολογούν την τάση για αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. (12,29,44)

Ταχεία Εναλλαγή Συναισθημάτων με Τυχαίο Τρόπο

Η ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων περιγράφει απόλυτα τη συναισθηματική αστάθεια. (29,33,45) Παρατηρείται για ορισμένα λεπτά ή μερικές ώρες και έχει βραχεία διάρκεια. (15) Οι Cowdry και συν. (47) και ο Stein (28) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με οριακή διαταραχή παρουσιάζουν μεγαλύτερη ημερήσια διακύμανση της διάθεσης και πιο τυχαία κατανομή των πρωινών διαθέσεων απ' ό,τι οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη ή οι υγιείς μάρτυρες. Εν τούτοις, οι ασθενείς με οριακή διαταραχή φαίνεται να βιώνουν πιο παρατεταμένα συναισθήματα όσον αφορά το θυμό. (48)

Ο Benazzi (5,49) αναφέρει ότι, μεταξύ μείζονων επεισοδίων, ασθενείς με διπολική διαταραχή βιώνουν μικτές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από αστάθεια της διάθεσης και ευαισθησία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Εδώ ο συγγραφέας χρησιμοποιεί εναλλακτικά τους όρους διάθεση και συναισθήμα, καθιστώντας δύσκολη την αποσαφήνιση των εννοιών.

Διαταραχή Ελέγχου της Συναισθηματικής Ρύθμισης

Είναι απαραίτητο να διεξαχθούν επιπλέον έρευνες για τη διαταραχή της συναισθηματικής ρύθμισης, η οποία μπορεί επίσης να γίνει αντιληπτή και ως ξεχωριστή έννοια. Η συναισθηματική αντιδραστικότητα είναι η τάση του ατόμου να πυροδοτείται εύκολα από συγκεκριμένα, συναισθηματικά φορτισμένα γεγονότα. (25) Η ρύθμιση των συναισθημάτων, είναι η διαδικασία της διαμόρφωσης ψυχικών καταστάσεων με τη διαμεσολάβηση μηχανισμών που ποικίλουν από τους ασυνείδητους, ομοιοστατικούς μηχανισμούς έως την αυτορύθμιση μέσω γνωστικών διεργασιών και της αλληλεπίδρασης με τους άλλους. (26) Η κατάλληλη ρύθμιση ισοδυναμεί με την ικανότητα αναγνώρισης της συναισθηματικής εμπειρίας και της μετατροπής της σε πιο ανεκτά συναισθήματα ή αλλιώς η επίτευξη συναισθηματικής ουδετερότητας μέσω νοητικής επεξεργασίας, όπως η αποστασιοποίηση ή η επανεκτίμηση. (48) Το ιδιαιτερό προφίλ συναισθηματικής ρύθμισης κάθε ατόμου αναπτύσσεται βάσει των διαφόρων εμπειριών ζωής και των γνωστικών του σχημάτων. Όταν η ρύθμιση αποτύχει – δηλαδή όταν παρατηρηθεί δυσρύθμιση των συναισθημάτων – τα συναισθήματα ή θα υπο-ρυθμιστούν ή θα υπερ-ρυθμιστούν. Θεωρείται ότι υπερ-ρυθμίζονται σε σωματόμορφες διαταραχές, ενώ υπο-ρυθμίζονται σε ασθενείς με οριακή διαταραχή. (50) Το προφίλ της υπο-ρύθμισης θεωρείται χαρακτηριστικό των ασθενών με οριακή διαταραχή. Τα συναισθήματα βγαίνουν εκτός ελέγχου, αλλάζουν ταχύτητα, εκφράζονται με έντονο και ανάμικτο τρόπο και τελικά υπερνικούν τη δύναμη της λογικής. (8,45,48) Οι ψυχοδυναμικοί συγγραφείς εξηγούν με αναπτυξιακούς όρους την ταχεία εναλλαγή της συναισθηματικής εμπειρίας στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας. (8,51,52) Άλλοι, θεωρούν ότι ευθύνονται σεροτονινεργικά ελλείμματα, η ανώριμη νευρολογική ανάπτυξη που παρεμποδίζεται από δυσλειτουργικές σχέσεις παιδιού/γονέα ή απλά



η παραμέληση. (16,22,44,45,52-55) Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς με οριακή διαταραχή που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή αποστέρηση κατά την παιδική ηλικία δεν έχουν αναπτύξει την εγκεφαλική και ψυχολογική ικανότητα να ανταπεξέρχονται σε περίπλοκα ή δύσκολα συναισθήματα πέραν της βασικής απόκρισης. (56)

Οι Koenigsberg και συν. (48) έδειξαν ότι κατά την ενεργοποίηση γνωστικών στρατηγικών απέναντι στα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούν δυσάρεστες εικόνες, δεν ενεργοποιείται το ίδιο καλά ο πρόσθιος φλοιός προσαγωγίου και η ενδοβρεγματική αύλακα – τα κέντρα αξιολόγησης των ερεθισμάτων – στους ασθενείς με οριακή διαταραχή και συναισθηματική αστάθεια όπως στους φυσιολογικούς εθελοντές. Δυσκολεύονται να δώσουν την κατάλληλη προσοχή σε κοινωνικά ερεθίσματα και αποστασιοποιούνται απέναντι σε συναισθηματικά ερεθίσματα με συνέπεια να μη δίνουν τη δέουσα προσοχή στη συναισθηματική ρύθμιση και να μην ενεργοποιούν γνωστικούς μηχανισμούς προκειμένου να ανακτήσουν την ηρεμία τους. Κατακλυσμένοι από αυτή την εμπειρία καταφεύγουν συχνά σε αυτοκαταστροφικά ξεσπάσματα ή πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ

Η κατανόηση της αιτιολογίας είναι ένας άλλος τρόπος να φωτίσουμε σε βάθος μια έννοια. Ο Koenigsberg (3) αναφέρει ότι η συναισθηματική αστάθεια οφείλεται σε δυσρύθμιση των νευρολογικών συστημάτων, σε ψυχοκοινωνικά ελλείμματα ή σε αλληλεπίδραση και των δυο.

