

ГРАНИЧНО ЛИЧНОСТОВО РАЗСТРОЙСТВО

Пресиян Бургов

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Presiyan Burgov

Abstract: The term borderline personality organization more accurately describes the people who have a specific, stable, pathological personality organization, which is not a transitory state fluctuating between neurosis and psychosis. Borderline personality disorder is a condition characterized by difficulties in regulating emotion. This difficulty leads to severe, unstable mood swings, impulsivity and instability, poor self-image and stormy personal relationships. People may make repeated attempts to avoid real or imagined situations of abandonment. The combined result can manifest into destructive behavior, such as self-harm or suicide attempts.

Key words: Borderline personality disorder, impulsivity, destructive behavior, primitive defenses, diffuse identity, object relations.

Разстройствата на личността се характеризират със специфични патерни на личния опит и особености, които определят външна поведенческа активност, която се отличава или влиза в противоречие с общоприетите социални и културални норми в обществото. Поведението е отклонено и ригидно, като началната проява се наблюдава в юношеството или ранната зрелост. Моделът на поведение е постоянен, причинява дистрес и отклонява или епизодично нарушава социалното функциониране. Изследванията показват, че при разстройствата на личността се наблюдават дискретни отклонения в речта, емоциите, вниманието, представите и невербалните прояви на афекта, които допълнително смущават адаптивните способности на личността.

Разстройствата на личността не могат да се дефинират като заболявания в тесния смисъл на понятието. Те са ситуирани в преходната област между болестта и здравето, и често представляват

преморбидни състояния, които предшества дадени психични разстройства. Някои автори приемат, че те представляват част от спектъра на определени психични заболявания. Например в спектъра на шизофренията могат да се включат параноидното, шизоидното и шизотипното личностово разстройство.

Въпреки трудностите при диагностициране на личностовите разстройства следва да отбележим, че отклоненията във вътрешните преживявания и поведението се проявяват в две или повече от изброените сфери:

- **когнитивна** – възприемане на собствения Аз и заобикалящата реалност;
- **афективна** – сила, диапазон и лабилност на афекта, както и съответност на емоционалния отговор спрямо възприеманите стимули;
- **междупличностни отношения** – реципрочност и устойчивост на взаимоотношенията;
- **степен на контрол върху импулсите.**

Независимо, че личностови разстройства са трудно лечими и слабо податливи на психотерапия, при диагностициране следва да не забравяме, че изброените по-горе характеристики не трябва да са интегрирани в клиничната картина на друго психично разстройство. Водещи маркери за определяне на състоянието остават ригидност на поведенческите модели, деструктивност, перманентност и нарушения в адаптивните способности на личността, спрямо изискванията на социума. Тук трябва да споменем, че личностовите разстройства релативно често се презентират в комбинация със зависимости, тревожни разстройства и разстройства на настроението.

Граничното личностово разстройство, което представлява интерес за нас, се отнася към група Б или т. нар. „драматични” личностови разстройства. DSM-IV го класифицира и като самостоятелна единица, характеризираща се със състояния подобни на импулсивната личност, категоризирани като интермитентно експлозивно разстройство. [4]

Хората с гранично личностово разстройство се отличават със значителна нестабилност – силни промени в настроението, неустойчива самооценка и импулсивност. Посочените характеристики се допълват взаимно и формират своеобразна симбиоза, която силно затруднява междупличностните взаимоотношения. Освен това те чес-

то демонстрират раздразнителност и експлозивни изблици на силен гняв, които понякога завършват с насилие и агресия. В преобладаващата част от случаите обаче гневът и агресията са насочени към собствения Аз и резултират в самонараняване и суицидни мисли и опити. Ядрото на проблема се запълва от дълбоко чувство за вътрешна пустота и инкохерентност на Аза, които водят личността до тежки тревожни и депресивни състояния, вариращи в границите от няколко часа до няколко дни. Могат да се регистрират и краткотрайни психогични епизоди с параноидни идеи и халюцинации, които по правило бързо отзвучават. Видно е, че заобикалящата реалност и емоциите на хората с гранично личностово разстройство се намират в постоянен, често обострен конфликт.

