



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
« Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία σε Ιατρικά Πλαίσια»

Ιατρική Σχολή Α' Ψυχιατρική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.

Τίτλος: Αποφευκτική διαταραχή σε άτομα με οριακή οργάνωση
προσωπικότητας: Ο ρόλος της επιθετικότητας.

Θεόδωρος Αφορόζης
Ψυχίατρος

Επιβλέπων Καθηγητής: Γρηγόρης Βασιλαματζής Ομότιμος
Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΪΟΣ 2019

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
« Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία σε Ιατρικά Πλαίσια»
2016-2018

Τίτλος: Αποφευκτική διαταραχή σε άτομα με οριακή οργάνωση
προσωπικότητας: Ο ρόλος της επιθετικότητας.

Θεόδωρος Αφορόζης
Α.Μ: 20160869

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Γρηγόρης Βασλαματζής, Ομότιμος
Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ : Γρηγόρης Βασλαματζής, Ομότιμος
Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.

Παπανικολάου Αικατερίνη,
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Παιδοψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α

Μαρία Τζινιέρη – Κοκκώση,
Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής
Ψυχολογίας Ε.Κ.Π.Α.

ΑΘΗΝΑ (ΜΑΪΟΣ 2019)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ:.....	6
ABSTRACT:	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ:.....	10
ΜΕΡΟΣ:1 ^ο	15-34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο :ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	15
1.1 Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας:.....	16
1.2 Αποφεικτική διαταραχή προσωπικότητας:.....	17
1.3 Οριακή διαταραχή προσωπικότητας.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ- ΤΗΣ ΕΤΕΡΟ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΟΡΙΑΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟ- ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	32
ΜΕΡΟΣ:2 ^ο	35-42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο :ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΡΙΑΚΗ ΔΟΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΟΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	35
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	45

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είμαι βαθύτατα ευγνώμων στον ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής και επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Γρηγόρη Βασιλαματζή, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διδάκτωρ Ψυχιατρικής κ. Γρηγόριο Μανιαδάκη, για τις πολύτιμες συμβουλές και οδηγίες κατά την περίοδο της ερευνητικής φάσης. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρη Καθηγήτρια, Κλινικής Ψυχολογίας κα Κοκκώση Μαρία, η οποία συμμετείχε ενεργά στη διεκπεραίωση του μεταπτυχιακού μου προγράμματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς που αποφεύγουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις συνήθως δεν εκφράζουν ανοικτά τον θυμό τους –αντίθετα, έχουν την τάση να μένουν στην αφάνεια και να παρουσιάζουν έναν εαυτό ντροπαλό και υποτονικό. Εν τούτοις ορισμένοι αποφευκτικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνή έκφραση του θυμού/επιθετικότητας εντός και εκτός της θεραπευτικής σχέσης. Η ικανότητα ουδετεροποίησης μιας μεγάλης ποσότητας επιθετικότητας αποτελεί ένα από τα κριτήρια της ισχύος του εγώ. Οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας στα πλαίσια του οριακού φάσματος διακρίνονται, μεταξύ και άλλων χαρακτηριστικών τους, για τον έντονο θυμό και την αδυναμία του Εγώ τους. Ο πρώτος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει αν και κατά πόσο και σε ποιους τύπους ασθενών συνδέεται η αποφυγή των στενών σχέσεων με την έτερο-επιθετικότητα, στα πλαίσια μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας. Σημαντική ετερογένεια χαρακτηρίζει τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Την τελευταία εικοσιπενταετία αρκετοί ερευνητές έχουν επιχειρήσει να προσδιορίσουν τις διαφορετικές υποκατηγορίες των οριακών ασθενών, ως ένα πρώτο βήμα για να προσδιοριστεί το είδος της θεραπείας που θα είναι πιο αποτελεσματικό για τον κάθε ασθενή. Ο δεύτερος σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει αν οι αποφευκτικοί ασθενείς που εξωτερικεύουν συχνά τον θυμό τους, εμπίπτουν σε κάποια από τις υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, που περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Η παρούσα εργασία είναι μια εννοιολογική μελέτη της σχέσης μεταξύ της αποφυγής των στενών σχέσεων και της έτερο-επιθετικότητας. Βασίζεται στην ανάλυση της σχετικής ψυχαναλυτικής βιβλιογραφίας και χρησιμοποιεί ως παραδείγματα μερικές κλινικές βινιέτες από την ψυχοθεραπεία ψυχοδυναμικού τύπου ενός αποφευκτικού ασθενή με οριακή δομή προσωπικότητας. Η ανάλυση των μέχρι τώρα ερευνητικών ευρημάτων δείχνει ότι: (I) η εκδήλωση της επιθετικότητας παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην αστάθεια και την αιφνίδια διακοπή των στενών

διαπροσωπικών σχέσεων των οριακών, (II) η συχνή εξωτερίκευση του θυμού από τους αποφευκτικούς ασθενείς παραπέμπει στην ύπαρξη μιας οριακής δομής προσωπικότητας, και (III) οι αποφευκτικοί ασθενείς που εκδηλώνουν συχνά ανοικτά το θυμό τους είναι πιθανό να εμπίπτουν στην υποκατηγορία των οριακών ασθενών, που περιγράφονται στη μελέτη των *Hallquist et al (2012)* ως «θυμωμένοι/καχύποπτοι». Το γεγονός όμως, ότι η παρούσα μελέτη είναι εννοιολογική και βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο ασθενή, περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα γενίκευσης του τελευταίου ευρήματος. Περαιτέρω έρευνα, ποσοτικού τύπου που θα βασίζεται σε ένα μεγαλύτερο δείγμα ασθενών, χρειάζεται προκειμένου να εξετασθεί η εγκυρότητα των ευρημάτων.

Λέξεις- κλειδιά: αποφευκτικότητα, επιθετικότητα,
υποκατηγορίες οριακής διαταραχής

ABSTRACT

The patients who avoid close relationships are usually reluctant to openly express their anger on the contrary, they tend to remain in obscurity presenting a timid and subdued self. Nevertheless some avoidant patients display often anger/aggression both in and out of the therapeutic relationship. The capacity to neutralize large quantities of aggression constitutes one of the criteria of ego strength. The patients with personality disorders within the borderline continuum are characterized, among others, by their intense anger and ego weakness. The first aim of the present study is to examine whether, to what extent and in which types of patients, the avoidance of close relationships is related to aggressiveness directed towards others, within the framework of borderline personality organization. Considerable heterogeneity characterizes patients with borderline personality disorder. In the last twenty five years several researchers have attempted to identify distinct subtypes of borderline patients as a first step in identifying which treatment works best for which individual .The second aim of this study is to examine whether avoidant patients who frequently externalize their anger could fall under any of the subtypes of borderline personality disorder described in the literature. The present investigation is a conceptual study of the relationship between the avoidance of close relationships and the aggression directed towards others. It is based on the analysis of the relevant psychoanalytic literature and uses as illustrations some clinical vignettes from the psychodynamic treatment of an avoidant patient with borderline personality structure. The analysis of research findings so far suggests that: (I) the expression of aggressiveness plays an important part in the instability and sudden termination of borderlines close relationships,(II) the frequent externalization of anger in avoidant patients points to the existence of an underlying borderline personality structure, and (III) the avoidant patients who frequently express overt anger are likely to belong to a subgroup of borderlines who are described in Hallquist et al(2012)study as

«angry/mistrustful». The fact However, that the present study is conceptual and is based on a specific patient, poses is a serious limitation to the generalizability of our last finding. Further research, of the qualitative type based on a larger sample of subjects is needed for testing the validity of our findings.

Key-words: avoidance, aggression, borderline personality subtypes

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας έχει συνδεθεί κυρίως με την αποφευκτική και την σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας, με την τάση να εντάσσονται αρχικά οι δυο αυτές διαταραχές στην ίδια διαγνωστική οντότητα (*Kretschmer E, 1925*).

Οι ψυχαναλυτές όμως στη συνέχεια, διαχώρισαν τις δυο διαταραχές, περιγράφοντας τύπους προσωπικότητας που τώρα θα εντάσσονταν καλύτερα στις αποφευκτικές. Ο *Otto Fenichel (1945)* συνέδεσε τις αποφευκτικού τύπου συμπεριφορές με την παραδοσιακή στην ψυχανάλυση έννοια της φοβικής προσωπικότητας. Η *Karen Horney (1937)* ανέπτυξε την έννοια του «αποστασιοποιημένου τύπου» προσωπικότητας, περιγράφοντας άτομα που πιστεύουν ότι «αν αποσυρθώ μακριά από τους άλλους, τίποτα δεν μπορεί πλέον να με πληγώσει».

Αυτή η απόσυρση αντί να κάνει αυτά τα άτομα λιγότερο ευάλωτα, υποστήριξε η *Horney*, τα οδηγεί στο να αναπτύξουν μια αίσθηση μίσους και περιφρόνησης για τον εαυτό τους, αισθανόμενοι ότι οι άλλοι τους βλέπουν ακριβώς, όπως βλέπουν αυτοί τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να έχουν τεταμένες σχέσεις, να κρατούν αποστάσεις από τους άλλους και να αποφεύγουν να συνδεθούν στενά μαζί τους.

Στα πλαίσια αυτά, η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας προσεγγίζεται εννοιολογικά ως μια νεύρωση του χαρακτήρα, σε αντίθεση με τη σχιζοειδή προσωπικότητα, η οποία αντανακλά μια πιο πρόωμη οργάνωση, την οποία μερικοί ερευνητές (*Alkhtar 1968, Kernberg 1975, Meissner 1988*) συνέδεσαν με το φάσμα των οριακών καταστάσεων.

Γενικά, οι ψυχαναλυτές της ψυχολογίας του Εγώ, υποστηρίζουν ότι κεντρικός στόχος της αποφευκτικής προσωπικότητας είναι να αρνείται το άγχος ή την ανησυχία, αρνούμενη γενικά τα συναισθήματά της είτε εισάγοντας άσχετες σκέψεις ή παραποιώντας τη σημασία των σκέψεών της.

Επιπλέον οι αναλυτές της ψυχολογίας του Εγώ περιγράφουν τις

αποφευκτικές προσωπικότητες, ως προσωπικότητες που χρησιμοποιούν συχνά τη φαντασία και τις φαντασιώσεις τους, για να ικανοποιήσουν ανάγκες που δεν μπορούν να καλύψουν εξαιτίας της κοινωνικής τους απόσυρσης, καθώς και για να αντικαταστήσουν τις αγχογόνες σκέψεις, που κάνουν εξαιτίας της χαμηλής τους αυτοεκτίμησης. Τα άτομα με αποφευκτική συμπεριφορά έχουν συνήθως ένα πολύ ανεπτυγμένο «Ιδανικό Εγώ» με υψηλές φιλοδοξίες και επιθυμίες για αυτόπραγμάτωση, που συνοδεύεται, όμως, από ένα έντονο τιμωρητικό Υπερεγώ, που συνεχώς επικρίνει και απορρίπτει κάθε συμπεριφορά. Ενώ η ψυχαναγκαστικού τύπου προσωπικότητα επιδιώκει να τα κάνει όλα τέλεια, το άτομο με αποφευκτική συμπεριφορά, συνήθως, αρνείται να κάνει οτιδήποτε – το ρίσκο είναι πολύ μεγάλο γι' αυτό.

Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, οι αποφευκτικοί ασθενείς, στην καλύτερη περίπτωση, διστάζουν να εκφράσουν τη γνώμη τους ή τις σκέψεις τους και στη χειρότερη περίπτωση, παρερμηνεύουν αθώα σχόλια ή εκφράσεις του προσώπου των άλλων ως σημάδια κριτικής και απόρριψης. Τείνουν επίσης, να αποφεύγουν να δείχνουν τα συναισθήματά τους, φοβούμενοι ότι οι άλλοι μπορεί να αντιληφθούν το άγχος τους και να ντροπιαστούν.

Αντίθετα με τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, δεν αντιδρούν στην απόρριψη των άλλων με θυμό, αλλά τείνουν να αποσύρονται και να φαίνονται ντροπαλοί και υποτονικοί. Εν τούτοις, υπάρχουν ορισμένοι ασθενείς με αποφευκτική συμπεριφορά που εμφανίζουν έτερο-επιθετικότητα εντός και εκτός των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών, εκφράζοντας ανοικτά και συχνά τον θυμό τους.

Ενώ σύμφωνα με τη θεωρία της *Horney (1945)*, οι νευρωτικοί ασθενείς με αποφευκτική συμπεριφορά στις σχέσεις τους, αντιμετωπίζουν τις εξωτερικές απειλές ή στρεσογόνες καταστάσεις προτιμώντας την αντίδραση της φυγής, φαίνεται ότι υπάρχουν αποφευκτικοί ασθενείς που προτιμούν την αντίδραση της αντιπαράθεσης (ή πάλης).