Γενετικοί Συσχετισμοί

Στην περίπτωση που ένας διακριτός φαινότυπος της συναισθηματικής αστάθειας αναγνωρίζεται συχνά ως χαρακτηριστικό σε πολλές παθογένειες, ενδεχομένως να μπορεί να οδηγήσει την έρευνα προς συγκεκριμένους ενδοφαινότυπους που θα λειτουργούν ως σκαλοπάτια για την αναγνώριση του γονότυπου. (57-59) Για παράδειγμα, οι Clayton, (60) Angst, (61) και οι συνεργάτες τους συνέκριναν τους υγιείς συγγενείς ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές με μάρτυρες. Διαπίστωσαν μεγαλύτερη αυτονομική αστάθεια, συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής συναισθηματικής σταθερότητας, σε αυτούς τους συγγενείς, υποδεικνύοντας έτσι έναν πιθανό κλινικό δείκτη για τις συναισθηματικές διαταραχές, ένα χαρακτηριστικό προδιάθεσης για τις παθογένειες της διάθεσης. Η έλλειψη συσχέτισης μεταξύ αυτοαναφερόμενης συναισθηματικής αστάθειας και του αριθμού των μεζόνων επεισοδίων της διάθεσης δείχνει ότι η αστάθεια δεν αντανακλά απαραίτητα την επανεμφάνιση επεισοδίων της διάθεσης, αλλά αντ' αυτού ίσως αποτελεί αξιόπιστη ένδειξη για την ύπαρξη ενός χαρακτηριστικού της προσωπικότητας. (42)

Εν τούτοις, οι φαινότυποι συνήθως είναι περίπλοκα και πολύ-γενετικά φαινόμενα - η μελέτη τους είναι απίθανο να δώσει απλές απαντήσεις ή τιμές σημαντικής

διακύμανσης. (57-59) Σήμερα, αξιόπιστα δεδομένα δείχνουν ότι οι κληρονομούμενη γενετική ποικιλομορφία της συναισθηματικής αστάθειας εντοπίζεται σε οικογένειες όπου τα άτομα πάσχουν από οριακή διαταραχή προσωπικότητας. (62,63) Μελέτες διδύμων (64,65) επίσης υποστηρίζουν την ύπαρξη γενετικών στοιχείων για τη συναισθηματική αστάθεια. Οι Distel και συν. (66) σε μια σημαντική μελέτη διδύμων για τη γενετική συνδιακύμανση στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, συμπεραίνουν ότι η συναισθηματική αστάθεια είναι ένα από τα στοιχεία που καθορίζουν τη διαταραχή. Η διακύμανσή της θεωρείται ήπια καθότι η μισή από την κληρονομικότητα υποστηρίζεται από γενετικά κοινές οδούς που περικλείουν επίσης προβλήματα ταυτότητας, δυσλειτούργικων σχέσεων και αυτοτραυματισμού. Ένας ισχυρός περιβαλλοντικός παράγοντας μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της, εφόσον οι ασθενείς με οριακή διαταραχή φαίνεται ότι έχουν υψηλά ποσοστά αρνητικών γεγονότων ζωής κατά την παιδική ηλικία.

Κάποια αλληλόμορφα του πολυμορφικού γονιδίου μεταφορέα 5HT που επηρεάζει τη σεροτονινεργική λειτουργία και το γονίδιο του υποδοχέα μ-οπιουιδών κερδίζουν την προσοχή αναφορικά με τη συναισθηματική αστάθεια. (57) Εν τούτοις, οι μελέτες αυτές θα πρέπει να επιβεβαιωθούν.

Νευροβιολογικοί Συσχετισμοί

Σε επίπεδο νευρομετατροπής, η σεροτονινεργική διαταραχή και η νοραδρενεργική ενεργοποίηση πιστεύεται ότι συμβάλλουν στη συναισθηματική αστάθεια στις διαταραχές προσωπικότητας. (55,67,68) Ορισμένοι νευροδιαβιβαστές μπορεί να συμμετέχουν σε αυτό. Η διέγερση μέσω των παραγόντων ενεργοποίησης της συναισθηματικής αντίδρασης τροποποιούνται από χολινεργικούς, σεροτονινεργικούς και νοραδρενεργικούς νευροδιαβιβαστές που δραστηριοποιούνται μέσω της αμυγδαλής. Ο Depue (69) έχει υποστηρίξει ότι το ντοπαμινεργικό δίκτυο εμπλέκεται στα θετικά συναισθήματα και στην κινητική ενεργοποίηση, το νορεπινεφρικό δίκτυο, με την εγρήγορση, την ετοιμότητα και την αρνητική συναισθηματικότητα και το σεροτονινικό δίκτυο με την αντιδραστικότητα σε όλα τα ερεθίσματα και την ευερεθιστότητα. (3,70) Η χολινεργική νευροδιαβίβαση μπορεί να υποστηρίξει την ενεργοποίηση του κογχομετωπιαίου φλοιού σε απόκριση του κοινωνικού πλαισίου ενός συναισθήματος, διατηρώντας έτσι την οργή, την ταχεία συναισθηματική αντιδραστικότητα και τη συναισθηματική αστάθεια. (3) Συνοπτικά, ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική αστάθεια μπορεί να δημιουργείται από την υπερβολική μεταιχμιακή (limbic) αντιδραστικότητα στα ΟΑΒΑεργικά/γλουταμινεργικά/χολινεργικά κυκλώματα, έχοντας ως αποτέλεσμα μια αύξηση της ευαισθησίας ή της αντιδραστικότητας σε περιβαλλοντικά συναισθηματικά ερεθίσματα όπως παρατηρούνται στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας και σε άλλες διαταραχές



προσωπικότητας της ομάδας Β. (54,55,58) Οι Μ'Balagia και συν. (43) διερωτώνται αν το χαρακτηριστικό αυτό μπορεί επίσης να μην επηρεάζει και την αστάθεια της διάθεσης στους ασθενείς με διπολικές διαταραχές.

Αυτές οι υποθέσεις και ορισμένα άλλα δεδομένα υποστηρίζουν την ύπαρξη νευροφυσιολογικής βάσης για τη συναισθηματική αστάθεια, αλλά δηλώνουν επίσης και το ρόλο αναπτυξιακών ελλειμμάτων τα οποία εξηγούν την πτωχή ρύθμιση της μεταβαλλόμενης συναισθηματικής εμπειρίας. Όπως σημειώνεται νωρίτερα, οι συγγραφείς κατηγορούν την ανώριμη νευροανάπτυξη που εμποδίζεται από τις τεταμένες σχέσεις παιδιών και γονέων ή απλά την παραμέληση για να εξηγήσουν το χαρακτηριστικό αυτό. (16,51,52,54)