Въпреки трудностите при диагностициране на гранично личностово разстройство следва да са налице най-малко пет от изброените симптоми:

- полагане на несъразмерни усилия за избягване на реално или фантазно изоставяне;
- модел на нестабилни междуличностни отношения, характеризиращи се с редувания между крайно идеализиране и тотално обезценяване на обекта;
- дифузна идентификация, нестабилна самооценка и чувство за собствения Аз;
- импулсивност в най-малко две сфери свързани с потенциален риск – патологична склонност към хазарт, рисково сексуално поведение, зависимости от психоактивни вещества, рисково шофиране, преяждане;
- рецидив на автоагресия или суицидно поведение;
- афективна нестабилност, дължаща се на склонността към колебания в настроението – интензивни епизоди на дисфория, раздразнителност и страх;
- неуместен, интензивен гняв или трудности при контролирането му – експлозивни изблици на гняв, постоянна озлобеност, чести участия в конфликтни ситуации;
- преходни, свързани със стреса параноидни идеи или изразени дисоциативни симптоми;
- микропсихогични епизоди.

Ще продължим с кратък анализ на граничната личностова организация през призмата на психодинамичната концепция. Терминът гранична личностова организация, следва да се употребява при наличие на хронична характерологична организация, която не е нито типично невротична, нито типично психотична и която се характеризира с:

- типични симптоматични констелации;
- типични констелации на защитни механизми на Егото;
- типична патология на интернализирани обектни отношения;
- характерни генетично – динамични особености.

Диагнозата на граничната личностова организация е основана на три структурни критерия – дифузна идентичност, ниво на работа на защитите и капацитет за тестиране на реалността. [6]

Следва да се отбележи, че личности с гранична организация са под влияние на примитивни, интензивни емоции, които не са интегрирани и по тази причина не могат да се контролират. Тези емоции се активират заедно с кореспондиращите им когнитивни системи. Ето защо те не само стават агресивни, но са уверени, че имат основателни и рационални причини за гнева си. Този вид отговор рефлектира, както върху афективната деструкция, така и върху когнитивната.

В тази връзка анализът на нивата на когнитивните структури се фокусира върху степента, в която преобладава първично или вторично процесно мислене. Отместването по посока на първичното процесно мислене продължава да се приема за водещ критерий при диагностициране на гранична личностова организация и респективно гранично личностово разстройство. Диференцирането на структурните различия между невротични, прешизофренни и психотични пациенти е свързано с различията в нивата на когнитивни структури. При пациенти с гранично личностово разстройство рядко се наблюдават свидетелства за формални разстройства на мисловния процес.

Спорно е дали това отместване по посока на първично-процесно функциониране представлява неспецифичен формален регрес на Егото. Вероятно регресът е крайният резултат от следните аспекти на гранична организация:

- реактивация на патологични, ранно интернализирани обектни отношения, свързани с патологични примитивни деривати на нагони;

– реактивация на ранни защитни механизми, особено генерализирани механизми на дисоциация или сплитинг, влияещи върху интеграцията на когнитивните процеси;

– парциално, повторно сливане на примитивни образи за Аза и обектите, имащи отношение към стабилността на границите на Егото;

– регрес по посока на примитивни когнитивни структури на Егото поради неспецифични промени в равновесието катексис – контракатексис. [1]

Независимо от произхода, отместването по посока на първично-процесно мислене се приема за най-съществен структурен индикатор за гранична личностова организация.

Патологичната структура е свързана и с липса на интеграция на примитивните позитивни и негативни сегменти на ранни обектни отношения, които лежат като паметови следи в случаи на преживян ранен, интензивен афективен опит. Тази липса на вътрешна интеграция конституира устойчиво синдрома на дифузна идентичност. Синдромът е ядрото на граничната организация и се характеризира с отсъствието на интегриран концепт за Аза и за значимите други.

Поведенческите корелации на структурата включват емоционална лабилност, гняв, интраперсонален хаос, импулсивно, саморазрушително поведение и грешки при тестване на реалността. „Типичната манифестация на тази дифузна и фрагментирана идентичност е осцилацията между кротка безпомощност и яростна, тигранична агресия, насочена към себе си или другите.“ [8, 17]

Друг важен компонент са използваните примитивни защитни механизми и по-точно, че: „...те са организирани около сплитинга, радикалната сепарация на добри и лоши афекти, и обекти. Тези защитни механизми представляват опит да се предпазят идеализираните сегменти в индивидуалната психика или да предпазят вътрешния свят от агресивни сегменти. Сепарацията се поддържа от разход на енергия, свързан с интеграция на тези образи в психиката“. [8, 18] Тъй като споменатите защитни механизми могат да препяват успешното когнитивно преработване на външната реалност или на вътрешните афекти, те по-често водят до поведенческа манифестация на дистрес, отколкото до вътрешното му овладяване. Тази разцепена вътрешна организация на психиката заблуждава личността