Βασιζόμενοι στη παρατήρηση αρκετών αναλυτών, όπως ο *Hartmann (1949)* ότι ένα γνώρισμα ενός ισχυρού Εγώ είναι η ικανότητα να ουδετεροποιεί μεγάλη ποσότητα επιθετικότητας, υποθέτουμε ότι η συχνή

έκφραση του θυμού από ένα αποφευκτικό ασθενή αντανακλά μια πιο πρώιμη οργάνωση προσωπικότητας, όπως η οριακή, που διακρίνεται από ένα σχετικά αδύναμο Εγώ.

Ο Kernberg (1967,1975) σκιαγράφησε αναλυτικά τον χαρακτήρα των οριακών ασθενών από ψυχαναλυτική σκοπιά. Επινόησε τον όρο «οριακή οργάνωση της προσωπικότητας» για να περιγράψει την ψυχοπαθολογία μιας ευρείας γκάμας διαταραχών προσωπικότητας που εμφανίζουν οριακά χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ, πρώιμοι αμυντικοί μηχανισμοί με κυρίαρχες τη σχάση και την προβλητική ταύτιση, μετατόπιση προς αρχαϊκές διεργασίες σκέψης και παθολογικές εσωτερικευμένες αντικειμενοτρόπες σχέσεις.

Γενικά, οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από μεγάλη ετερογένεια στη συμπτωματολογία τους. Οι Grinker et al (1968) στην εργασία τους με ψυχοδυναμικό υπόβαθρο υποστήριξαν ότι υπήρχαν διάφορες υποκατηγορίες του οριακού συνδρόμου που συγκροτούσαν ένα φάσμα. Περιέγραψαν 4 υποκατηγορίες οριακών ασθενών:

Τύπος 1: Ψυχωτικό άκρο

Τύπος 2: Τυπικό Οριακό Σύνδρομο

Τύπος 3: Ομάδα «ως-εάν» και

Τύπος 4: Νευρωτικό άκρο.

Ο αναλυτής Meissner (1984,1988) ταξινομήσε τις οριακές καταστάσεις διαφορετικά από τους Grinker et al, αλλά επεσήμανε ότι υπήρχαν σαφείς περιγραφικές ομαδοποιήσεις μέσα στο φάσμα και συγκεκριμένα ένα υστερικό συνεχές και ένα σχιζοειδές συνεχές.

Στο υστερικό συνεχές εντάσσονται:

α) Οι ασθενείς που παρουσιάζουν «ψευδο-σχιζοφρένεια» δηλαδή με συμπτώματα ψυχωτικού τύπου αλλά λιγότερο έντονα από τη σχιζοφρένεια.

β) Οι ασθενείς που εύκολα παλινδρομούν και παρουσιάζουν παροδικά ψυχωτικά επεισόδια, σε στρεσογόνες συνθήκες.

γ) Οι κλασικοί οριακοί ασθενείς και οι υστερικοί ασθενείς με πολύ

ανώριμη προσωπικότητα.

Το σχιζοειδές συνεχές περιλαμβάνει:

α) Τους ασθενείς με σχιζοειδή διαταραχή προσωπικότητας.

β) Τους ασθενείς με την οργάνωση προσωπικότητας του «ψευδούς-εαυτού» όπως π.χ. οι ναρκισσιστικοί ασθενείς και

γ) Την ομάδα των «ως-εάν» ασθενών όπως περιγράφηκαν από την *Deutch (1942)*.

Επίσης ο *Meissner* συμπεριέλαβε στο οριακό φάσμα και τους ασθενείς που εμφανίζουν «διάχυση ταυτότητας» - ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον *Erikson(1956)*.

Την τελευταία εικοσιπενταετία έχουν γίνει αρκετές κλινικές και θεωρητικές μελέτες για την κατανόηση της ετερογένειας των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, προκειμένου να εντοπισθούν οι υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής, με απώτερο στόχο να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της διάγνωσης αλλά και της θεραπείας αυτών των ασθενών. Ορισμένοι από τους ερευνητές διαχωρίζουν τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας σε διάφορες υποκατηγορίες, χρησιμοποιώντας ως γνώμονα και την έκφραση του θυμού/επιθετικότητας (*Hallquist 2012, Salzer 2013*) αλλά και την τάση αποφυγής των στενών διαπροσωπικών σχέσεων (*Critchfield 2008, Salzer 2013*).

Σκοπός, μεθοδολογία και χρησιμότητα της μελέτης

Ο πρώτος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει αν και κατά πόσο και σε ποιους τύπους ασθενών, συνδέεται η αποφυγή των στενών σχέσεων με την έτερο-επιθετικότητα, στα πλαίσια μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας.

Ο δεύτερος σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει αν τα άτομα που αποφεύγουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και εκφράζουν συχνά τον θυμό τους προς τους άλλους, εμπίπτουν σε κάποιες από τις υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής προσωπικότητας βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια εννοιολογική μελέτη της σχέσης μεταξύ της αποφυγής των διαπροσωπικών σχέσεων και της έτερο-

επιθετικότητας, βάσει της ψυχαναλυτικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιώντας σύντομο κλινικό υλικό από την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ενός ασθενή με αποφευκτική συμπεριφορά και οριακή οργάνωση προσωπικότητας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των εννοιών του θυμού και της έτερο-επιθετικότητας έχει στηριχθεί στην ψυχαναλυτική θεωρία. Για τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας, που συνδέεται με την αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων έχουν χρησιμοποιηθεί σχετικά ψυχαναλυτικά άρθρα καθώς και ψυχαναλυτικά και ψυχιατρικά βιβλία.

Η διερεύνηση των υποκατηγοριών της οριακής διαταραχής προσωπικότητας είναι αποτέλεσμα πρόσφατων κυρίως εμπειρικών, ποσοτικών μελετών. Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν σ' αυτές τις μελέτες και είχαν ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση έλαβαν ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Μια από τις εμπειρικές μελέτες στηρίζεται στη σύγκριση οριακών ασθενών ως προς παραμέτρους, οι οποίες βασίζονται στην ψυχαναλυτική θεωρία.

Η παρούσα μελέτη πιστεύουμε ότι παρουσιάζει ερευνητικό ενδιαφέρον για τους εξής λόγους.

α) Οι αποφευκτικοί ασθενείς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας , όπως και γενικότερα οι αποφευκτικοί ασθενείς έχουν μελετηθεί ελάχιστα στην ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ψυχοδυναμικού τύπου, πιθανόν λόγω της τάσης τους να αποφεύγουν να ζητήσουν ψυχοθεραπευτική βοήθεια ή να διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία τους, και

β) Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει για τον προσδιορισμό των υποκατηγοριών της οριακής διαταραχής προσωπικότητας έχουν εστιασθεί σε μεμονωμένους παράγοντες, όπως π.χ. την επιθετικότητα των οριακών ασθενών. Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εξετάσει δυο παράγοντες, που είναι η αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων και η εκδήλωση του θυμού/έτερο-επιθετικότητας καθώς και τη σχέση ανάμεσα σε αυτούς τους δυο παράγοντες.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Το απόφθεγμα του *Sigmund Freud* ότι η ψυχική υγεία συνδέεται με την ικανότητα για αγάπη και την ικανότητα για εργασία, δείχνει πόσο σημαντικές είναι οι στενές διαπροσωπικές σχέσεις για την ψυχική υγεία του ανθρώπου.

Ο *Fairbairn(1944)* περιγράφοντας το τελικό στάδιο της συναισθηματικής ανάπτυξης, την «ώριμη εξάρτηση», επιβεβαιώνει την πεποίθηση του ότι ο άνθρωπος δεν είναι ολοκληρωμένος χωρίς ικανοποιητικές προσωπικές σχέσεις. Επιπλέον, υπάρχουν πολλά ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν ότι οι καλές κοινωνικές σχέσεις δεν είναι απαραίτητες μόνο για την ψυχική υγεία, αλλά και τη σωματική υγεία. Γνωρίζουμε, από μελέτες στην κοινωνική ψυχονευροανοσολογία, ότι όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης έχουν σημαντική μείωση της ανθεκτικότητας του οργανισμού στις ασθένειες (*Kieolt-Glaser et al, 1999*).

Οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές συνδέονται με προβληματικές αντικειμενοτρόπες σχέσεις, αλλά ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό τους είτε την αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων, όπως είναι η σχιζοειδής και η αποφευκτική διαταραχή, ή τις συχνές αιφνίδιες ριζικές αλλαγές που συνήθως οδηγούν σ' ένα γρήγορο και απότομο τέλος τις στενές σχέσεις, όπως είναι η ναρκισσιστική και οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

1.1. Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

Από ψυχοδυναμικής απόψεως, η ονομασία «σχιζοειδής» αντανακλά τη διάσπαση του εαυτού σε διαφορετικές αναπαραστάσεις του εαυτού, που παραμένουν μη-ενοποιημένες και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μια διάχυτη ταυτότητα.

Οι σχιζοειδείς ασθενείς δεν είναι σίγουροι για το ποιοι είναι και νιώθουν να κατακλύζονται από ιδιαίτερα συγκρουσιακές σκέψεις, συναισθήματα και ορμές. Αυτή η διάχυση της ταυτότητας καθιστά πολύ προβληματική τη δυνατότητα τους να σχετίζονται με τους άλλους (Gabbard, 2006). Ένα κύριο διαγνωστικό κριτήριο της σχιζοειδούς διαταραχής-κατά DSM-IV- είναι η έλλειψη επιθυμίας και η έλλειψη απόλαυσης για τις στενές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων και των οικογενειακών σχέσεων.

Οι ψυχαναλυτές, οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει σχιζοειδείς ασθενείς, έχουν παρατηρήσει ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν συναισθήματα για τ' άλλα άτομα, αλλά παραμένουν καθηλωμένοι σε μια πρώιμη φάση του σχετίζεσθαι (Lawner, 1985).

Σύμφωνα με τον Fairbairn (1954) η απόσυρση του σχιζοειδούς ασθενούς αποτελεί μια άμυνα απέναντι στη σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας του ασθενούς να συνάψει σχέση και του φόβου του, ότι η σχέση μπορεί να είναι επιζήμια για τον άλλον. Ο σχηματισμός αυτής της άμυνας οφείλεται στις τραυματικές εμπειρίες του βρέφους με τη μητέρα του, όταν την εκλαμβάνει ως απορριπτική προς αυτό. Η επώδυνη κατάσταση που βιώνει το βρέφος μετά την απόσυρση του, το οδηγεί κατά τον Fairbairn (1954), στο αντίθετο άκρο, δηλ. σε μια ακόρεστη ανάγκη για τη συνεχή παρουσία της μητέρας του και στη συνέχεια στο φόβο, ότι αυτή η λαιμαργία του θα καταβροχθίσει τη μητέρα.

Ο Fairbairn (1954), επίσης υποστήριξε ότι το βρέφος αντιμετωπίζει το δίλημμα ανάμεσα στο να χάσει τη μητέρα του (καταβροχθίζοντάς την) και στο να βρίσκεται κοντά σε μια επικίνδυνη μητέρα, γιατί προβάλλει τη λαιμαργία του επάνω της.

Ο σχιζοειδής ασθενής αντιμετωπίζει αυτό το δίλημμα σ' όλες τις σχέσεις του στην ενήλικη ζωή, επομένως, φοβάται να εισπράξει ενδιαφέρον ή αγάπη από άλλα άτομα, γιατί αυτό μπορεί να τον κάνει να νιώσει μια έντονη επιθυμία για τη

συνεχή παρουσία των άλλων δίπλα του και αυτή η προοπτική του φόβου, θα τον οδηγήσει να χάσει τη δική του ταυτότητα και να καταστρέψει τους άλλους.

1.2 Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Η διαγνωστική κατηγορία της αποφευκτικής διαταραχής δημιουργήθηκε σε μια προσπάθεια να περιγραφεί μια ομάδα κοινωνικά απομονωμένων ατόμων, διαφορετικών από τους σχιζοειδείς ασθενείς. Αντίθετα από τους σχιζοειδείς, οι αποφευκτικοί ασθενείς επιθυμούν έντονα την ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων αλλά ταυτόχρονα τις φοβούνται. Η εντύπωση που δίνουν στον περίγυρο τους δεν αποκαλύπτει την επιθυμία τους για κοινωνικές σχέσεις, καθώς έχουν την τάση να είναι ντροπαλοί και να μένουν στην αφάνεια.

Ενώ αρχικά, οι ψυχαναλυτικές θεωρίες είχαν εντάξει τους σχιζοειδείς και αποφευκτικούς ασθενείς στην ίδια κατηγορία, στην συνέχεια τα κριτήρια του DSM-IV συνέδεσαν την αποφευκτική διαταραχή περισσότερο με την παραδοσιακή στην ψυχανάλυση έννοια της φοβικής προσωπικότητας, όπως περιγράφηκε από τον *Fenichel (1945)*. Ενώ η αποφευκτική διαταραχή θεωρείται ως μια νεύρωση του χαρακτήρα, η σχιζοειδής διαταραχή φαίνεται να βασίζεται σε μια πιο πρόιμη οργάνωση προσωπικότητας, την οποία μερικοί ερευνητές (*Alkhtar 1986, Kernberg 1975, Meissner 1988*) συνέδεσαν με το οριακό φάσμα.

Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι ο αποφευκτικός ασθενής αποφεύγει τις στενές σχέσεις γιατί φοβάται την ταπείνωση που συνοδεύει την αποτυχία αλλά και τον φόβο της απόρριψης (*Gabbard, 2006*).

Αναλυτές όπως η *Lewis(1987)*, υποστηρίζουν ότι η ντροπή που μπορεί να νιώθει κανείς για τον εαυτό του, συνδέεται με τη νευρικότητα, που αισθάνεται σχετικά με την αξιολόγηση του από τους άλλους και η εμπειρία του άγχους σε κοινωνικές ή διαπροσωπικές επαφές μπορεί στη συνέχεια να προκαλεί την αντίδραση της κοινωνικής αποφυγής.

Οι θεωρητικοί με ψυχοδυναμική κατεύθυνση βλέπουν την αποφευκτική συμπεριφορά αυτών των ασθενών, σαν αποτέλεσμα της ντροπής που νιώθουν για το ότι δεν ανταποκρίνονται στο Ιδεώδες του Εγώ. Η αποφευκτική προσωπικότητα έχει ένα πολύ ανεπτυγμένο ιδεώδες του Εγώ με υψηλές

φιλοδοξίες, που συνοδεύεται από ένα έντονα τιμωρητικό Υπερεγώ, που αδιάκοπα βρίσκει σφάλματα και απορρίπτει κάθε συμπεριφορά του ασθενούς.

Υποσημείωση: Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Οι ψυχαναλυτές ανιχνεύουν την υπερβολική ντροπή στα πρώτα παιδικά χρόνια, όταν οι γονείς δεν ανταποκρίνονται με ενσυναίσθηση και τη δέουσα προσοχή που κάνει το παιδί να δείξει τις ικανότητές του. «Η αίσθηση που έχει το παιδί ότι δεν επιβεβαιώνεται ή δεν υποστηρίζεται στις προσπάθειες του το κάνει να νιώθει ότι ο κόσμος δεν ανταποκρίνεται καθόλου προς αυτό. Το να έχει αυτή την έλλειψη υποστήριξης και ανταπόκρισης, είναι από μόνο του μια «πηγή ντροπής» σύμφωνα με τον *Morrison (1989)*.

Υποσημείωση: Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Σύμφωνα με τον *Nathanson (1987)*, η ντροπή που νιώθουν οι αποφευκτικοί ασθενείς δεν απορρέει από τραυματικές εμπειρίες σ' ένα συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο, αλλά προέρχεται από πολλές διαφορετικές αναπτυξιακές εμπειρίες. Η αρχική αναπτυξιακή εμπειρία που συνδέεται με την ντροπή, είναι περίπου στην ηλικία των 8 μηνών, όταν το παιδί εμφανίζει το άγχος των ξένων (*Broucek, 1982*). Η ντροπή επίσης συνδέεται με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο προκύπτουν τα προβλήματα της εκπαίδευσης στην αφόδευση και άρνηση με την εσωτερίκευση των γονεϊκών επιπλήξεων και στην ηλικία των δυο ετών, που το παιδί μπορεί να δεχθεί επιπλήξεις αν το δουν οι γονείς του γυμνό να παίζει. Αυτές οι πρώιμες εμπειρίες ντροπής μπορεί να έρθουν ξανά στην επιφάνεια στον ενήλικα αποφευκτικό ασθενή, στις επαφές του με σημαντικούς άλλους.

Ο φόβος της απόρριψης από τους γονείς ή τους συνομηλίκους, μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο να υιοθετήσει μια υπερευαίσθησία στην απόρριψη και την

τάση να αντιλαμβάνεται λανθασμένα τις ουδέτερες ή ακόμα και τις θετικές αντιδράσεις των άλλων ως αρνητικές, κάτι που το κάνει να περιορίσει τις κοινωνικές επαφές και γενικά να αποφεύγει να βρεθεί σε καταστάσεις, όπου πιστεύει ότι ελλοχεύει ο κίνδυνος να αποτύχει και να απορριφθεί.

1.3. Οριακή διαταραχή προσωπικότητας

Ένα κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας είναι ο υπερβολικός τους φόβος, ότι μπορεί να εγκαταλειφθούν από τους σημαντικούς άλλους. Προκειμένου να αποφύγουν την πιθανότητα μιας τέτοιας εγκατάλειψης, επιδιώκουν την αποκλειστικότητα και την προσκόλληση σε μια στενή σχέση. Η απαιτητικότητα όμως με την οποία διεκδικούν τον άλλον, συνήθως τον κατακλύζει και τον απομακρύνει από τον οριακό ασθενή

Η θεωρία του «πυρηνικού συμπλέγματος (Glasser, 1966), εξηγεί τον τρόπο που λειτουργεί συναισθηματικά ο οριακός ασθενής, όταν έρχεται κοντά μ' ένα άλλο πρόσωπο. Σύμφωνα με τον (Glasser, 1966), στις σχέσεις του οριακού με το αντικείμενο κυριαρχεί ένα διπλό άγχος. Από τη μια πλευρά ο οριακός ασθενής ανησυχεί ότι θα χάσει την ταυτότητα του εξαιτίας της αρχέγονης φαντασίωσης συγχώνευσης με το αντικείμενο, ενώ από την άλλη πλευρά αγχώνεται υπερβολικά σε σημείο πανικού, μήπως εγκαταλειφθεί ανά πάσα στιγμή. Το βίωμα αυτό του διπλού άγχους μπορεί να δημιουργήσει έντονο θυμό, μέχρι και μίσος για το σημαντικό άλλο.

Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζουν τέτοια αστάθεια στις σχέσεις τους, που έχουν περιγραφεί ως «άτομα που αγαπούν υπερβολικά αυτούς που σύντομα θα μισήσουν»(Kaplan, 1989).

Ο Kernberg (1967,1975) σκιαγράφησε αναλυτικά το χαρακτήρα των οριακών ασθενών από ψυχαναλυτική σκοπιά. Επινόησε τον όρο «οριακή οργάνωση της προσωπικότητας» για να περιγράψει την ψυχοπαθολογία μιας ευρείας γκάμας διαταραχών προσωπικότητας, που εμφανίζουν οριακά χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ, πρώιμοι αμυντικοί μηχανισμοί με κυρίαρχες τη σχάση και την προβλητική ταύτιση, μετατόπιση προς αρχαϊκές διεργασίες σκέψης και παθολογικές εσωτερικευμένες αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Κατά τον Kernberg,

οι ασθενείς με αντικοινωνική ναρκισσιστική, σχιζοειδή, παρανοειδή, παιδικόμορφη και κυκλοθυμική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από μια υποκείμενη οριακή οργάνωση.

Ο *Kernberg (1975)* τοποθετεί τις ρίζες της ψυχοπαθολογίας των οριακών ασθενών στην παιδική ηλικία και πιο συγκεκριμένα στην υποφάση της «επαναπροσέγγισης», που η *Mahler (1975)* ονόμασε «αποχωρισμό-εξατομίκευση». Θεωρεί ότι ο οριακός ασθενής ζει επανειλημμένα την αναπτυξιακή κρίση που αντιμετώπισε ως νήπιο σ' αυτή τη φάση.

Σύμφωνα με τον *Kernberg (1975)*, ο λόγος που ο οριακός ασθενής έχει καθηλωθεί στην υποφάση της «επαναπροσέγγισης», έχει να κάνει με μια διαταραχή της συναισθηματικής διαθεσιμότητας της μητέρας, που μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα με το ρόλο της ως γονέα ή σε μια ιδιοσυστασιακή επιθετικότητα ή και στα δυο. Μια σημαντική συνιστώσα αυτής της καθήλωσης είναι η αδυναμία του οριακού ασθενή στην παιδική ηλικία να ενοποιήσει την καλή και κακή εικόνα του εαυτού του και της μητέρας του, εξαιτίας του κυρίαρχου αμυντικού μηχανισμού των οριακών τηςσχάσης. Ενώ τα υγιή ψυχολογικά παιδιά έχουν πετύχει μια ικανοποιητική σταθερότητα του αντικειμένου στην ηλικία των τριών ετών, τα παιδιά που τείνουν προς την οριακότητα βλέπουν τον εαυτό τους και τη μητέρα τους να εναλλάσσονται ανάμεσα στο να είναι ολοκληρωτικά καλοί και ολοκληρωτικά κακοί.

Το παιδί που τείνει προς την οριακότητα έχει χαμηλή ανοχή στον αποχωρισμό από το μητρικό αντικείμενο, διότι δεν έχει εσωτερικεύσει μια «ολόκληρη» κατευναστική εικόνα της μητέρας του, το οποίο θα το στήριζε σε περιόδους απουσίας της. Έτσι σύμφωνα με τον *Kernberg (1966)*, το αποτέλεσμα της καθήλωσης στην υποφάση της «επαναπροσέγγισης» είναι η επικράτηση των αρνητικών ενδοβολών. Όταν οι αρνητικές ενδοβολές προβάλλονται προς τα έξω, ο οριακός ασθενής βρίσκεται στο έλεος των κακόβουλων διωκτών του, ενώ όταν επανενδοβάλλονται, τον κάνουν να νιώθει ανάξιος, οδηγώντας τον περιστασιακά σε αυτοκαταστροφικές εκδραματίσεις. Το γεγονός ότι οι οιδιπόδειες συγκρούσεις στους οριακούς ασθενείς παρουσιάζονται πιο ακατέργαστες και αρχέγονες, οφείλεται στα εμπόδια που θέτει η επιθετικότητα στο πέρασμα του οριακού στην οιδιπόδεια φάση (*Gabbard, 2006*).

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερο βάρος στη συχνή παρουσία έντονων τραυματικών γεγονότων στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας των ασθενών με

οριακή διαταραχή προσωπικότητας, όπως περιστατικά σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης που φαίνονται να έχουν παίξει ένα σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεση της οριακής διαταραχής (Kernberg, 1994).

Την τελευταία εικοσαετία επίσης έχουν γίνει αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχουν διάφορες υποκατηγορίες στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας που συγκροτούν ένα φάσμα. (Grinker et al 1968, Meissner 1984, 1988, Salzer et al 2013, Digre et al 2009, Sleuwaegen et al 2017). Μια από αυτές τις υποκατηγορίες, είναι αυτή του «ήσυχου» οριακού. «Η ψυχαναλύτρια Helen Deutsch(1942) περιέγραψε την «ως εάν» προσωπικότητα που δεν έχει ένα σταθερό εαυτό, προσκολλάται στους άλλους για να αποκρύψει την εσωτερική απονέκρωση και αντιδρά πολύ άσχημα στον χωρισμό. Στην πιο πρόσφατη ψυχαναλυτική βιβλιογραφία για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας οι Sherwood και Cohen(1994) έχουν ονομάσει αυτούς τους ασθενείς ήσυχους οριακούς» (Whewell et al, 2000) (Rossi et al, 2014).

Ενώ, ο κλασικός ασθενής με οριακή διαταραχή προσωπικότητας θυμώνει εύκολα, εξωτερικεύει την οργή του και εκδραματίζει (*acting-out*), ο «ήσυχος» ασθενής με οριακή διαταραχή δεν εκφράζει τα αρνητικά συναισθήματα του προς τα έξω, αλλά προς τα μέσα (προς τον εαυτό του) (*acting-in*), ώστε οι άλλοι να μην αντιλαμβάνονται το βαθμό στον οποίο νιώθει θυμό, πόνο, και απελπισία.

Αν εξετάσουμε συνολικά τις διαταραχές της προσωπικότητας που περιγράφηκαν άνωθεν, βλέπουμε ότι υπάρχει μια διαβάθμιση της βαρύτητας ως προς τη συμπτωματολογία που επηρεάζει τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Ως προς την επιθυμία και ανάγκη για οικειότητα στις σχέσεις, οι σχιζοειδείς ασθενείς, γενικά, φαίνονται να είναι οι περισσότερο διαταραγμένοι και οι οριακοί, οι λιγότερο. Όπως επεσήμανε ο ψυχαναλυτής Σταύρος Μέντζος (2005), «η διαρκής εναλλαγή μεταξύ θετικής και αρνητικής στάσης προς το αντικείμενο και προς τον εαυτό κάνει μεν τον ασθενή με οριακή διαταραχή προσωπικότητας να εμφανίζεται αλλοπρόσαλλος, όμως του δίνει και τη δυνατότητα να έχει συναισθηματικές σχέσεις -, αν και βέβαια, μόνο παροδικές. Και η διχοτόμηση στον ασθενή με οριακή διαταραχή προσωπικότητας είναι διαφορετική από ό,τι στις άλλες διαταραχές, διότι είναι μια εναλλασσόμενη διχοτόμηση, πράγμα που επιτρέπει στον ασθενή να τα έχει καλά, τότε με τον εαυτό του και τότε με τον άλλον».

Αν εξετάσουμε την κάθε διαταραχή ξεχωριστά, βάσει των ερευνητών,

βλέπουμε ότι υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια ανάμεσα στους ασθενείς κυρίως της αποφευκτικής διαταραχής και της οριακής διαταραχής.