Αναπτυξιακοί Συσχετισμοί

Θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα συναισθήματα υποστηρίζονται από έμφυτα και επίκτητα νευροσυμπεριφορικά κυκλώματα που επιτελούν μια ομοιοστατική λειτουργία, οδηγώντας στη ρύθμιση των φυσιολογικών αντιδράσεων, των κινητικών αντιδράσεων και εκφράσεων του προσώπου. Τα βασικά συναισθήματα είναι μέρος μιας ταχείας φυσιολογικής αντίδρασης σε συγκεκριμένους εκλυτικούς παράγοντες. Τα εκτελεστικά φλοιικά δίκτυα ύστερα επιτρέπουν τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και την παρακολούθηση των πρωτογενών και των δευτερογενών συναισθημάτων και καθορίζουν τη βαρύτητα που θα τους δοθεί και το κατά πόσο θα συσχετιστούν με προηγούμενες εμπειρίες. Σε δεύτερη φάση, τα δίκτυα ρυθμίζουν την ενεργοποίηση ή την αναστολή της αντίδρασης, όπως επίσης και την τροποποίηση ή την έκφρασή της, ειδικά αν η αυτόνομη συναισθηματική αντίδραση μπορεί να απειλεί υψηλότερης τάξης νοητικούς στόχους. (3,14,15) Τα νευρολογικά σημεία της συναισθηματικής εμπειρίας βρίσκονται κυρίως στις μεταιχμιακές και πρόσθιες υποφλοιικές και φλοιικές περιοχές σε σχέση με άλλα φλοιικά δίκτυα. (14,15) Ο νωτιαίος και μέσος προμετωπιαίος φλοιός και ο φλοιός της πρόσθιας έλικας είναι περιοχές που εγκεφάλου που εμπλέκονται στη γνωστική και εκτελεστική λειτουργία που σχετίζεται με την επεξεργασία της προσοχής και του συναισθήματος. Ενώ ο μετωποβασικός φλοιός μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με την άρση των αναστολών και την αλλαγή στις λειτουργίες του συναισθήματος, το εσωτερικό μέρος εμπλέκεται στον έλεγχο της διάθεσης και στις νευροφυτικές λειτουργίες. (71,72) Το πλευρικό μέρος μπορεί να εμπλέκεται στη διεργασία της ενσυναίσθησης και της κοινωνικά κατάλληλης συμπεριφοράς και να επεξεργάζεται την ανάλυση εξωτερικών αλληλεπιδράσεων. (73) Όλες αυτές οι φλοιικές περιοχές συνδέονται με μεταιχμιακές υποφλοιικές δομές – όπως η αμυγδαλή, η νησίδα, ο ιππόκαμπος και άλλοι υποφλοιικοί πυρήνες – σε ένα σύνθετο νευροκύκλωμα που ταλαντεύεται σαν τραμπάλα, όπως το θέτουν οι Ρανυλιγι και συν. (74) Η αμυγδαλή είναι ο μεταιχμιακός πυρήνας που είναι κυρίως υπεύθυνος για την αντίδραση σε θετικά και αρνη-

τικά συναισθήματα τα οποία μπορεί να βραχυκυκλώσουν το δίκτυο επεξεργασίας δευτερογενών συναισθημάτων παρακάμπτοντας τις εκτελεστικές λειτουργίες και προωθώντας μια ταχεία, και αυτόματη αντίδραση. (75,76)

Ψυχολογικοί Συσχετισμοί

Από ψυχολογικής απόψεως, τα δευτερογενή συναισθήματα διαμορφώνονται από το συνδυασμό της συνειδητής αναπαράστασης του εαυτού εντός ενός συγκεκριμένου πλαισίου και αυτοματοποιημένων αντιδράσεων σε προηγούμενες αναπαραστάσεις. Τα συναισθήματα γίνονται αντικείμενο συνειδητής επεξεργασίας μέσω των νευροκυκλωμάτων του προμετωπιαίου φλοιού και του φλοιού της πρόσθιας έλικας σε σύνδεση με το μεταιχμιακό και αυτόνομο σύστημα. Με τον τρόπο αυτό, επιτρέπεται η συνείδηση του εαυτού καθώς και η αξιολόγηση νοητικών εικόνων και συναισθημάτων που συνδέονται με την αναπαράσταση του εαυτού και των άλλων. (14) Όπως υποδεικνύει αυτό το πλούσιο και περίπλοκο δίκτυο που αποτελείται από πολλούς νευρικούς βρόγχους ανάδρασης, η δυσρύθμιση σε οποιοδήποτε από αυτά τα επίπεδα θα σήμαινε και συναισθηματική αστάθεια ή σοβαρές διακυμάνσεις εντός του νευρολογικού και του φυσιολογικού συστήματος ρύθμισης. (3)

Η μάθηση και η εμπειρία διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη συναισθηματική αναγνώριση, ρύθμιση και έκφραση. Οι αναπτυξιακές εμπειρίες διαμορφώνουν το εγκεφαλικό κύκλωμα που στόχο έχει την αξιολόγηση των διαπροσωπικών, συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων. Ήδη από νωρίς, τα μωρά και τα παιδιά χρησιμοποιούν την αλληλεπίδρασή τους με τους ενήλικες που τα φροντίζουν ως μέσο αναγνώρισης και διαχείρισης των συναισθημάτων τους – πρόκειται δηλαδή για έναν κοινωνικό βρόγχο ανάδρασης. Οι Fonagy και συν. (16) έχουν δείξει το ρόλο της συναισθηματικής εμπειρίας στην ανάπτυξη της συναισθηματικής ρύθμισης και σύνδεσης στα βρέφη. Η αναγνώριση των συναισθημάτων του βρέφους από τους γονείς που αντικατοπτρίζεται στα πρόσωπά τους και στις αντιδράσεις ενσυναίσθησης, βοηθούν το παιδί να δομήσει την ικανότητα να αναγνωρίσει τις δικές του συναισθηματικές εμπειρίες και να αποκτήσει αίσθηση του εαυτού και των άλλων. Η σταθερότητα ή η αστάθεια του αναπτυσσόμενου εγκεφαλικού δικτύου εξηγεί τη συναισθηματική δυσρύθμιση ή την παρορμητικότητα που παρατηρείται στα βρέφη και στα νήπια. (3-16)

Κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, αλλά και μετέπειτα, τα άτομα μαθαίνουν στρατηγικές ρύθμισης των συναισθηματικών τους αντιδράσεων, όπως με την αποστασιοποίηση ή την επανεκτίμηση. Οι Goldin και συν. (76) υποστηρίζουν ότι η επανεκτίμηση οδηγεί στη μειορρύθμιση των συναισθημάτων, ενώ η καταπίεση περιλαμβάνει αυξημένες προσπάθειες αναστολής συμπεριφορών που αφορούν τις εκφράσεις του προσώπου. Άλλη εναλλακτική είναι η χρησιμοποίηση άλλων ατόμων για την εκφόρτιση των συναισθημάτων, για λήψη υποστήρι-



ξης και συμβουλών σε σχέση με το πώς να αντιδράσει κανείς σε διαπροσωπικά συναισθηματικά ερεθίσματα.