в percepцията и за света, който се преживява в окончателни категории. Мненията и позициите са силни, но нестабилни. Нещата са добри или лоши, но оценката се изменя според непосредствената ситуация. Тези внезапни промени участват в изграждане на хаотичния жизнен опит при гранична личностова организация. [1]

Всичко това предполага изопачаване на percepцията, защото външната реалност е филтрирана през ригидни и примитивни вътрешни структури. По тази причина сплитингът не осигурява успешна адаптация към живота, но обяснява емоционалния и интерперсонален хаос и симптомите на гранична личностова организация.

Граничните състояния се характеризират с липса на консолидация на по-организиран психични структури. Личността задържа примитивни и невинаги правилни вътрешни репрезентации на Аза и другите, свързани с ранни етапи от живота. Това резултира първо във визията за света, където полагащите грижа или наказващи, депривиращи обекти се редуват без наличие на реална средна оценка или положение. Второ, в незадоволително развитото чувство за Аза, променящо се от усещане за нужда и безпомощност, до преживяване на себе си като omnipotenten. „Нарушените обектни отношения са манифестиране в липса на капацитет за емпатия с другите и липса на зряла и развита оценка за тях. Те се възприемат като идеализирани или персекуторни, или обезценени. Личности с гранична организация имат трудности при установяване и поддържане на интимни отношения. Сексуалната патология приема форма на инхибиран сексуален опит или хаотична сексуалност.” [8, 20]

Базовият дефект в развитието при гранична личностова организация лежи в неспособността за синтез на позитивни и негативни интроекции и идентификации. Изглежда вероятно в случаите на гранична личностова организация конституционните дефекти в развитието на структурите на първична автономия да са относително маловажни. „Предполага се, че конституционно определената липса на толерантност към тревожност се намесва във фазата на синтеза на интроекции от противоположно естество. Основният патологичен фактор е особено високата интензивност на дериватите на агресивния нагон. Експесивната агресия може да произлиза както от конституционално определена интензивност на агресивните нагони, така и

от тежки ранни фрустрации”. [1, 190] Изключително силните, на моменти експлозивни агресивни и автоагресивни пориви, свързани с образи на ранния Аз и ранните обекти, са тясно инкорпорирани в граничната личностова организация.

При нея често се наблюдават дефицити в способността за преживяване на вина и загриженост. Депресивните реакции приемат примитивни форми на онipotентен гняв и чувство на поражение пред външни сили.

Наличието на изцяло лоши и добри образи на обекти, които не могат да бъдат интегрирани сериозно, влияе върху цялостната интеграция на Суперегото. Примитивни предшественици на Суперегото от садистичен вид, репрезентирани интернализирани образи на лоши обекти, свързани с прегениталните конфликти са силно смачкващи, за да бъдат толерирани и са повторно проектирани под форма на външни лоши обекти.

Свърхидеализирани образи на обекти и изцяло добри образи на Аза могат да създадат само фантастични идеали за сила, величие и съвършенство, а не на реалистични изисквания и цели, които възникват вследствие на интеграция на Суперегото. В случая компоненти на Его идеала също се намесват в интеграционни процеси на Суперегото. В тази връзка реалистични изисквания на родителите не могат да бъдат интегрирани, нито със идеалните образи на Аза и обектите и свързания с тях Его идеал, нито с заплашителните, забраняващи, садистични предшественици на Суперегото, защото изкривяват и извращават възприемането на родителски образи и предотвратяват интеграцията.

Налични пречки пред интегриране на Суперегото са постоянните проекции на изискващи и забраняващи негови аспекти. Нормалният натиск за Его интеграция от страна на Суперегото липсва, както и способността му да преживява вина. Тенденцията към обезценяване на обекти също пречи на интеграцията и особено на изключително важната интернализация на реалистични изисквания от родителските образи. Подобно обезценяване на значими родителски фигури прави невъзможна интернализацията на най-важният източник за формиране на Суперегото. [1, 196 – 197]

Посочените характеристики на интернализирани обектни отношения, са отразени от типични характерови черти на гранична лич-