Υπάρχει ένα ποσοστό αποφευκτικών ασθενών, στους οποίους ο φόβος της απόρριψης είναι τόσο μεγάλος, που τους κάνει να αποφεύγουν κάθε κοινωνική εμπλοκή, αλλά υπάρχει και ένα μεγάλο ποσοστό αποφευκτικών ασθενών, που αποφεύγουν μόνο τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά λειτουργούν σχετικά ικανοποιητικά στον επαγγελματικό στίβο και στις πιο επιφανειακές κοινωνικές σχέσεις.

Μια άλλη υποκατηγορία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, είναι ο οριακός καταθλιπτικός ασθενής που έχει μελετηθεί, ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά και την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση από τον Βασλαματζή (1995). Όπως αναφέρει ο Βασλαματζής στη μελέτη του, οι οριακοί καταθλιπτικοί ασθενείς, παρουσιάζουν χρόνια ή παροδικά καταθλιπτικά συμπτώματα στο έδαφος μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας και ταιριάζουν σε δυο από τις υποκατηγορίες του οριακού φάσματος του (*Grinker, 1968*): στην ομάδα του τύπου (IV) που βρίσκεται στο «Νευρωτικό άκρο» του φάσματος και στην ομάδα τύπου III «ως –εάν», η οποία χαρακτηρίζεται από μια πιο προσαρμοστική συμπεριφορά, έλλειψη συναισθήματος και σχέσεις που στερούνται αυθορμητισμού και γνησιότητας.

Σύμφωνα με τον Βασλαματζή (1995) «οι ψυχικές δομές των οριακών καταθλιπτικών έχουν επιτύχει ένα βαθμό διαφοροποίησης και το Υπερεγώ τους είναι σχετικά καλά ανεπτυγμένο σ' ένα υψηλό επίπεδο απαρτίωσης».

Αυτά τα χαρακτηριστικά επιτρέπουν στον οριακό καταθλιπτικό ασθενή στην πορεία της θεραπείας, να προχωρήσει σε μια φάση που φαίνεται να αντιστοιχεί στην «καταθλιπτική θέση» της *M. Klein* (1946). Σ' αυτή τη νέα θεραπευτική φάση δεν κυριαρχούν οι πρωτόγονες άμυνες της σχάσης, της εξιδανίκευσης και της προβλητικής ταύτισης και ο ασθενής δεν αντιδρά με επιθετικότητα στις ερμηνείες του θεραπευτή, όπως συνέβαινε στην αρχή της θεραπείας. Σ' αυτή την «καταθλιπτική κατάσταση», όπως τονίζει ο Βασλαματζής (1995), ο ασθενής «λειτουργεί σε ένα συμβολικό επίπεδο, νιώθει ενοχές, έχει την ανάγκη επανόρθωσης καθώς και έχει πιο οργανωμένες λειτουργίες εκτός της θεραπείας.

Επομένως βλέπουμε, ότι η κοινωνική λειτουργικότητα του οριακού καταθλιπτικού σε μια προχωρημένη φάση της θεραπείας του, υπερέρχει κατά πολύ της λειτουργικότητας του κλασσικού οριακού, του σχιζοειδούς οριακού

και του αντικοινωνικού. Ένας παράγοντας που επηρεάζει την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών με διαταραχή προσωπικότητας είναι ο τρόπος που διαχειρίζονται και ο βαθμός που εξωτερικεύουν το θυμό και την επιθετικότητα τους. Η έτερο-επιθετικότητα π.χ. του κλασσικού ασθενούς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, είναι φυσικό να τον κάνει λιγότερο ανεκτό στο περιβάλλον του συγκριτικά με τον «ήσυχο» οριακό.

Επίσης όσον αφορά τον οριακό καταθλιπτικό ασθενή του οποίου η επιθετικότητα εμφανίζεται απέναντι και στον θεραπευτή αλλά και σε σημαντικούς άλλους, όταν κυριαρχούν οι μηχανισμοί της σχάσης και της προβλητικής ταύτισης υποχωρεί, όταν ο ασθενής αναπτύσσει «μια νέα καταθλιπτική αντίδραση και λειτουργία» (Γ. Βασλαματζής 1995), βελτιώνοντας παράλληλα και την κοινωνική του λειτουργικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΤΗΣ ΕΤΕΡΟ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο πρώτος ψυχαναλυτής που εισήγαγε την έννοια της επιθετικής ενόρμησης ήταν ο *Alfred Adler*. Σύμφωνα με την αρχική του θεώρηση, η επιθετικότητα είναι μια έμφυτη ενστικτώδης ενόρμηση που ελέγχει την κινητική λειτουργία και τη συνείδηση (*Adler, 1907*). Στην μετέπειτα εξέλιξη της θεωρίας του, ο *Adler* είδε την επιθετικότητα ως μια ενόρμηση που αποζημιώνει το άτομο για τα αισθήματα κατωτερότητας και στην τελική διαμόρφωση της θεωρίας, ο *Adler* είδε την επιθετικότητα ως το μέσο που επιτρέπει στον άνθρωπο να βελτιώσει τον εαυτό του και να εξελιχθεί (*Adler 1956, 1964*).

Ο *Freud* στην αρχική του θεωρία των ενστίκτων (*Freud, 1905*) «είδε την επιθετικότητα ως συστατικό του σεξουαλικού ενστίκτου, που χρησιμοποιείται για την κυριαρχία (υπεροχή). Αργότερα (*Freud, 1915 a, b*) θεώρησε την επιθετικότητα ως μια αντίδραση σε εσωτερικές και εξωτερικές απειλές, όπως η απώλεια, και ως μέσο στην υπηρεσία της επιβίωσης» (*Yakeley et al, 2012*). Με την εισαγωγή της έννοιας του ενστίκτου του θανάτου στο έργο του «*Beyond the Pleasure Principle*» (*Freud, 1920*), ο *Freud* θεώρησε την επιθετικότητα ως μια έκφραση αυτού του καταστροφικού ενστίκτου, που στρέφεται και προς τον εαυτό αλλά και προς τους άλλους.

Οι μεταφροϋδικοί ψυχαναλυτές που διαφώνησαν με την θεωρία του *Freud* για την επιθετικότητα, δέχτηκαν την άποψή του περί βιολογικής προέλευσης της επιθετικότητας, αλλά υποστήριξαν ότι η επιθετικότητα είναι μια δευτερεύουσα αντίδραση του ατόμου, όταν ματαιώνονται οι βασικές του ανάγκες του σχετίζεσθαι. Ένας βασικός υποστηρικτής αυτής της θεώρησης είναι ο *Fairbairn* (1954), που υποστήριξε ότι η επιθετικότητα είναι δευτερεύουσα στην αναπόφευκτη ματαίωση που βιώνει το βρέφος από τη σχέση του με τη μητέρα.

Η κατανόηση της ετεροεπιθετικότητας εμποδίστηκε σε μεγάλο βαθμό από την πόλωση των απόψεων των διαφόρων αναλυτών στην μεταφροϋδική περίοδο, κυρίως, ως προς την ύπαρξη του ενστίκτου του θανάτου.

Η *Melanie Klein* (1946) θεωρούσε την επιθετικότητα ενστικτώδη και πρωτίστως καταστροφική. Ήταν η πρώτη που επεσήμανε το γεγονός ότι ακόμα

και ένα βρέφος μπορεί να νιώθει εχθρότητα και επιθετικότητα για την μητέρα του. Επιπλέον πίστευε, ότι το μητρικό στήθος δεν είναι μόνο αντικείμενο αγάπης αλλά είναι και αντικείμενο μίσους, εφ' όσον το βρέφος μπορεί να εισπράξει ματαίωση από αυτό, εκτός από τροφή.

Όταν, σύμφωνα με την *Klein*, το βρέφος προβάλλει στη μητέρα τη δική του εχθρότητα, αναμένει και φοβάται ότι θα δεχθεί επιθετικότητα από το εξωτερικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να τρομάζει εύκολα και να οργίζεται – στη διάρκεια της αναπτυξιακής φάσης που η *Klein* ονόμασε «παρanoiική». Στην επόμενη αναπτυξιακή φάση που η *Klein* ονόμασε «καταθλιπτική», το βρέφος είναι σε θέση να αναγνωρίσει ότι η μητέρα είναι και «καλή» και «κακή», που σημαίνει ότι δεν μπορεί να επιτεθεί στην «κακή» μητέρα χωρίς συγχρόνως να καταστρέψει την «καλή», μια αναγνώριση πολύ σημαντική για την υγιή ψυχική ανάπτυξη του παιδιού.

«Ο *Winnicott* (1971) αντίθετα απέρριψε την ύπαρξη του ενστίκτου του θανάτου και έκανε την διάκριση, ανάμεσα στην φυσιολογική έτερο-επιθετικότητα, που τη θεώρησε ουσιώδη για την εξατομίκευση και ανεξαρτητοποίηση του παιδιού από τους γονείς του και στην παθολογική έτερο-επιθετικότητα» (*Yakeley & Meloy* 2012) που προκύπτει ως αντίδραση σε πρώιμα τραύματα αποστέρησης της μητρικής αγάπης.

Ο *Winnicott* υποστήριξε ότι η ενστικτώδης ανάγκη για τη δημιουργία σχέσης με το αντικείμενο αντικαθιστά την επιθετική ενόρμηση. Επίσης ερμήνευσε την αντικοινωνική συμπεριφορά νεαρών ατόμων ως μια προσπάθεια για επανάκτηση του απολεσθέντος αντικειμένου. Αντίθετα με τον *Winnicott*, ο *Hartmann* και οι άλλοι εκπρόσωποι της σχολής της ψυχολογίας του Εγώ, το 1949, συμφώνησαν με την *Klein* ως προς την ενστικτώδη φύση της επιθετικότητας, αλλά απέρριψαν, όπως ο *Winnicott*, την ύπαρξη του ενστίκτου του θανάτου.

Οι *Hartmann, Kris & Lowenstein* (1949) έκαναν τη διάκριση ανάμεσα στην «προσαρμοστική έτερο-επιθετικότητα» και στην «καταστροφική ή επικίνδυνη έτερο-επιθετικότητα». Επίσης πρότειναν ότι «η ικανότητα για ουδετεροποίηση μεγάλης ποσότητας επιθετικότητας είναι από τα κριτήρια της ισχύος του Εγώ». Η εσωτερική επιθετικότητα είναι μια απαραίτητη συνθήκη για το σχηματισμό του Υπερεγώ. Αφού σχηματιστεί το υπερεγώ, η τροποποιημένη επιθετικότητα χρησιμοποιείται από το Υπερεγώ σε σχέση με το Εγώ. Η

ουδετεροποιημένη επιθετική ενέργεια τροφοδοτεί το Εγώ και το Υπερεγώ με κινητική ενέργεια για δράση. Όπως υποστηρίζουν οι *Hartmann et al* (1949) η επίδραση της επιθετικότητας μπορεί να τροποποιηθεί από τέσσερις αλληλοεξαρτώμενες διαδικασίες: α) τη μετάθεση της επιθετικότητας σε άλλα αντικείμενα, β) τον περιορισμό των στόχων της επιθετικής ενόρμησης, γ) τη μετουσίωση της επιθετικής ενέργειας και δ) την επίδραση της *libido*, όταν η επιθετική και λιβινιδική ενόρμηση κατευθύνονται προς το ίδιο αντικείμενο.

Μια σημαντική συνεισφορά στην ψυχαναλυτική κατανόηση της έτερο-επιθετικότητας είναι η θεωρία του «πυρηνικού συμπλέγματος» του *Glasser* (1996). Ο *Glasser*, όπως και ο *Winnicott* (1971) μια γενιά νωρίτερα, θεώρησε τη σχέση με το μητρικό αντικείμενο βασική για την γένεση της έτερο-επιθετικότητας. Περιέγραψε μια συγκεκριμένη ακολουθία συναισθημάτων, σκέψεων και πράξεων που ονόμασε «πυρηνικό σύμπλεγμα».

Σύμφωνα με τον *Glasser* (1966,) όταν το παιδί ανεξαρτοποιείται ψυχολογικά από τη μητέρα, έρχεται αντιμέτωπο με το εξής δίλημμα: αν πραγματοποιήσει την επιθυμία του για συγχώνευση – για μια «μακάρια ένωση» -με το μητρικό αντικείμενο, κινδυνεύει από τη μόνιμη απώλεια της ατομικότητάς του και τον ψυχικό αφανισμό του. Αν απομακρυνθεί από τη μητέρα, διατρέχει τον κίνδυνο να νιώσει εγκατάλειψη, μοναξιά και κατάθλιψη. Ο φόβος του παιδιού για την απώλεια της ατομικότητάς του, του προκαλεί κατά τον *Glasser* (1966) έντονη επιθετικότητα απέναντι στη μητέρα μαζί με άγχος: επιθετικότητα γιατί εκλαμβάνει τη μητέρα ως απειλή και άγχος γιατί αν εκδηλώσει την επιθετικότητα που νιώθει, κινδυνεύει να καταστρέψει και να χάσει τη μητέρα του. Με τη θεωρία του «πυρηνικού συμπλέγματος» εξηγεί ο *Glasser* (1966) την ύπαρξη της αμυντικής ετεροεπιθετικότητας. Σύμφωνα με τον *Glasser* (1966) πολλά βίαια άτομα οδηγούνται σε βίαιες αντιδράσεις στις σχέσεις τους, εξαιτίας του βιώματος του «πυρηνικού συμπλέγματος» και του άγχους που αυτό δημιουργεί.