Ελλείμματα μάθησης στον τρόπο ρύθμισης των συναισθημάτων παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της συναισθηματικής αστάθειας. Οι Andriulonis και συν. (77) έχουν υποστηρίξει ότι ο μειωμένος συναισθηματικός έλεγχος, η ευερεθιστότητα και η ανωριμότητα συνδέονται με ελλειμματικές εκτελεστικές λειτουργίες. Υπάρχουν και άλλες αναφορές που υποστηρίζουν αυτήν την υπόθεση. Τα συμπτώματα της οριακής διαταραχής, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής αστάθειας, μπορούν να ερμηνευθούν ως αποτέλεσμα αλλοιωμένης ικανότητας σύνδεσης μεταξύ προμετωπιαίου φλοιού και άλλων κέντρων που εμπλέκονται στη γνωστική και εκτελεστική λειτουργία. (78,79) Επιπλέον, από ψυχοπαθολογικής πλευράς, οι MacKinnon και Pies (70) προτείνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες, οι εγκεφαλικοί τραυματισμοί ή το στρες μπορεί να προκαλέσουν αστάθεια στην ιδιοσυγκρασία, το οποίο οδηγεί σε παθολογικές καταστάσεις της διάθεσης. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η χαρακτηριστική αστάθεια επέρχεται από αγχογόνους παράγοντες νωρίς στη ζωή, όπως η συνεχής έκθεση σε μη προβλέψιμα πλαίσια επιβράβευσης/ενίσχυσης που προκαλούν σοβαρές και επίμονες συγκρούσεις μεταξύ γονέα και παιδιού, αλλά και πτωχές αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Αυτά τα αγχογόνα γεγονότα αυξάνουν την απελευθέρωση τοξικών επιπέδων κορτικοστεροειδών που επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου και καθορίζουν τον τρόπο εκδήλωσης των συναισθημάτων ή την αστάθεια της διάθεσης. Σε σημαντικά άρθρα, οι Post (80) και Meaney (81) τονίζουν την ύπαρξη επιγενετικών επιδράσεων στη βιολογία της ρύθμισης των συναισθημάτων λόγω έκθεσης σε επαναλαμβανόμενο στρες. Οι Koukoroulos και συν. (82) εξηγούν τη διαταραχή της ρυθμιστικής ικανότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος που παρατηρείται στην κυκλοθυμία των ασθενών με διπολική διαταραχή, ως αποτέλεσμα της διαταραχής του νευρικού συστήματος που μεσολαβεί στην αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού στην αλλαγή.

Η υπόθεση των MacKinnon και Pies (70) και των Koukoroulos και συν. (82) περιλαμβάνει επίσης μια υπόθεση για τη συναισθηματική αστάθεια που είναι συνήθως από τη φύση της κυκλική/διπολική. Η άποψη τους σχετίζεται περισσότερο με την κυκλικότητα της διάθεσης ή τη συναισθηματική δυσρρύθμιση απ' ότι με τη συναισθηματική αστάθεια. Δεν είναι σαφές αν οι άποψεις αυτές μπορούν να εφαρμοστούν στη συναισθηματική αστάθεια που απαντάται σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, η συναισθηματική αστάθεια και δυσρρύθμιση είναι χαρακτηριστικά που απαντώνται σε μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές και αποδίδονται σε τραυματικές εμπειρίες. (3) Η θεώρηση της συναισθηματικής αστάθειας ως δυσκολίας προσαρμογής του ατόμου σε αρνητικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα συμφωνεί με όσα αναφέρονται για τις διαταραχές προσωπικότητας. Από αυτήν την άποψη, ο Koenigsberg

(3) υποδεικνύει δυο τύπους συναισθηματικής αστάθειας: έναν τύπο υπο-ανταπόκρισης σε σχέση με το επίπεδο της κατάλληλης απόκρισης (με αργή επαναφορά στο φυσιολογικό) και έναν δεύτερο αντιδραστικό τύπο υπερ-ανταπόκρισης (με αυξημένη αντιδραστικότητα και απόκριση στα ερεθίσματα). Σε αυτό το πλαίσιο, διαφορετικές μη φυσιολογικές διαστάσεις μπορούν να πυροδοτήσουν διαφορετικές συναισθηματικές αποκρίσεις: μια υπο-ανταποκρινόμενη και πιο αυτόνομη αντίδραση ενδεχομένως να ταίριαζε στην κατηγορία του διπολικού φάσματος, ενώ μια υψηλά αντιδραστική απόκριση θα σχετιζόταν με τις διαταραχές προσωπικότητας.

Επομένως, η συναισθηματική αστάθεια αναφέρεται περισσότερο ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας παρά ως κατάσταση της διάθεσης – ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να επιμείνει για χρόνια, ειδικότερα στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, (9,10) που όμως παρατηρείται και στις διπολικές διαταραχές της διάθεσης και σε άλλες διαταραχές προσωπικότητας. (83-87) Ο Paris (88) μετά από πολυετή παρακολούθηση μιας κοόρτης ασθενών με οριακή διαταραχή, διαπίστωσε ότι αυτό που οδηγούσε στις πιο επίμονες διαπροσωπικές και εργασιακές δυσλειτουργίες ήταν η συναισθηματική αστάθεια. Μια διαχρονική μελέτη στο νοσοκομείο McLean για τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά της οριακής διαταραχής προσωπικότητας επίσης επεσήμανε ότι το πιο επίμονο χαρακτηριστικό ήταν η συναισθηματική δυσφορική αντίδραση απέναντι στη συνθήκη της μοναξιάς. (84) Οι Tragesser και συν. (9,10) παρόλα αυτά θεωρούν ότι η συναισθηματική αστάθεια σε συνδυασμό με την παρορμητικότητα είναι οι ισχυρότεροι παράγοντες που προβλέπουν την ανάπτυξη και την εγκατάσταση οριακών χαρακτηριστικών στο μέλλον. Τα δεδομένα αυτά τονίζουν ότι η συναισθηματική αστάθεια είναι ένα χαρακτηριστικό της ιδιοσυγκρασίας που εμμένει και συμβάλλει στη δημιουργία κοινωνικών δυσλειτουργιών σε μακροχρόνια βάση.