ностова организация. Изразяват се с нисък капацитет за реална оценка и реалистична емпатия с другите, с преживяването на хора като отдалечени обекти, към които има реалистична адаптация, но липсва емоционална обвързаност с тях. Всяка ситуация, която нормално би следвало да се развие до дълбоки междуличностни отношения, показва неспособност на личността наистина да чувства или да емпатира на друг, нереалистично изкривяване и защитна повърхностност на емоционалните отношения. Тази защитна повърхностност има доста източници – отразява емоционална празнота, дължаща се на липса на сливане между дериватите на либидния и агресивния нагон и на съпътващата теснота, ригидност и примитивност на техните афективни диспозиции. Повърхностността на емоционална реакция е директно свързана с неспособност да се преживява вина, грижа и свързаното с тях задълбочено осъзнаване, че другият съществува. [1] Още една причина за емоционална повърхностност е защитното усилие да се предпази от твърде близко емоционално въвличане, което би актуализирало опасността от задействане на примитивни защитни механизми – проективна идентификация и възбуждане на страха, че ще бъде нападнат от обект, който започва да се превръща във важен. Посочената емоционална повърхностност представлява защита и от примитивна идеализация на обекта и подлежащата нужда за подчинение и сливане с идеализирани обекти, както и от формиране на потенциална ярост от фрустрация на прегенитални, орални, изискващи нужди, които са активирани в отношенията. Липсата на развитие на Суперего последваща липса на Его интеграция и формиране на зрели чувства, цели и интереси поддържа неведението за висши, зрели и диференцирани аспекти на личността на другите.

Изследванията на граничната личностова организация откриват история на екстремна фрустрация и интензивна агресия (първична или вторична) през първите години от живота. Ексцесивна, прегенитална и особено орална агресия обикновено се проектира и причинява параноидно изкривяване на ранните родителски образи, главно на майката. През проекция на предимно орално-садистични и анално-садистични импулси, майката е възприемана като потенциално опасна, а омразата към нея се разпространява върху двамата родители, които по-късно са преживявани от детето под форма на обединена

група. Контаминацията на образа на бащата с агресия, първоначално проектирана в майката и липсата на отграничаване между майката и бащата, под влияние на липса на реалистично отграничаване на различни обекти, поради ексцесивно отцепване, обикновено продуцира при децата и от двата пола, комбиниран майка-баща образ. В резултат всички последващи сексуални отношения се възприемат като опасни и контаминирани с агресия. [1]

В неуспешен опит да се избяга от оралната агресия и страх, се развиват незрели генитални стремежи и понеже опитът често е несполучлив, поради интензивността на прегенитална агресия, която контаминира и гениталните стремежи, се появяват патологии в развитието, които са различни при двата пола.

Накратко и при двата пола ексцесивното развитие на прегенитална, орална агресия има тенденция да индуцира незряло развитие на едипови желаня вследствие особена патологична кондензация на прегенитални и генитални цели, под смазващо влияние на агресивните нужди. Резултатът обикновено е наличие на няколко патологични компромисни решения, които дават началото на типично упорство на полиморфни перверзни сексуални тенденции при гранична личностова организация. Това, което на повърхността изглежда като хаотично присъствие на примитивни нагони и страхова пансексуалност, представлява комбинация на патологични решения. Всички те са неуспешен опит за справяне с агресивността на генитални тенденции и общо контаминиране с агресия на всички инстинктивни нужди. „При психологично тестване на гранична личностова организация се открива липса на нормално доминиране на хетеросексуални генитални желаня над частични полиморфни нагони. Това, което изглежда хаотична комбинация на предедипови и едипови желаня е отражение на визираната патологична кондензация. Граничната личностова организация показва объркване в идентичността, но тя има по-ранни и сложни източници от проста липса на диференциация на сексуална ориентация. Липсата на сексуална ориентация тук не отразява липса на сексуално определение, а констелация от силни фиксации, ориентирани към справяне с едни и същи конфликти.” [1, 203]

След като се запознахме с някои аспекти на граничната личностова организация от позицията на психодинамичната парадигма,

ще фокусираме вниманието си върху етиологията и лечението на граничното разстройство, които се явяват естествен завършек на нашите търсения.