Στην περίπτωση του σαδισμού, η επιθυμία για καταστροφή του αντικειμένου μετατρέπεται σε επιθυμία για έλεγχο και πρόκληση πόνου στο αντικείμενο» (*Yakeley & Meloy* 2012).

Άλλοι ψυχαναλυτές δεν έχουν επικεντρωθεί στον ρόλο του μητρικού αντικειμένου στη γένεση της έτερο-επιθετικότητας, αλλά έχουν τονίσει τον ρόλο του πατέρα, που θεωρούν ότι σχετίζεται με τα ελλείμματα στον σχηματισμό του

Υπερεγώ στους βίαιους και αντικοινωνικούς ασθενείς.

Ο *Freud (1916)* υποστήριξε ότι οι αντικοινωνικοί ασθενείς ωθούνται στις βίαιες πράξεις τους για να ανακουφιστούν από προ-υπάρχουσες ασυνείδητες ενοχές για τις αιμομικτικές φαντασιώσεις, που συνδέονται με τις οιδιπόδειες επιθυμίες. «Ο *Glasser (1978)* βασιζόμενος στην θεωρία του *Freud (1923)* και άλλων αναλυτών όπως η *Lampl-de Groot (1947)*, διέκρινε το Υπερεγώ σε δυο είδη:

- I. Το Υπερεγώ ως συνείδηση, που παρέχει ηθικούς περιορισμούς, όρια και απαγορεύσεις και
- II. Το Υπερεγώ ως ιδανικό Εγώ, που καθορίζει τα ιδανικά, τα στάνταρ και τους στόχους της συμπεριφοράς, στα οποία, αν το άτομο αποτύχει, του δημιουργούνται αισθήματα ντροπής και κατωτερότητας.

Υπερεγώ ως συνείδηση χρησιμοποιείται για να δικαιολογήσει την κοινωνικά αποδεκτή βία όπως π.χ. στον πόλεμο. Στους αντικοινωνικούς ασθενείς τα ιδανικά του Υπερεγώ ως ιδανικού Εγώ έχουν αποκτήσει μια διαστρεφική ποιότητα, έτσι ώστε οι βίαιες πράξεις να θεωρούνται ευχάριστες και η άσκηση της βίας να έχει μια θετική αξία όπως π.χ. όταν ο αντικοινωνικός ασθενής νιώθει υπερήφανος, όταν αποκτά δεξιότητες που καθιστούν πιο αποτελεσματική την άσκηση της βίας (*Yakeley & Meloy 2012*).

Άλλοι ψυχαναλυτές, όπως ο *Britton (1992)* και η *Segal (1978)* έχουν τονίσει τη συμβολή του πατέρα στην ανάπτυξη της έτερο-επιθετικότητας μέσα από τον ρόλο του ως «τρίτο αντικείμενο». Ο πατέρας ως το τρίτο αντικείμενο ενεργεί ως ένα ενδιάμεσο αντικείμενο διαρρηγνύοντας τη δυνητική παθολογική συμβίωση και συγχώνευση ανάμεσα στο παιδί και το μητρικό αντικείμενο.

Η ύπαρξη του τρίτου αντικειμένου θεωρείται ως απαραίτητη για την ανάπτυξη της σκέψης, την ικανότητα για συμβολισμό και την ψυχοποίηση, η έλλειψη των οποίων προδιαθέτει σε βίαιες συμπεριφορές. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλά βίαια αντικοινωνικά άτομα είχαν πατέρα κυριολεκτικά ή συναισθηματικά απόντα ή κακοποιητικό, με αποτέλεσμα την έλλειψη ενός επαρκούς εσωτερικευμένου πατρικού αντικειμένου ή μιας θετικής ταύτισης με το πατρικό πρότυπο (*Greenson 1968, Meloy 1966*).

Ένας κύριος προβληματισμός των ερευνητών της έτερο-επιθετικότητας από ψυχαναλυτική σκοπιά, είναι τότε η έτερο-επιθετικότητα εκφράζεται άμεσα, δηλ. γίνεται πράξη και τότε εκφράζεται συμβολικά και έμμεσα ή παραμένει ως

φαντασίωση.

Η θεωρία των ορίων του Εγώ, η οποία έχει προταθεί από τους *Kutash (1978)* & *Hartmann, E et al (2001)* έρχεται να δώσει απάντηση σ' αυτό το ερώτημα. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ένα κύριο στοιχείο όλων των λειτουργιών του Εγώ είναι η παρουσία δυο ορίων: του εξωτερικού ορίου, που ξεχωρίζει το Εγώ από τον εξωτερικό κόσμο και το εσωτερικό όριο που ξεχωρίζει το Εγώ από το Εκείνο (και το ασυνείδητο).

Σε μια ψυχολογικά υγιή προσωπικότητα, αυτά τα δυο όρια του Εγώ είναι πλήρως λιβιδινικά επενδυμένα και ελαστικά, έτσι ώστε και οι ασυνείδητες ενορμήσεις, συμπεριλαμβανομένης και της επιθετικότητας, αλλά και τα εξωτερικά ερεθίσματα να γίνονται συνειδητά, μόνο όταν εξυπηρετούν τους σκοπούς του Εγώ.

Πολλές ψυχαναλυτικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασυνείδητες επιθετικές φαντασιώσεις δεν μεταφράζονται σε επιθετικές πράξεις, όταν τα όρια του Εγώ λειτουργούν κανονικά. Στον ασθενή με οριακή οργάνωση προσωπικότητας και στον ψυχωτικό ασθενή στην οξεία φάση και τα δυο όρια του Εγώ χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια ή φτωχή λιβιδινική επένδυση, οπότε παρουσιάζουν «σχισμές». Το αποτέλεσμα αυτών των σχισμών στα όρια του Εγώ είναι η παρορμητική εκδήλωση της έτερο-επιθετικότητας με την εκδραμάτιση πρωτογενούς υλικού από το ασυνείδητο.

Η λειτουργία του Υπερεγώ επίσης επηρεάζει την εκδήλωση της επιθετικότητας, μιας και το Υπερεγώ μπορεί να εμποδίσει την ανάδυση και εκδήλωση των επιθετικών ενορμήσεων, που έρχονται σε αντίθεση με το σύστημα αξιών του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΟΡΙΑΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Από τις διαταραχές προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται από την αποφυγή ή την αιφνίδια διακοπή των στενών διαπροσωπικών τους σχέσεων, οι οποίες αναλύθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, οι ασθενείς που εμφανίζουν συχνά έτερο-επιθετικότητα είναι οι οριακοί και οι ναρκισσιστικοί ασθενείς που λειτουργούν σ' ένα καθαρά οριακό επίπεδο.

Ο *Kernberg* (1975) διατύπωσε την άποψη πως ορισμένοι ναρκισσιστικοί ασθενείς λειτουργούν σ' ένα καθαρά οριακό επίπεδο. Αυτοί οι ασθενείς έχουν την υπεροψία και τη μεγαλομανία της ναρκισσιστικής παθολογίας και τις καλειδοσκοπικές αντικειμενοτρόπες σχέσεις των οριακών. Όπως παρατήρησε ο *Kernberg*, αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν με χαρακτηριστικό και επαναλαμβανόμενο τρόπο, μια χρόνια ενεργοποίηση των αντιδράσεων έντονης οργής (ναρκισσιστική οργή), που συνδέεται με ανελέητη απαιτητικότητα και επιθέσεις υποτίμησης προς το θεραπευτή από την αρχή της θεραπείας.

Ο θυμός θεωρείται ένα από τα κύρια γνωρίσματα του οριακού συνδρόμου (*Grinker, 1968*). Ένα από τα φαινομενολογικά χαρακτηριστικά της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, είναι η παρουσία του απρόσφορου έντονου θυμού ή η δυσκολία ελέγχου του θυμού.

Ο θυμός στους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας προκαλείται είτε από τον έντονο φόβο της εγκατάλειψης από σημαντικούς άλλους ή από την τάση τους να παρερμηνεύουν αρνητικά τη συμπεριφορά και την έκφραση του προσώπου των άλλων (*Domes et al, 2009*), και είναι αποτέλεσμα των πρώιμων τραυματικών εμπειριών του σ' ένα χαοτικό ή κακοποιητικό οικογενειακό περιβάλλον.

Μια συνήθης κλινική παρατήρηση της έτερο-επιθετικότητας των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας από την ψυχαναλυτική σκοπιά, είναι η ενεργοποίηση της έντονης οργής αυτών των ασθενών στη

μεταβίβαση προς τον θεραπευτή. Σύμφωνα με τον *Kernberg (1975)*, οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζουν οργή μέσα στη θεραπεία, ως μέρος της εναλλασσόμενης ενεργοποίησης μέσα στη μεταβίβαση, των «πλήρως καλών» και των «πλήρως κακών» εσωτερικευμένων σχέσεων. Ο οριακός θεωρείται «ένας οργισμένος ασθενής ο οποίος ζει σ' ένα εχθρικό διωκτικό σύμπαν. Στη θεραπεία έχει την τάση να αναπτύσσει αρνητικές μεταβιβάσεις και έχει τη σχεδόν παραληρηματική πεποίθηση ότι ο θεραπευτής είναι αρνητικός απέναντί του, όσο εμπαθητικά και αν του φέρεται» (*Χατζησταυράκης 2017*). Όπως τονίζει ο *Βασλαματζής (2015)* αναλύοντας τη θεραπευτική σχέση στις οριακές διαταραχές, ένας από τους κύριους αμυντικούς μηχανισμούς των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, η προβλητική ταύτιση, έχει σκοπό σε ορισμένες περιπτώσεις να επικοινωνήσει στον θεραπευτή τις ανυπόφορες συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνει ο ασθενής. «Στους σοβαρά διαταραγμένους όμως οριακούς ασθενείς, οι προβλητικές ταύτισεις δε διαμορφώνουν επικοινωνία, αλλά μέσω εκκενωτικής λειτουργίας οδηγούν σε ρήξεις και αυτό-ή-έτερο-καταστροφικές πράξεις (εκδραματίσεις)» (*Βασλαματζής 2015*).

Τα τελευταία χρόνια, ο θυμός των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει γίνει αντικείμενο συστηματικής έρευνας. Ορισμένοι ερευνητές έχουν εξετάσει αν οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας θυμώνουν πιο εύκολα ή εκφράζουν πιο εύκολα το θυμό τους ή αν ο θυμός τους διαρκεί περισσότερο σε σύγκριση με άτομα χωρίς οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Μια πρόσφατη έρευνα (*Manning, 2011*), βρήκε ότι αυτό που διαφοροποιεί τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας είναι η πολύ μεγαλύτερη διάρκεια του θυμού τους. Όπως ήδη έχει αναφερθεί ο *Kernberg (1975)* χρησιμοποίησε τον όρο «Οριακή Οργάνωση Προσωπικότητας», για να περιγράψει την ψυχοπαθολογία μιας ευρείας γκάμας διαταραχών προσωπικότητας, που εμφανίζουν οριακά χαρακτηριστικά.

Υποσημείωση: Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Σύμφωνα με τον *Kernberg (1992)*, όταν διερευνηθούν τα ασυνείδητα στοιχεία της οριακής οργής μέσα στη θεραπεία, αποκαλύπτεται ότι πίσω από την οργή βρίσκονται τα δομικά χαρακτηριστικά του μίσους, που σε αντίθεση με τον οξύ παροδικό χαρακτήρα που έχει η οργή και η έκφραση της, είναι ένα χρόνιο σταθερό συναίσθημα που έχει χαρακτηριστικές ρίζες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΤΕΡΟΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τρία από τα κύρια χαρακτηριστικά των ασθενών με οριακή οργάνωση προσωπικότητας είναι: οι σοβαρές δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, η παρουσία πρωτόγονων αμυντικών λειτουργιών (σχάση, προβλητική ταύτιση) και η εμφάνιση «μη ειδικών εκδηλώσεων αδυναμίας του εγώ, όπως είναι η έλλειψη ανοχής απέναντι στο άγχος, η έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, η έλλειψη μετουσιωτικής ικανότητας και η παρουσία πρωτογενών διεργασιών της σκέψης» (Kernberg, 1975). Στην περίπτωση των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, η χρήση των πρωτόγονων αμυντικών μηχανισμών μαζί με τη χαμηλή ανοχή στο άγχος και την έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, τους οδηγούν, ως μέρος της εναλλασσόμενης ενεργοποίησης των «πλήρως καλών» και των «πλήρως κακών» εσωτερικευμένων σχέσεων, αρχικά σε μια έντονη εξάρτηση από τους σημαντικούς άλλους, που εκδηλώνεται με αγχώδεις πιεστικές συμπεριφορές προς αυτούς, προκειμένου να καταλαγιάσουν τον φόβο μιας πιθανής εγκατάλειψης και στη συνέχεια, εξαιτίας του συνδυασμού του διπλού άγχους που βιώνουν (το άγχος ότι θα εγκαταλειφθούν και του άγχους ότι θα αφομοιωθούν από το άλλο πρόσωπο) (Glasser 1996), στην εμφάνιση έντονου θυμού ο οποίος μπορεί να φτάσει μέχρι το μίσος για τον σημαντικό άλλο, καθώς και στην εκδραμάτιση με έτερο-καταστροφικές πράξεις που οδηγεί στη διακοπή της σχέσης. (Kernberg 1975, Gunderson 1984).