Η συναισθηματική αστάθεια έχει επίσης μελετηθεί σε σχέση με το νευρωτισμό – μια βασική διάσταση της προσωπικότητας η οποία αφορά την προδιάθεση σε αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες και γνωστικές διεργασίες που χαρακτηρίζονται από κατάθλιψη, άγχος, θυμό και ντροπή. Ο νευρωτισμός θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για διάφορες ψυχοπαθολογίες, όπως οι συναισθηματικές διαταραχές και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. (45) Οι Miller και Pilkonis (24) διαπίστωσαν μικρή, αλλά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων που αξιολογούν αυτές τις δυο διαστάσεις σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς και έδειξαν ότι ο νευρωτισμός και η συναισθηματική αστάθεια αλληλεπιδρούν με ποικίλους τρόπους. Ο νευρωτισμός σχετίζεται σημαντικά με ένα αγχώδες, αποφευκτικό προφίλ προσωπικότητας, ενώ η συναισθηματική αστάθεια συνδέεται περισσότερο με ένα προφίλ εξωστρέφειας, όπως στην ομάδα Β των διαταραχών προσωπικότητας. Οι δομές αυτές είναι διακριτές, ωστόσο σχετίζονται μεταξύ τους.



ΜΕΤΡΩΝΤΑΣ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ

Η μέτρηση της συναισθηματικής αστάθειας είναι μια περίπλοκη διεργασία, με πολλές μεταβλητές που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Οι διαθέσιμες κλίμακες ίσως είναι πολύ απλοϊκές για αξιόπιστη μέτρηση. Οι Miller και Pilkonis (24) χρησιμοποίησαν κάποια από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R για τη διαταραχή προσωπικότητας στην έρευνά τους σχετικά με τη συναισθηματική αστάθεια. Το ερωτηματολόγιο Personality Assessment Inventory Borderline (89) περιλαμβάνει μια κλίμακα συναισθηματικής αστάθειας που μετρά τη σταθερότητα της διάθεσης και των συναισθημάτων, τη συναισθηματική απόκριση και τον έλεγχο του θυμού. Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί και σε ορισμένα ερευνητικά προγράμματα για τη συναισθηματική αστάθεια. (6,99) Άλλα εργαλεία αξιολόγησης (π.χ. το ερωτηματολόγιο DAPP-BQ [65]) περιέχουν επίσης ερωτήσεις που σχετίζονται με τη συναισθηματική αστάθεια.

Οι ακόλουθες κλίμακες μετρούν συγκεκριμένα τη συναισθηματική εμπειρία. Η Κλίμακα Συναισθηματικής Αστάθειας (ALS) (90) είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς 54 σημείων που εξετάζει την τάση μεταβολής της διάθεσης από αυτό που το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται ως φυσιολογικό σε διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις όπως θυμό, κατάθλιψη, ευφορία, και ανησυχία. Μετρά επίσης την τάση για εναλλαγή μεταξύ κατάθλιψης και ευφορίας και μεταξύ κατάθλιψης και άγχους. (47) Η Κλίμακα Έντασης Συναισθημάτων (AIM) (25) είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς 40 σημείων για τις ατομικές διαφορές στη συναισθηματική ένταση που προκαλούν συναισθηματικά φορτισμένα ερεθίσματα σε μια κλίμακα 5 βαθμίδων. Η Βραχεία Έκδοση του Ερωτηματολογίου για τη Ρύθμιση και Εμπειρία Συναισθημάτων (19,91) είναι ένα ερωτηματολόγιο τύπου Likert, 98 ερωτήσεων, που επιτρέπει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να βαθμολογήσουν τους ασθενείς σε πολλαπλά στοιχεία της συναισθηματικής εμπειρίας και ρύθμισης. Καλύπτει τις εξής διαστάσεις: αρνητικό συναίσθημα, συναισθηματική διαθεσιμότητα, συναισθηματική δυσρύθμιση, θετικό συναίσθημα και πέντε παράγοντες ρύθμισης συναισθημάτων.

Όλα αυτά τα εργαλεία μέτρησης βασίζονται στη δυνατότητα ανάκλησης των ασθενών ή απαιτούν εις βάθος κατανόηση του ασθενούς από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτού του είδους οι αναφορές συναισθηματικής εμπειρίας μπορούν να υποστούν στρεβλώσεις λόγω άγνοιας, αλλοιώσεων μνήμης ή απλά λόγω λήθης. Χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας, όπως ο νευρωτισμός μπορούν επίσης να επηρεάσουν τις αναφορές. Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή φαίνεται να έχουν την τάση να θυμούνται τα αρνητικά σημεία, ακόμα και όταν η αξιολόγηση γίνεται σε πραγματικό χρόνο. (46,92) Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιείται η άμεση ανάκληση ή η παρατήρηση επί τόπου της συναισθηματικής εμπειρίας μέσω ηλεκτρονικών συσκευών. Οι συσκευές αυτές μας επιτρέπουν την από απόσταση παρακολούθηση των απο-

κρίσεων στην άμεση συναισθηματική εμπειρία, εξουδετερώνοντας έτσι τα σφάλματα ανάμνησης.