Разстройството засяга предимно жените в съотношение 3 към 1 спрямо мъжете, но следва да отбележим, че в последните години се наблюдава тенденция за нарастване броя сред мъжката популация. Изследванията показват, че хората с гранично личностово разстройство се подобряват или се отчита затихване на симптомите при безпроблемно достигане до тридесетгодишна възраст. В част от случаите това е невъзможно, тъй като много хора правят опити за самоубийство – статистиката показва, че приблизително 6% са успешни. [2]

Основен фактор за развитие на гранично личностово разстройство остава ранният детски травматичен опит, вариращ от тотално negliжиране до физическо и сексуално насилие, а в редица случаи и инцест. В тази връзка изглеждат логични допусканията на някои автори, че граничното разстройство е продължение на посттравматично стресово разстройство, провокирано от ранните детски преживявания, свързани с липсата на усещане за реално съществуване и фантазните преживявания за анихилиране при непосредстване на базови физиологични потребности. Въпреки видното наличие на определени общи симптоми, ясни доказателства за подобна взаимосвързаност липсват.

Характерни особености на граничното личностово разстройство се свързват с биологични аномалии. Например импулсивността, изразяваща се в суицидни опити или агресия спрямо други хора, се дължи на понижени нива на серотонин в главния мозък. Налице са и доказателства, че аномалии на фронто-лимбичните мрежи корелират с много от изброените симптоми. Диагностицират се също и аномалии на съня, сходни с тези при депресивните разстройства. Фамилните компоненти и генетичните фактори играят доминираща роля при развитието на гранично личностово разстройство – наличието на разстройство в родителите повишава риска от развитие до пет пъти.

Според теоретиците на социокултурното направление, случаи на гранично личностово разстройство по-често се наблюдават в общества, които търпят промени с бързи темпове. Когато обществото

стане неустойчиво в много от членовете му неизбежно се появяват проблеми с идентичността, усещане за празнота, повишена тревожност и страх от отхвърляне. Семейните ядра започват да се разпадат и хората все по-малко се интересуват от социалните проблеми и съответно социалното изключване нараства. Промените от този порядък в съвременното общество биха могли да са адекватно обяснение на увеличаващият се брой гранични личностови разстройства. [5]

В началото споменахме, че личностовите разстройства и в частност граничното личностово разстройство трудно реагират на терапия и „излекуване” в тесния смисъл на думата няма. Психодинамичната терапия бележи определени успехи при работата с гранични разстройства особено по отношение на фрагментираната идентичност, интраперсоналния хаос и слабостта на Егото. Когнитивно-поведенческата терапия дава позитивен ефект върху когнитивните изкривявания, свързани с възприемането и оценката на хора и ситуации в крайни категории – изцяло добри или изцяло лоши. Предполага се, че това би имало и ползотворен ефект върху крехката способност за тестване на реалността и дезадаптивните модели на мислене. Чисто поведенческите интервенции обикновено се фокусират върху социалните умения и способността за решаване на проблеми.

Медикаментозното лечение на граничното личностово разстройство обикновено включва антидепресанти и антипсихотици, които повлияват емоционалното състояние, редуцират импулсивността и агресивните отреагирвания, както и микropsихотичните епизоди. Спорен остава въпросът дали медикаментозното лечение на хора с гранично личностово разстройство не повишава риска от извършване на суицид.

В заключение ще споменем, че прогнозите за позитивно повлияване на разстройството терапевтично или медикаментозно, би следвало да са „предпазливи”, тъй като често се наблюдават рецидиви в различни области на функциониране на Аза.

ЛИТЕРАТУРА LITERATURA

1. **Бургов, П.** Психодинамична концепция за гранична личностова организация. Велико Търново.: Диоген, 2014, с. 177 – 204.

1. **Burgov, P.** Psihodinamichna kontsepciya za granichna lichnostova organizaciya. Veliko Tarnovo.: Diogen, 2014, s. 177 – 204.
2. **Геуфелд, А.** Анормална психология. София.: Изток-Запад, 2011.
3. **Getsfeld, A.** Anormalna psihologiya. Sofiya.: Iztok-Zapad, 2011.
4. **Попов, Г.** Обща и клинична психопатология. Варна.: Стено, 2010.
5. **Ропов, G.** Obshta i klinichna psihopatologiya. Varna.: Steno, 2010.
6. **American** Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.-text revision). Washington, DC, 2000.
7. **Comer, R.** Fundamentals of Abnormal Psychology. Worth Publishers, Inc. 2011 6-th Edition.
8. **Kernberg, O.** Borderline conditions and pathological narcissism. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 1985.
9. **Kernberg, O.** Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. Basic Books, 1989.
10. **Kernberg, O., et al.** Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations. American Psychiatric Publishing, Inc. 2006.