Η αιφνίδια διακοπή των στενών σχέσεων του ασθενούς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας φαίνεται επομένως να ακολουθεί την εκδήλωση του θυμού και γενικά της έτερο-επιθετικότητας, εξαιτίας του έντονου άγχους αποχωρισμού από το σημαντικό άλλο.

Μια άλλη κατηγορία ασθενών, των οποίων η έτερο-επιθετικότητα φαίνεται να συνδέεται με την αιφνίδια διακοπή και καταστροφή των

στενών διαπροσωπικών σχέσεων είναι οι ασθενείς, «που παρ' όλο που έχουν μια σαφώς ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας, λειτουργούν σ' ένα έκδηλα οριακό επίπεδο» (Kernberg, 1975). Όπως τονίζει ο Kernberg, αυτοί οι ναρκισσιστικοί ασθενείς παρουσιάζουν τις μη ειδικές εκδηλώσεις της αδυναμίας του Εγώ που χαρακτηρίζουν την οριακή οργάνωση προσωπικότητας, έχοντας όμως και την υπεροψία και μεγαλομανία που χαρακτηρίζουν την ναρκισσιστική διαταραχή.

Σε αυτούς τους ασθενείς η κοινωνική λειτουργικότητα δεν είναι αποτελεσματική, καθότι η παθολογική ναρκισσιστική δομή τους δεν παρέχει επαρκή αρτίωση, όπως συμβαίνει με τους κλασσικούς ναρκισσιστικούς ασθενείς. Αυτό που χαρακτηρίζει αυτή την ειδική ομάδα ναρκισσιστικών ασθενών εντός και εκτός της θεραπευτικής σχέσης είναι «μια χρόνια επαναλαμβανόμενη ενεργοποίηση των αντιδράσεων έντονης οργής, που συνδέονται με ανελέητη απαιτητικότητα και επιθέσεις υποτίμησης προς το αντικείμενο, δηλαδή με «ναρκισσιστική οργή» (Kernberg, 1975). Αυτές οι εκρήξεις οργής και «επιθέσεις υποτίμησης» διαφέρουν από αυτές που συναντώνται στους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, στο ότι έχουν ένα συνεχές ακατάπαυστο χαρακτήρα, σε σημείο που να απειλείται η συνέχιση της θεραπείας. Το ίδιο ισχύει και στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις αυτών των ασθενών, όπως φαίνεται από την κλινική περίπτωση της ασθενούς που περιγράφει ο Kernberg (1975), η οποία «χαρακτηριζόταν από την τάση να παρατάει κάθε άντρα τον οποίο δεν μπορούσε να έχει υπό πλήρη έλεγχο.

Σ' έναν αποφευκτικό ασθενή με νευρωσική οργάνωση προσωπικότητας, η αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων δε φαίνεται να συνδέεται με το θυμό/έτερο-επιθετικότητα, αλλά με το φόβο της ταπείνωσης που σχετίζεται με την αποτυχία και το συνοδό της απόρριψης πόνο (Gabbard, 2006).

Όμως ο Fenichel, υποστήριξε ότι «η αποφυγή είναι ένα ισοδύναμο του θυμού, δηλαδή εμφανίζεται σε περιπτώσεις που κάποιοι άλλοι θα ένιωθαν θυμό» (Fenichel, 1945).

«Ο φόβος της απόρριψης στους αποφευκτικούς ασθενείς μπορεί να οδηγήσει στην καταστολή της συναισθηματικής έκφρασης συμπεριλαμβανομένης και της έκφρασης του θυμού» (Lampe L. 2018).

Η παρουσία έντονου, απρόσφορου θυμού που εκφράζεται προς το περιβάλλον, παραπέμπει στην ύπαρξη μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας, καθότι οι αποφευκτικοί ασθενείς με νευρωσική οργάνωση προσωπικότητας αποφεύγουν να εκφράζουν ανοιχτά το θυμό τους, διότι φοβούνται υπερβολικά την απόρριψη των άλλων.

Υποσημείωση: Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας είναι αν, σε ποιο βαθμό και σε ποιες κατηγορίες ασθενών, η αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων συνδέεται με την ετεροεπιθετικότητα. Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι:

1. Όσον αφορά τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, η αστάθεια των στενών σχέσεων φαίνεται να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εκδήλωση της έτερο-επιθετικότητας τους.

2. Στους ναρκισσιστικούς ασθενείς που λειτουργούν σε ένα οριακό επίπεδο, η εκδήλωση της ναρκισσιστικής οργής οδηγεί στην καταστροφή των στενών τους σχέσεων, και

3. Στους αποφευκτικούς ασθενείς, η εκδήλωση της έτερο-επιθετικότητας, παραπέμπει στην ύπαρξη μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας.

ΜΕΡΟΣ 2^Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο: ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΟΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Από το 1980 που καθιερώθηκε στα ταξινομικά συστήματα η οριακή διαταραχή προσωπικότητας ως μια ξεχωριστή κλινική οντότητα, έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών ως προς την ψυχοπαθολογία της, τα φαινομενολογικά της χαρακτηριστικά και τη θεραπεία της.

Μια βασική δυσκολία που δημιουργεί σύγχυση και ασάφειες στις ερευνητικές προσπάθειες για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας της, είναι η μεγάλη ετερογένεια των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. (*Critchfield et al 2008, Meissner 1982*).

Την τελευταία εικοσαετία έχουν γίνει αρκετές ερευνητικές μελέτες για τον προσδιορισμό διαφόρων υποκατηγοριών της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, ώστε να μπορεί να προσαρμόζεται η θεραπεία στα χαρακτηριστικά της εκάστοτε υποκατηγορίας.

Μετά τη σημαντική συμβολή του *Kernberg (1975)* στην κατανόηση του οριακού συνδρόμου, έχει επικρατήσει η υιοθέτηση του όρου «οριακότητα» που περιγράφει όχι μόνο τους ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, αλλά και τους ασθενείς με άλλες διαταραχές που εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά που ο *Kernberg* ονόμασε «οριακή οργάνωση προσωπικότητας». (*Kernberg, 1975*).

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης είναι αν τα άτομα που αποφεύγουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και εκφράζουν συχνά θυμό προς τους άλλους, εμπίπτουν στις υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής προσωπικότητας που περιγράφονται στη βιβλιογραφία.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, αφορμή για το θέμα της μελέτης μας ήταν

η ψυχοδυναμική αντιμετώπιση ενός ασθενούς με αποφευκτική συμπεριφορά στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και οριακή οργάνωση προσωπικότητας.

Στα πλαίσια αυτής της διερεύνησης, θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια τα κύρια ερευνητικά ευρήματα των μελετών που διαχωρίζουν τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, χρησιμοποιώντας ως γνώμονα την τάση αποφυγής των διαπροσωπικών σχέσεων ή/και την έκφραση του θυμού /επιθετικότητας.

Σε μια εμπειρική μελέτη οι *Tramantano et al (2003)* προσπάθησαν να προσδιορίσουν τις υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, εξετάζοντας τις εσωτερικευμένες αντικειμενοτρόπες σχέσεις 57 εξωτερικών και νοσηλευόμενων οριακών ασθενών. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να διαχωριστούν σε 3 κατηγορίες βάσει της τυπολογίας της *Horney (1937,1945)*, δηλαδή, στους ασθενείς που κινούνται προς τους άλλους, τους ασθενείς που κινούνται εναντίον των άλλων και τους ασθενείς που κινούνται μακριά από τους άλλους.

Οι *Tramantano et al (2003)*, βρήκαν ότι οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας που κινούνται μακριά από τους άλλους, εμφανίζουν πολύ μικρότερη πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων των άλλων, συγκριτικά με τους οριακούς που κινούνται προς τους άλλους και υποστήριξαν, βασιζόμενοι σ' αυτό το εύρημα, ότι αυτή η ομάδα των οριακών ασθενών εμφανίζει πολύ πιο έντονα το φόβο της αφάνισης του εαυτού μέσω της συγχώνευσης με τον άλλο, εν σχέσει με τις άλλες δυο ομάδες οριακών.

Ένα άλλο εύρημα της μελέτης των *Tramantano et al* είναι ότι η ομάδα των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας που κινούνται μακριά από τους άλλους ανθρώπους είχαν παρόμοιες προσδοκίες / φόβους ότι ζουν σ' ένα απρόβλεπτο κοινωνικό περιβάλλον που μπορεί να τους βλάψει, με τις άλλες δυο υποκατηγορίες των οριακών.

Υποσημείωση: Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Σε μια πιο πρόσφατη εμπειρική μελέτη οι *Salzer et al (2013)* εξέτασαν την ύπαρξη διαφορετικών τύπων του σχετίζεσθαι σε 228 νοσηλευόμενους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας καθώς και πώς οι διαφορετικοί τύποι του σχετίζεσθαι συνδέονται με τη σοβαρότητα της πάθησης και τη θεραπευτική συμμαχία. Βάσει των ευρημάτων τους, διαχωρίζουν τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας σε 5 κατηγορίες: (I) τους ασθενείς που είναι εκδικητικοί στις σχέσεις τους, (II) τους ασθενείς που είναι μέτρια υποχωρητικοί, (III) τους μη – διεκδικητικούς ασθενείς (IV) τους ασθενείς που αφήνουν τους άλλους να τους εκμεταλλεύονται και (V) τους κοινωνικά αποφευκτικούς ασθενείς. Επίσης βρήκαν ότι η ομάδα των μη - διεκδικητικών οριακών ασθενών είχαν τη σοβαρότερη συμπτωματολογία και μεγαλύτερη χρονιότητα, καθώς και ότι η υποκατηγορία των κοινωνικά αποφευκτικών οριακών είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά θεραπευτικής συμμαχίας σύμφωνα με την αξιολόγηση των θεραπειών τους.

Ένας άλλος ερευνητής που διαχώρισε τους οριακούς ασθενείς σε υποκατηγορίες και βάσει της σοβαρότητας της συμπτωματολογίας τους ήταν ο (*Meissner, 1982*). Εντάσσοντας τους οριακούς ασθενείς είτε στο «υστερικό συνεχές», είτε στο «σχιζοειδές συνεχές», περιέγραψε μέσα σ' αυτές τις δυο κατηγορίες, υποκατηγορίες οριακών ασθενών που διαφοροποιούνται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους και το βαθμό της λειτουργικότητάς τους.

Στο υστερικό συνεχές, η διαδοχή από την ομάδα του «ψευδο-σχιζοφρενούς» ασθενούς στην ομάδα του «ψυχωτικού χαρακτήρα», κατόπιν στην ομάδα του «κλασσικού οριακού» και τέλος στην ομάδα του ανώριμου, «πρωτόγονου» υστερικού, αντιπροσωπεύει διαφορετικούς βαθμούς παθολογικής αποδιοργάνωσης, ξεκινώντας από τη σοβαρότερη –της «ψευδο-σχιζοφρένειας» και καταλήγοντας στην πιο ήπια –του πρωτόγονου υστερικού (*Meissner, 1982*). Παρομοίως στο σχιζοειδές συνεχές του *Meissner*, η σχιζοειδής διαταραχή αντιπροσωπεύει το ένα άκρο του συνεχούς με τη μικρότερη λειτουργικότητα κυρίως στις διαπροσωπικές σχέσεις, η υποκατηγορία του «ψευδούς-εαυτού» είναι ένα σκαλοπάτι ψηλότερα από τον σχιζοειδή, ενώ ο ασθενής με την «ως –εάν»

προσωπικότητα βρίσκεται ένα σκαλοπάτι ακόμα ψηλότερα από την ομάδα του «ψευδούς εαυτού» ως προς τη λειτουργικότητα. Η κατηγοριοποίηση του *Meissner*(1982) έχει δεχθεί κριτική για δυο λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι ότι ο όρος «ψευδο-σχιζοφρένεια» που χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τους *Hochli & Polatin* (1949) έχει εγκαταλειφτεί πλέον ως διαγνωστική οντότητα. Ο δεύτερος λόγος είναι, όπως έχει επισημάνει ο *Akchtar* (2000), ότι δεν είναι κατανοητό γιατί η «ψευδο-σχιζοφρένεια» και ο «ψυχωτικός χαρακτήρας» εντάσσονται στο υστερικό συνεχές και όχι στο σχιζοειδές συνεχές.

Θα περιγράψουμε συνοπτικά στη συνέχεια, ορισμένα κύρια χαρακτηριστικά του κλασσικού οριακού ασθενούς και του σχιζοειδούς οριακού ασθενούς, όπως ορίζονται από τον *Meissner*(1982), θεωρώντας ότι παρουσιάζουν ενδιαφέρον για την παρούσα μελέτη.