Σήμερα αναπτύσσεται βιβλιογραφία γύρω από τις πρόσδρομες εμπειρίες των ατόμων χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία ESM και ακόμη περισσότερο τη χρονικά ευαίσθητη αξιολόγηση EMA. (17,18,27,30,44,46,59,93) Οι ερευνητές που διεξάγουν αυτές τις μελέτες καθορίζουν τη συναισθηματική αστάθεια σύμφωνα με διάφορες μεταβλητές και θέτουν τους κανόνες για τη συλλογή των δεδομένων και την αξιοπιστία. Για παράδειγμα, οι Links και συν. (7,30,35) χρησιμοποίησαν τη μέτρηση της έντασης των συναισθημάτων, της διαταραχής του ελέγχου και της αναστολής των συναισθημάτων, της έντασης αρνητικής διάθεσης και της αντιδραστικότητας της διάθεσης σε μια πρόσφατη μελέτη για τη συναισθηματική αστάθεια σε σχέση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συμπεριφορά στους ασθενείς με οριακή διαταραχή. Η ομάδα του εκτίμησε τη συναισθηματική αστάθεια με το SCID-II, μια υποκλίμακα του DAPP-BQ, και με οπτικά αναλογικές κλίμακες ESM (οι οποίες ήταν αναφερόμενες από τον ασθενή και αφορούσαν τέσσερις διαστάσεις των συναισθηματικών διακυμάνσεων του ασθενούς). Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μεταβολές του συναισθήματος θα πρέπει να μετρώνται περισσότερες από μια φορές τη μέρα. Οι Trull και συν. (46) χρησιμοποιώντας το EMA, κατέγραψαν αυξημένη μεταβλητότητα στη βαθμολογία θετικών και αρνητικών συναισθημάτων με την πάροδο του χρόνου, όπως επίσης και μεγαλύτερη αστάθεια στις βαθμολογίες για επιθετικότητα, φόβο και θλίψη, στους ασθενείς με οριακή διαταραχή σε σύγκριση με ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή. Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή ήταν επίσης πιο πιθανό να αναφέρουν επανειλημμένες ακραίες αλλαγές στη βαθμολογία της εκθρότητας. Οι Jahng και συν. (18) πρότειναν ορισμένες στατιστικές μεθόδους αξιολόγησης. Αυτή η τεχνική προσέγγιση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη διάφορους παράγοντες μέτρησης, όπως οι ημερήσιες και καθημερινές μεταβολές έναντι εκείνων του Σαββατοκύριακου, η σχέση με εξωγενή γεγονότα, οι μετρήσεις βάσει χρόνου και οι δείκτες αστάθειας σε συνάρτηση με το χρόνο. (93) Εν τούτοις, οι Jahng και συν. (18) διερωτώνται για την αξιοπιστία αυτών των μετρήσεων ακριβείας και ειδικότερα σε ασθενείς με οριακή διαταραχή.

Η συναισθηματική αστάθεια θα μπορούσε επίσης να αξιολογηθεί στο εργαστήριο μετρώντας τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα και με διάφορες γνωστικές, νευροχημικές και λειτουργικές νευροεπιστημολογικές δοκιμασίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διεξαγάγαμε μια ανασκόπηση της έννοιας της συναισθηματικής αστάθειας και της ασάφειας που την περιβάλλει λόγω της περιπλοκότητάς της. Ο όρος χρησιμοποιείται εναλλακτικά με την αστάθεια της διάθεσης, ενώ άλλοι όροι, όπως η αρνητική συναισθηματικότητα, η αστάθεια του συναισθήματος και η δυσρύθμιση του συναισθήματος



μπορούν να θεωρηθούν ως επιμέρους διαστάσεις της.

Η δική μας πρόταση συνοψίζεται στην ακόλουθη εξήγηση της συναισθηματικής αστάθειας. Πρόκειται για στοιχείο του χαρακτήρα, μια σύνθετη δομή που εμπεριέχει διαστάσεις όπως το συναισθηματικό σθένος, η ένταση του συναισθήματος, η εναλλαγή συναισθημάτων με τυχαίο τρόπο, το κατώφλι αντίδρασης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα και η δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων. Ορισμένες εξ αυτών των διαστάσεων έχουν τεκμηριωθεί, κυρίως στην έρευνα για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η διαταραχή ρύθμισης του συναισθήματος μπορεί να οριστεί ως ξεχωριστή έννοια, καθώς όπως προκύπτει από έρευνες διαθέτει τη δική της διπολικότητα. (51)

Εξετάζοντας τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουμε ότι η έννοια της συναισθηματικής αστάθειας είναι τόσο ένα κληρονομούμενο χαρακτηριστικό όσο και μια ανεπάρκεια – αποτέλεσμα ενός ασταθούς και αναπτυξιακά πτωχού περιβάλλοντος κατά την παιδική ηλικία. Αναφέρουμε ορισμένες τεχνικές μέτρησης και υπογραμμίζουμε την πρόκληση να μετρηθεί σωστά η συναισθηματική αστάθεια, λόγω της δυσκολίας των ασθενών να αναφέρουν με ακρίβεια τη συναισθηματική τους εμπειρία.

Κλινικοί και ερευνητές θα πρέπει να διαφοροποιήσουν τη συναισθηματική αστάθεια από διακριτές φάσεις του θυμικού. Η συναισθηματική αστάθεια είναι συγχυτικός παράγοντας στον καθορισμό της διαφορικής διάγνωσης μεταξύ διπολικής διαταραχής II και της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, διότι είναι ένα χαρακτηριστικό που υπάρχει και στις δυο διαταραχές. Η προσεκτική διατύπωση των όρων θα βοηθήσει στην αποφυγή της σύγχυσης που επισημάναμε στην παρούσα ανασκόπηση.

Τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της συναισθηματικής αστάθειας θα πρέπει να αποσαφηνίζονται για κάθε ασθενή και για κάθε διάγνωση ξεχωριστά. Όταν τα χαρακτηριστικά που έχουν εντοπιστεί είναι ξεκάθαρα, εύχρηστα και μετρήσιμα, η έννοια – με την επίτευξη αυτής της σαφήνειας – θα έχει κλινική σημασία για τον ψυχίατρο και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Με το σωστό ορισμό και τη διεύρυνση των διαστάσεων του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού καθίσταται δυνατή μια πιο συστηματική ανάλυση, η οποία θα αποδώσει χρήσιμες πληροφορίες για τις διαφορές που εντοπίζονται σε ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις. Οι πληροφορίες αυτές θα είναι επίσης δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για τη διερεύνηση πιθανών σχέσεων με τους φαινοτύπους και τους γονότυπους.

Για να λάβουν χώρα οι συγκεκριμένες φαινοτυπικές/γονοτυπικές συνδέσεις είναι απαραίτητο να υπάρξουν περισσότερα δεδομένα σχετικά με τις φυσιολογικές παραμέτρους συγκεκριμένων συναισθηματικών διεργασιών και του τρόπου που τα συναισθηματικά γεγονότα και χαρακτηριστικά προάγουν την ανάπτυξη παθολογικών καταστάσεων. Η περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να καθορίσει ποιες διαστάσεις είναι εκείνες που διαφοροποιούν τη μια παθολογική κατάσταση από την άλλη. Μια πιο προσεκτική ματιά στα νευρικά δίκτυα και στους νευροχημικούς

μηχανισμούς ενδεχομένως να βοηθήσει στην αποσαφήνιση των διαστάσεων της συναισθηματικής αστάθειας.

Μια βελτιωμένη ματιά στη συναισθηματική αστάθεια μπορεί επίσης να καθοδηγήσει τον κλινικό στον καθορισμό συγκεκριμένων διαστάσεων που θα μπορούσε να εντάξει στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Εκτός λίγων εξαιρέσεων, οι φαρμακολογικές προσεγγίσεις δεν είναι διαθέσιμες ή είναι δύσκολο να εντοπιστούν επειδή η συνήθης μέθοδος της ψυχοφαρμακολογικής έρευνας είναι να εστιάζει σε συγκεκριμένες διαγνώσεις και όχι σε αυτές καθαυτές τις παθολογικές διαστάσεις. (95-99) Αντίθετα, η στοχευμένη ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να τροποποιεί και να αναστέλλει τη δευτερογενή παρορμητικότητα. Διαλεκτικές, συμπεριφορικές και γνωσιακές θεραπείες έχουν επικεντρωθεί στην αντιμετώπιση της συναισθηματικής αστάθειας στο πλαίσιο των θεραπευτικών τους στόχων, όμως μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχτεί ότι μια συγκεκριμένη μέθοδος μπορεί να φέρει συγκεκριμένα αποτελέσματα – όπως η καλύτερη τροποποίηση της συναισθηματικής αστάθειας.

Συμπερασματικά, η έλλειψη γνώσης γύρω από τις διαστάσεις της συναισθηματικής αστάθειας δυσχεραίνουν την ανάδειξη ενός λειτουργικού ορισμού. Η συναισθηματική αστάθεια μπορεί να γίνει αντιληπτή είτε ως μια διακριτή παράμετρος μιας συγκεκριμένης παθολογίας είτε ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. Η προσπάθεια ανάπτυξης ενός ορισμού για τη συναισθηματική αστάθεια, ελπίζουμε ότι θα προκαλέσει περαιτέρω συζήτηση και αναγνώριση του ενδιαφέροντος που παρουσιάζει η περιπλοκότητα αυτής της έννοιας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shelder J, Westen D. Rening personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004;161:1350-65.
2. Anestis MD, Peterson CB, Bardone-Cone AM, et al. Affective lability and impulsivity in a clinical sample of women with bulimia nervosa: the role of affect in severely dysregulated behavior. *Int J Eat Disord* 2009;42:259-66.
3. Koenigsberg HW. Affective instability: toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *J Personal Disord* 2010;24:60-82.
4. Benazzi F. A relationship between bipolar II and borderline personality disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:1022-9.
5. Benazzi F, Akiskal HS. A downscaled practical measure of mood lability as a screening tool for bipolar II. *J Affect Disord* 2005;84:225-32.
6. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry* 2011;1:45-51.
7. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Nisenbaum R. Elements of affective instability associated with suicidal behaviour in patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2008;53:112-6.
8. Linehan MM, Heard H. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. In: Clarkin JF, Marziali E,



- Munroe-Blum H, eds. *Borderline personality disorder: clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford, 1992.
9. Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R, Trull TJ. The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *J Personal Disord* 2007;21:603-14.
 10. Tragesser SL, Robinson RJ. The role of affective instability and UPPS impulsivity in borderline personality disorder features. *J Personal Disord* 2009;23:370-83.
 11. Domes G, Schulze L, Herpertz SC. Emotion recognition in borderline personality disorder: a review of the literature. *J Personal Disord* 2009;23:6-19.
 12. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *Am J Psychiatry* 2004;161:1296-8.
 13. Linn L. Clinical manifestations of psychiatric disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, eds. *Comprehensive text-book of psychiatry*. Baltimore, London: Williams & Wilkins, 1980:1018.
 14. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Penguin Putnam, 1994.
 15. LeDoux JE. Emotion: clues from the brain. *Annu Rev Psychol* 1995;46:209-35.
 16. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other, 2004.
 17. Ebner-Priemer UW, Kuo J, Scholtz W, et al. Distress and affective dysregulation in patients with borderline personality disorder: a psychophysiological ambulatory monitoring study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:314-20.
 18. Jahng S, Wood PK, Trull TJ. Analysis of affective instability in ecological momentary assessment: indices using successive difference and group comparison via multilevel modeling. *Psychol Methods* 2008;13:354-75.
 19. Westen D, Muddirisoglu S, Fowler C, Shedler J, Koren D. Affect regulation and affective experience: individual differences, group differences and measurement using a Q-sort procedure. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:258-439.
 20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
 21. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Lynch TR. Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 2008;28:75-91.
 22. Siever L, Davis K. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1647-58.
 23. Davidson R. Anterior electrophysiological asymmetries, emotion, and depression: conceptual and methodological conundrums. *Psychophysiology* 1998;35:607-14.
 24. Miller JD, Pilkonis PA. Neuroticism and affective instability: the same or different? *Am J Psychiatry* 2006;163:839-45.
 25. Larsen R, Diener E, Emmons RA. Affect intensity and reactions to daily life events. *J Pers Soc Psychol* 1987;5:803-14.
 26. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 2002;39:281-91.
 27. Ebner-Priemer UW, Welch SS, Grossman P, Reisch T, Linehan MM, Bohus M. Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2007;150:265-75.
 28. Stein KF. Affective instability in adults with a borderline personality disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 1996;18:405-15.
 29. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:784-8.
 30. Nica EI, Links P. Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:74-81.
 31. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001;35:307-12.
 32. Herpertz S, Gretzer A, Muhlbauer V, Steinmeyer EM, Sass H. Experimental detection of inadequate affect regulation in patients with self-mutilating behaviour. *Nervenarzt* 1998;69:410-8.
 33. Stiglmayr CE, Shapiro DA, Stieglitz RD, et al. Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder, a controlled study. *J Psychiatr Res* 2001;35:111-8.
 34. Levine D, Marziali E, Hood J. Emotion processing in borderline personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:240-6.
 35. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, et al. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2007;21:72-86.
 36. Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. Relationship between borderline personality disorder and axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999;60:752-8.
 37. De la Fuente JM, Bobes J, Vizuete C, Mendlewicz J. Biological nature of depressive symptoms in borderline personality disorder: endocrine comparison to recurrent brief and major depression. *J Psychiatr Res* 2002;36:137-45.
 38. Bellodi L, Battaglia M, Gasperini M, Scherillo P, Brancato V. The nature of depression in borderline depressed patients. *Compr Psychiatry* 1992;33:128-33.
 39. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2006;115:850-3.
 40. Kuo JR, Linehan MM. Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *J Abnorm Psychol* 2009;118:531-44.
 41. Henry C, Swendsen J, Van den Bulke D, Sorbara F, Demotes-Mainard J, Leboyer M. Emotional hyper-reactivity as a fundamental mood characteristic of manic and mixed states. *Eur Psychiatry* 2003;18:124-8.
 42. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, et al. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res* 2008;159:1-6.
 43. M'Bailara K, Demotes-Mainard J, Swendsen J, Mathieu F, Leboyer M, Henry C. Emotional hyper-reactivity in normo-thymic bipolar patients. *Bipolar Disord* 2009;11:63-9.
 44. Russell J, Moskowitz D, Zuroff D, Sookman D, Paris J. Stability and variability of affective experience and interpersonal behaviour in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2007;116:578-88.
 45. Conklin CZ, Bradley R, Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:69-77.
 46. Trull TJ, Solhan MB, Tragesser SL, et al. Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder using ecological momentary assessment. *J Abnorm Psychol* 2008;117:647-61.
 47. Cowdry RW, Gardner DL, O'Leary KM, Leibenluft E, Rubinow DR. Mood variability: a study of four groups. *Am J Psychiatry*