Σύμφωνα με τον *Meissner*, η εκδραμάτιση στον κλασσικό οριακό ασθενή μπορεί να πάρει τη μορφή της εξωτερίκευσης, μέσω της οποίας ο ασθενής μεταφέρει τις εσωτερικές του συγκρούσεις και δυσκολίες του στο περιβάλλον του με αποτέλεσμα να κατηγορεί συνεχώς εξωτερικές δυνάμεις για τα δικά του προβλήματα, αποφεύγοντας να αναλάβει το μερίδιο της δικής του ευθύνης. Αυτή η εξωτερίκευση εκφράζεται συχνά με τη μορφή των προβολών προς το θεραπευτή (*Giovacchini*,1972). Οι εκδραματίσεις με αυτοκαταστροφικές και ετεροκαταστροφικές πράξεις του κλασσικού οριακού, κατά τον *Meissner*, γίνονται μόνο στις περιόδους που ο ασθενής παλινδρομεί. Επίσης ο *Meissner* υποστηρίζει ότι ο κλασσικός οριακός μπορεί να διατηρεί σχετικά καλές και λειτουργικές σχέσεις με ένα ευρύ φάσμα ανθρώπων, αλλά μπορεί να παλινδρομήσει με παιδικόμορφες και καταστροφικές συμπεριφορές στις σχέσεις του με ορισμένα αντικείμενα , όπως στη συζυγική σχέση.

Όσον αφορά τη σχιζοειδή υποκατηγορία του οριακού συνδρόμου, κατά τον *Meissner*, αυτά που διαφοροποιούν τη σχιζοειδή προσωπικότητα από τις άλλες υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής είναι: (α) η σταθερότητα της λειτουργίας της, (β) η συναισθηματική απόσυρση και (γ) η έλλειψη συναισθήματος.

Όπως έχει αναφερθεί στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, ενώ οι κλασσικοί ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας

διακρίνονται για τον έντονο θυμό τους που τους οδηγεί συχνά σε εκδραματίσεις είτε με αυτό-καταστροφικές είτε με έτερο καταστροφικές πράξεις, οι ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία του «ήσυχου» οριακού (Sherwood 1994) δεν εκδραματίζουν τα αρνητικά τους συναισθήματα, αλλά υποφέρουν «σιωπηλά» από χρόνια συναισθήματα κενού και απελπισίας (Monti et al,2014).

Με αφετηρία την ύπαρξη αυτών των «ήσυχων» οριακών ασθενών έχουν γίνει διάφορες μελέτες τα τελευταία χρόνια πάνω στην εξωτερίκευση ή όχι των αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Σε μια εμπειρική μελέτη οι Zittel et al (2006) διερεύνησαν την ύπαρξη υποκατηγοριών της οριακής διαταραχής προσωπικότητας βάσει της τάσης για εσωτερίκευση της οδύνης (π.χ. κατηγορώντας ο ασθενής τον εαυτό του) ή της τάσης εξωτερίκευσης των προβλημάτων (π.χ. κατηγορώντας και εκφράζοντας το θυμό προς τους άλλους ή διαμέσου παρορμητικών και απερίσκεπτων συμπεριφορών). Βάσει των ευρημάτων τους διαχώρισαν τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας σε 3 ομάδες: τους απορρυθμισμένους εσωστρεφείς (*externalizing-dysregululated*) που εκδηλώνουν έντονη ψυχική οδύνη ή δυσφορία και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, τους απορρυθμισμένους εξωστρεφείς (*externalizing-dysregululated*) που βιώνουν παρόμοιο βαθμό ψυχικού πόνου αλλά τείνουν να κατηγορούν τους άλλους για τις δυσκολίες τους και να είναι επιθετικοί και τους οιστριονικούς – παρορμητικούς, που χαρακτηρίζονται από μια εναλλαγή έντονων θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, ενώ προσπαθούν να ρυθμίσουν τα συναισθήματα τους μέσω παρορμητικών συμπεριφορών.

Το 2009 οι Digre et al προσδιόρισαν 3 διαφορετικές υποκατηγορίες ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας: τους «αποσυρμένους – εσωστρεφείς», τους «έντονα διαταραγμένους – εσωστρεφείς» και τους «αγχώδεις – εξωστρεφείς», που σύμφωνα με τα ευρήματα τους ανταποκρίνονται διαφορετικά στη θεραπεία. Οι αποσυρμένοι – εσωστρεφείς είχαν τη τάση να κατηγορούν τον εαυτό τους και να μη ζητούν βοήθεια από το περιβάλλον τους, αν και παρουσίαζαν την καλύτερη κλινική εικόνα, εν σχέσει με τις άλλες υποκατηγορίες. Οι

έντονα διαταραγμένοι εσωστρεφείς είχαν επίσης την τάση να κατηγορούν τον εαυτό τους αλλά παρουσίαζαν το μεγαλύτερο βαθμό αυτοκαταστροφικών πράξεων πριν τη θεραπεία και τα μικρότερα ποσοστά βελτίωσης με τη θεραπεία, ενώ παρουσίαζαν εκτεταμένη συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, και οι αγχώδεις εξωστρεφείς που έτειναν να κατηγορούν εξωτερικούς παράγοντες για τα προβλήματα τους και παρουσίαζαν συννοσηρότητα με μια ή περισσότερες αγχώδεις διαταραχές και είχαν σημαντική βελτίωση μετά τη θεραπεία.

Το 2012 οι *Hallquist et al* διερεύνησαν αν οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να διακριθούν σε υποκατηγορίες με γνώμονα το θυμό, την επιθετικότητα, την αντικοινωνική συμπεριφορά και την καχυποψία βασιζόμενοι στο θεωρητικό μοντέλο του *Kernberg* για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και την οριακή οργάνωση προσωπικότητας (*Kernberg Caligor, 2005*). Σ' αυτό το μοντέλο του *Kernberg* γίνεται η διάκριση ανάμεσα σε άτομα με υψηλά και χαμηλά επίπεδα θυμού, όπου ο έντονος θυμός είναι ένα βασικό κινητήριο συστατικό της σοβαρής οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Επιπλέον γίνεται ένας διαχωρισμός ανάμεσα στα άτομα που χαρακτηρίζονται από έντονο θυμό, στα άτομα που προβάλλουν το θυμό τους στους άλλους με τη μορφή της καχυποψίας και στα άτομα που κατευθύνουν το θυμό τους προς τους άλλους με τη μορφή της έτερο – επιθετικότητας ή/και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Η έρευνα των *Hallquist et al (2012)* έδειξε 4 υποκατηγορίες ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας: τους «θυμωμένους – επιθετικούς», τους «θυμωμένους» - καχύποπτους», τους ασθενείς με διαταραχή της ταυτότητας και χαμηλά επίπεδα θυμού, και τους «κλασσικούς» οριακούς ασθενείς.

Η ένταξη των ασθενών που αποφεύγουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και εξωτερικεύουν συχνά τον θυμό τους σε μια από τις υποκατηγορίες της οριακής διαταραχής προσωπικότητας που περιγράφονται στη βιβλιογραφία, φαίνεται να αντιμετωπίζει τρία είδη δυσκολιών τουλάχιστον όσον αφορά τις περισσότερες μελέτες.

Το πρώτο είδος της δυσκολίας έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες που διαχωρίζουν τους ασθενείς με οριακή

διαταραχή προσωπικότητας σε υποκατηγορίες με γνώμονα την εξωτερίκευση ή μη του θυμού /επιθετικότητας, δεν εξετάζουν άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας στις σχέσεις τους, πλην του θυμού, όπως είναι π.χ. η μελέτη των *Zittel et al(2006)*.

Το δεύτερο είδος δυσκολίας έχει να κάνει με το γεγονός, ότι ο ασθενής που περιγράφεται στην παρούσα μελέτη, φαίνεται να εμπίπτει, σύμφωνα με ορισμένες έρευνες, σε υποκατηγορίες με ορισμένα αντίθετα χαρακτηριστικά, όπως π.χ. στη μελέτη των *Digre et al (2009)* που διαχωρίζουν τους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας σε αγχώδεις-εξωστρεφείς και σε αποσυρμένους- εσωστρεφείς. Ο ασθενής της παρούσας μελέτης φαίνεται να είναι και αγχώδης –εξωστρεφής αλλά και αποσυρμένος.

Η μόνη υποκατηγορία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας που φαίνεται να είναι πλησιέστερη προς τον ασθενή της παρούσας εργασίας, είναι η ομάδα των οριακών που περιγράφονται από τους *Hallquist et al (2012)* ως «θυμωμένοι – καχύποπτοι». Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της υποκατηγορίας των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, σύμφωνα με τα ευρήματα των *Hallquist et al (2012)* είναι: (I) θυμός για τους άλλους που εκφράζεται μέσω μιας αυξημένης καχυποψίας και βασίζεται στο φόβο, ότι οι άλλοι μπορεί να βλάψουν ή να εκμεταλλευτούν τον ασθενή, (II) μειωμένος βαθμός διαταραχής της ταυτότητας και (III) λιγότερες προσπάθειες για να αποτρέψουν την εγκατάλειψη από τους άλλους, συγκριτικά με την ομάδα των θυμωμένων –επιθετικών οριακών.

Όσον αφορά την τυπολογία του *Meissner (1982)*, οι αποφευκτικοί ασθενείς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας, φαίνεται να παρουσιάζουν ορισμένες ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφορές και από τους κλασσικούς οριακούς ασθενείς αλλά και από τους σχιζοειδείς οριακούς. Τα κοινά στοιχεία που έχει ο ασθενής της παρούσας μελέτης με τους κλασσικούς οριακούς του *Meissner* είναι η τάση εξωτερίκευσης και προβολής των εσωτερικών συγκρούσεων στο περιβάλλον, η τάση για εκδραμάτιση κατά την παλινδρόμηση και η χαμηλή ανοχή στο άγχος. Η κύρια διαφορά από τον κλασσικό οριακό ασθενή του *Meissner* είναι η

αδυναμία σύναψης στενών σχέσεων με μια ευρεία γκάμα ανθρώπων. Οι διαφορές που έχει ο ασθενής που περιγράφεται στην παρούσα μελέτη από τους σχιζοειδείς οριακούς του *Meissner* είναι ότι δεν χαρακτηρίζεται από σταθερότητα στη λειτουργία του και δεν εμφανίζει έλλειψη συναισθήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο πρώτος σκοπός αυτής της εννοιολογικής μελέτης ήταν να διερευνήσει αν, και κατά πόσο και σε ποιους τύπους ασθενών, συνδέεται η αποφυγή των στενών διαπροσωπικών σχέσεων με τον θυμό έτερο-επιθετικότητα στα πλαίσια μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας. Η ανάλυση των ευρημάτων της υπάρχουσας ψυχαναλυτικής βιβλιογραφίας έδειξε ότι στους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας η αστάθεια και η αιφνίδια διακοπή των σχέσεων τους οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εκδήλωση της έτερο-επιθετικότητας τους, ενώ στους αποφευκτικούς ασθενείς (που συνήθως αποφεύγουν να εξωτερικεύουν το θυμό τους), η συχνή εκδήλωση της έτερο-επιθετικότητας παραπέμπει στην ύπαρξη μιας οριακής οργάνωσης προσωπικότητας.

Ο δεύτερος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθεί αν οι αποφευκτικοί ασθενείς που εκφράζουν συχνά το θυμό τους προς τους άλλους, εμπίπτουν σε κάποια από τις υπο-κατηγορίες των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας που περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Όπως έχει αναφερθεί, αφορμή για την παρούσα μελέτη, ήταν η ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία ενός αποφευκτικού ασθενούς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας.

Οι *Hallquist et al (2012)* περιγράφουν μια υποκατηγορία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, που τους ονομάζουν «θυμωμένους/καχύποπτους» στην οποία θα μπορούσαν να υπάγονται οι αποφευκτικοί ασθενείς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας. Ένα κύριο χαρακτηριστικό αυτής της ομάδας οριακών των *Hallquist et al* είναι ο θυμός για τους άλλους, που εκφράζεται μέσω μιας αυξημένης καχυποψίας και που πηγάζει από το φόβο, ότι οι άλλοι μπορεί να βλάψουν τον ασθενή.

Επομένως, βάσει των ευρημάτων της παρούσας εργασίας θα μπορούσαμε να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι οι αποφευκτικοί ασθενείς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας συνιστούν μια υποκατηγορία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Δεδομένου

όμως ότι για να καταλήξουμε σ' ένα τέτοιο συμπέρασμα, απαιτείται εκτός από μια εννοιολογική μελέτη και μια ποσοτική με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών θεωρούμε ότι το συμπέρασμα της παρούσας εργασίας είναι βασικά μια αρχική πρόταση που χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Πιστεύουμε παρ' όλα αυτά, ότι η παρούσα έρευνα αποτελεί μια μικρή συμβολή στην προσπάθεια προσδιορισμού των υποκατηγοριών της οριακής διαταραχής προσωπικότητας στη βάση των διαφορετικών διαπροσωπικών προβλημάτων που, όπως έχει παρατηρηθεί σε μερικές μελέτες (π.χ. *Salzer et al, 2013*), αντιμετωπίζουν οι ασθενείς των διαφορετικών υποκατηγοριών.