- 1991;148:1505–11.
48. Koenigsberg HW, Fan J, Ochsner KN, et al. Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2009;66:854–63.
 49. Benazzi F. Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30: 68–74.
 50. van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, van Son M, van der Heijden P, Buhning M. Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiating under and over-regulation. *J Personal Disord* 2010;24: 296–311.
 51. Bradley R, Westen D. The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2005;17:927–57.
 52. Siever J, Weinstein LN. The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 2009;57:361–98.
 53. Johnson PA, Hurley RA, Benkelfat C, Herpertz SC, Taber KH. Understanding emotion regulation in borderline personality disorder: contributions of neuroimaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15:397–402.
 54. Figueroa E, Silk KR. Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1997;9:92–104.
 55. Coccaro EF, Siever LJ, Klar AM, et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:587–99.
 56. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:1832–41.
 57. Siever LJ. Endophenotypes in the personality disorders. *Dia-logues Clin Neurosci* 2005;7:139–51.
 58. Savitz JB, Ramesar RS. Personality: is it a viable endophenotype for genetic studies of bipolar affective disorder? *Bipolar Disord* 2006;8:322–37.
 59. Glaser JP, van Os J, Mengelers R, Myin-Gereys I. A momentary assessment study of the reputed emotional phenotype associated with borderline personality disorder. *Psychol Med* 2008;38:1231–9.
 60. Clayton PJ, Ernst C, Angst J. Premorbid personality traits of men who develop unipolar and bipolar disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;243:340–6.
 61. Angst J, Gamma A, Endrass J. Risk factors for bipolar and depression spectra. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108 suppl: 15–9.
 62. Hess C, Reif A, Strobel A, et al. A functional dopamine-beta-hydroxylase gene promoter polymorphism is associated with impulsive personality styles, but not with affective disorders. *J Neural Transm* 2009;116:121–30.
 63. Pinkham L, Horvath TB, Coccaro EF, et al. Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991;148:1378–85.
 64. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936–50.
 65. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general populations. *J Abnorm Psychol* 1992;101:432–40.
 66. Distel MA, Willemsen G, Ligthart L, et al. Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2010;24:427–44.
 67. Kavoussi RJ, Coccaro EF. The amphetamine challenge test correlates with affective instability in healthy volunteers. *Psychiatry Res* 1993;48:219–28.
 68. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:587–99.
 69. Depue R. A neurobiological framework for the structure of personality and emotion: implication for personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF, eds. *Major theories of personality disorder*. New York, London: Guilford, 1996:347–90.
 70. MacKinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord* 2006;8: 1–14.
 71. Hazlett EA, New AS, Newmark R, et al. Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2005;58:614–23.
 72. Filardi da Rocha F, Malloy-Diniz L, Alvaes de Sousa KC, et al. Borderline personality features possibly related to cingulate and orbitofrontal cortices dysfunction due to schizencephaly. *Clin Neurol Neurosurg* 2008;110:396–9.
 73. Herpertz S, Dietrich TM, Wenning B, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 2001;50:292–8.
 74. Pavuluri MN, Herbener ES, Sweeney JA. Affect regulation: a systems neuroscience perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2005;1:9–15.
 75. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, et al. Amygdala hyperactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 2003;54:1284–93.
 76. Goldin PR, McRae K, Ramel W, Gross JJ. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol Psychiatry* 2008;63:577–86.
 77. Andrulonis PA, Vogel NG. Comparison of borderline personality subcategories to schizophrenic and affective disorders. *Br J Psychiatry* 1984;144:358–63.
 78. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res* 2005;137: 191–202.
 79. New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, et al. Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology* 2007;32:1629–40.
 80. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999–1010.
 81. Meaney MJ. Epigenetics and the biological definition of gene X environment interactions. *Child Dev* 2010;81:49–71.
 82. Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Albert MJ, Girardi P, Tatarelli R. Endogenous and exogenous cyclicality and temperament in bipolar disorder: review, new data and hypotheses. *J Affect Disord* 2006;96:165–75.
 83. Linehan MM, Heard H, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:971–4.
 84. Choi-Kain LW, Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Reich DB. A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2010;24:365–76.
 85. Levitt AJ, Joffe RT, Ennis J, McDonald C, Kutcher SP. The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder.



- J Clin Psychiatry 1990;51:335-9.
- 86.86. Goldberg JF, Garno JL. Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disord* 2009;11:205-8.
87. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between bor-derline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:145-54.
88. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2002;10:315-23.
89. Morey LC. The personality assessment inventory: professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
90. Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. *J Clin Psychol* 1989;5:786-93.
91. Zittel C, Westen D. Subtyping borderline personality disorder. Invited presentation at the New Directions in Borderline Per-sonality Disorder II Conference, Minneapolis, MN, May 2002.
92. Posner M, Rothbart M, Vizueta N, et al. Attentional mecha-nisms of borderline personality disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002;99:16366-70.
93. Ebner-Priemer UW, Eid M, Kleindienst N, Stabenow S, Trull TJ. Analytic strategies for understanding affective (in)stability and other dynamic processes in psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2009;118:195-202.
94. Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M. Aversive tension in patients with borderline per-sonality disorder: a computer based controlled ?eld study. *Acta Psychiatr Scand* 2005;117:139-47.
95. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Deuinvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality dis-order: meta-analyzes of randomized clinical trials. *J Clin Psy-chiatry* 2010;71:14-25.
96. Ingenhoven TJ, Deuinvoorden HJ. Differential effective-ness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical tri-als on symptomatic outcome domains. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:489-96.
97. Saunders EF, Silk KR. Personality trait dimensions of the phar-macological treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:461-7.
98. Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lam-otrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2009;24:270-5.
99. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Metaanalyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treat-ment of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2009;23:156-74.