Τέλος, ελπίζουμε ότι η παρούσα μελέτη συνέβαλε λίγο στην καλύτερη κατανόηση των αποφευκτικών ασθενών με οριακά χαρακτηριστικά, καθώς αυτή η ομάδα ασθενών έχει μελετηθεί ελάχιστα, πιθανόν λόγω της τάσης αυτών των ασθενών να αποφεύγουν να ζητήσουν ψυχοθεραπευτική βοήθεια ή και να εγκαταλείπουν σύντομα την ψυχοθεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βασιλαματζής Γ. Η θεραπευτική σχέση στις οριακές διαταραχές (Σύντομες σκέψεις από τη μελέτη των οριακών φαινομένων), Η θεραπευτική σχέση, ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική γνωσιακή και τη συστημική οπτική. Εκδ. Καστανιώτης, Νοέμβριος: Αθήνα 2015,225-231
2. Μέντζος Σ.(2003). Η κλινική και θεραπευτική προσέγγιση στον οριακό ασθενή. Δελτίο της ΕΨΕ. Θεωρία και Κλινική Προσέγγιση των Οριακών Προσωπικοτήτων.
3. Χατζησταυράκης Γ.(2017 Μάρτιος): Η Ψυχοδυναμική Διάγνωση της Οριακής Δομής Προσωπικότητας. Μάθημα στο Μεταπτυχιακό του ΕΚΠΑ “Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία σε Ιατρικά πλαίσια.
4. Adler, A The Individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections From his writings. Edited by H. and R. Ansbacher, New York: Basic Books, 1956
5. Adler, A. A study of organ inferiority and its psychical compensation: A contribution to clinical medicine (1907) New York: Nervous and Mental . Disease Publishing Co., 1917 b
6. Adler, A. Superiority and social interest. A collection of later writings. Edited by H. and R. Ansbacher. New York: Edited by H. and R. Ansbacher. Evanston, III: Northwestern University Press, 1964
7. Akhtar S: Differentiating schizoid and avoidant Personality disorders (letter). Am. J. Psychiatry 143:1061-1062, 1968.
8. Akhtar S(2000) Broken structures: Severe personality disorders and their treatment. Jason Aronson.
9. Appel G: An approach to the treatment of schizoid phenomena. Psychoanal. Rev 61: 99-118, 1974.

10. Britton. R (1992) the Oedipus solution and the depressive position. In R. Anderson (Ed). Clinical lectures on Klein and Bion (pp 34-45), London: Routledge.
11. Broucek FJ: Shame and its relationship to early narcissistic developments. Int .J. Psychoanal. 63:369-378,1982.
12. Critchfield KL, Clarkin JF, Levy KN, Kernberg OF Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. Brit .J of clin. Psychol 47,185-200,2008
13. Deutch, H (1942) Some Forms of emotional disturbances and their relationship to schizophrenia. In: Neuroses and Character Types, p.p. 262-281. New York: International Universities Press, 1965.
14. Digre E:I, Reece J, Johnson AI, Thomas RA. Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. Personality and Mental Health (2009) 3:56-67
15. Domes, G, Schulze, L. & Herpertz, S.C (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder – a review of the literature. Journal of Personality Disorders, 23, 6-19.
16. Erikson, E.H (1956) the problem of ego identity. Journal of the American Psychoanalytic .Association 4:56-121
17. Fairbairn WRD: An Object – Relations Theory of the Personality. New York, Basic Books, 1954.
18. Fenichel O: The Psychoanalytic Theory of Neurosis New York, WW Norton, 1945.
19. Fonagy, P, & Target, M.(1995). Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the Father. The international Journal of Psychoanalysis, 76, 487-501.
20. Freud, S (1905). Three essays on the theory Of sexuality. Standard Edition, 7, 130-243

21. Freud, S (1915, a) Instincts and their Vicissitudes. Standard Edition, 14, 111-140
22. Freud, S (1915, b) Mourning and melancholia. Standard Edition, 14, 237-260
23. Freud, S (1920) Beyond the pleasure principle. Standard Edition, 18, 7- 64
24. Freud, S (1916) Some character-types met within psycho-analytic Work: III Criminals From a sense of guilt. Standard Edition, 14, 332-333.
25. Freud, S (1923) The ego and the id. Standard Edition, 19, 12-66.
26. Gabbard GO: Further contributions to the understanding of stage Fright: narcissistic issues. J. Am. Psychoanal. Assoc. 31: 423-441, 1983
27. Gabbard GO: Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη : Βήτα (εκδ.) Αθήνα, 2006.
28. Giovacchini, P.L (1972). Technical difficulties in treating some characterological disorders: countertransference problems. Intern. J. Of Psychoanal. Psychotherapy 1:112-128
29. Glasser, M.(1978).The role of the superego in exhibition, international journal of psychoanalytic psychotherapy, 7, 330-352
30. Glasser, M (1996) Aggression and sadism in the perversions. In J. Rosen (Ed), Sexual deviation (pp 279-299) Oxford University Press.
31. Greenson (1968) Dis-identifying From mother. The International of Psychoanalysis, 49, 370-374.
32. Grinker RR Jr, Werble B, Drye RC: The borderline syndrome: a Behavioural study of Ego Functions New York, Basic Books, 1968

33. Gunderson JG (1984) *Borderline personality Disorder*, Washington, DC: American Psychiatric press
34. Gunderson JG, Zanarini MC: Current overview of the borderline diagnosis. *J. Clin. Psychiatry* 48 (Suppl. 8): 5-14, 1987
35. Hallquist MN, Pilkonis PA. Refining the phenotypes of Borderline Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Beyond. *Personal. Disord.* Jul; (3) 228-246, 2012
36. Harrison, A, Singer J. Boundaries in the mind: Historical context and current Research using and current Research Using the Boundary Questionnaire. *Imagination, cognition and Personality* , Vol 33(1-2) 205-215, 2013
37. Hartman, H, Kris, E, & Lowenstein, R.M. (1949). Notes on the theory of aggression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 3, 9-36.
38. Hartmann, H, Kris, E, & Lowenstein, R.M., (1949) Notes on the theory of aggression *Psychoanal. Study of the child*, 2: 11-38
39. Hartmann, E, Harrison, R, & Zborowski, M (2001) Boundaries in the mind: Past research and future directions. *North American Journal of Psychology*, 3(3), 347-368
40. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. April 1949 : 23(2) 248-276
41. Horney K. *The Neurotic Personality of Our Time*. Norton, New York, 1937
42. Horney, K. *Our Inner Conflicts: A Constructive theory of Neurosis*. 1945. Norton.
43. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, 1989.
44. Kernberg O.F (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

45. Kernberg O.F: Aggression, Trauma and Hatred: in the Treatment of Borderline Patients. *Psychiatric clinics of North America*. Vol 17,4, Dec 1974,701-714.
46. Kernberg O.F, Selzer M A, Koenigsberg HW, et al: *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*, New York, Basic Books, 1989.
47. Kernberg O.F: Borderline Personality organization *J. Am. Psychoanal Assoc* 15: 641-685,1967.
48. Kernberg O.F: *Love Relations* Vail-Ballou Press, Binghamton, New York, 1975.
49. Kernberg O.F: Structural derivatives of object relationships. *Int. J. Psychoanal* 47:236-253, 1966
50. Kernberg OF, Caligor E, Lenzenweger MF, Clarkin IF. Major theories of personality disorder. 2nd ed. New York, Nr, us: Guil Ford Press; 2005. *A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders*; pp 114-156
51. Kernberg Of: Factors in the Psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J. Am. Psychoanal Assoc* 18: 51-85, 1970.
52. Kernberg OF: *Love Relations*. Vail – Ballou Press, Binghamton, New York, 1955.
53. Kernberg OF. *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven: Yale University Press; 1992
54. Kernberg OF. Aggression, Trauma, and Hatred in the Treatment of Borderline Patients. *Psych, cl. North Amer*. V17, No 4, Dec 1994: 709-714
55. Klein, M(1946) Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein (Ed), *Envy and gratitude and other works* (pp. 1-24). London: Hogarth.

56. Kohut H. *The Analysis of the self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic personality Disorders*. New York. International Universities Press, 1971.
57. Kretschmer E: *Physique and Character*. London, Kegan, Paul, Trench and Trubner, 1955
58. Kutash, I. L. & Wolf. A (1991) Treatment approaches. In A. Wolf I.L. Kutash et al (Eds.) *Psychotherapy of the Submerged Personality*, 51-82. Northvale, N.J: Jason Aronson, Inc.
59. Kutash, S, B. (1978) Psychoanalytic theories of aggression. In J.L. Kutash, & L.B. Schlesinger (Eds), *Violence: Perspectives on violence and aggression* (p.p. 7-28). California: Jossey – Bass.
60. Lampe L, Mahli Gin S(2018) Avoidant personality disorder: Current Insights *Psychol Res Behav. Manag.*11:55-56
61. Lampl – de – Groot, J. (1947). On the development of the ego and superego. *The International Journal of Psychoanalysis*, 28,7-11.
62. Lawner P. Character rigidity and resistance to awareness of the transference. *Issues in Ego Psychology* 8:36-41, 1985.
63. Lewis, H.B. (1987) *The role of shame in symptom formation* (pp 1-28) Hillsdale N.J: Erlbaum
64. Mahler MS, Pine F, Bergman A: *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basis Books, 1975.
65. Manning S. I. *Loving someone with Borderline personality disorder*. Guildford press,2011
66. Meissner W.W. *Notes on the Potential Differentiation of Borderline Coriditions. The Borderline spectrum* .New York, Jason Aronson, 1984.

67. Meissner WW. Notes on the potential differentiation of borderline conditions Int. J. Psychoanal. Psychoth (1982) 9:3-49
68. Meissner ww: Treatment of Patients in the Borderline Spectrum. Northvale, N.J., Jason Avonson, 1988
69. Meloy, J.R. (1966) Orestes in Southern California: A forensic case of matricide. Journal of Psychiatry and the Law, 14, 77-102.
70. Morrison, A.P (1989) Shame: The underside of narcissism. The Analytic Press, Inc.
71. Monti RM, D' Agostino A. Borderline personality disorder from a psychopathological – dynamic perspective Journal of Psychopathology (2014):451-460
72. Nathanson OL: A timetable for Shame, in the Many Faces of Shame. Nathanson DL (ed). New York, Guildford, 1987, pp 1-63.
73. Neurosis and Human Growth: The struggle towards self-realization. New York. WW Norton & co, Inc.
74. Rinsley D.B: A comparison of borderline and narcissistic personality disorders. Bull Menninger clin 48: 1-9,1984.
75. Rinsley D.B: Notes on pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic personality disorders J. Am. Acad. Psychoanal 13: 317-328, 1985.
76. Rinsley D.B: Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder. Psychiatr. Clin North Am 12:695-707, 1989.
77. Rossi M, D' Agostino A. Borderline personality disorder from a psychopathological-dynamic perspective, Journal of Psychopathology 2014, 20:451-460

78. Salzer S, Steeck M, Jaeger M, Masuhr O et al. Patterns of interpersonal problems in Borderline Personality Disorder. *J. Nerv. Ment. Disease*, V: 201, 2, Febr 2013.
79. Salzer S et al *Journal Nerv. Ment. Dis.* V201, (2) Febr 2013. Patterns of Interpersonal problems in Borderline Personality Disorder
80. Salzer S, Streeck M, Jaeger M, Masuhr O, Warwas J, Leichsenring F, Leibing E. Patterns of Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (2013) V 201, NO 2; 94-98
81. Segal, H (1978) On Symbolism. *The International Journal of psychoanalysis*, 59, 315-319.
82. Sherwood V, Cohen CP. *Psychotherapy of the quiet borderline patient: the as-if personality revisited*. New York: Aronson, 1994.
83. Sherwood, V & Cohen, C (1994) *Psychotherapy of the quiet borderline patient: the as-if personality revisited*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
84. Sleuwaegen E, Claes L, Luyckx K, Berens A et al. Subtypes in Borderline Patients based on Reactive and Regulative Temperament, 2017.
85. Trammantano G, Javier R, Colon M. Discriminating among subgroups of borderline personality disorder: an assessment of object representations. *The American Journal of Psychoanalysis*, V63, No. 2, June 2003:150-171.
86. Vaslamatzis G. On the Process of Psychoanalytic Psychotherapy with the Borderline Depressive Patient. *Int Forum Psychoanal* 1995;4: 111-118
87. Whewell, P, Ryman, A, Bonanno, D, Health, N. (2000) Does the ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline

personality disorder? British Journal of Medical psychology, 73,483-494

88. Winnicott, D.W. (1971) *Playing and reality*. London: Tavistock.

89. Yakeley, J., Meloy, J.R. (2012) *Understanding violence: Does psychoanalytic thinking matter?* *Aggression and Violent Behavior* 17, 229-239

90. Zittel Conklin C, Bradley B, Western D. *Affect regulation in borderline personality disorder*. *J.Nerv.Ment.Dis.* 2006;194(2)69-77
