

РОЛЬ МАТЕРІ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ У ФОРМУВАННІ ДИСГАРМОНІЙНИХ ПАРТНЕРСЬКИХ СТОСУНКІВ ОСОБИСТОСТІ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

Маріанна Ткалич, докторка психологічних наук, професорка, психотерапевтка за методом символдрами, професорка кафедри психології
Запорізький національний університет
м. Запоріжжя, Україна
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

Наталія Глотова, навчаюча психотерапевтка за методом символдрами, аспірантка кафедри психології
Запорізький національний університет
м. Запоріжжя, Україна

THE ROLE OF A MOTHER WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN THE DEVELOPMENT OF THE PERSON'S DISHARMONIOUS PARTNER RELATIONSHIPS IN ADULT AGE

Marianna Tkalych, Doctor of Psychological Sciences, Professor, training psychotherapist of the Symboldrama method, Professor at the Department of Psychology
Zaporizhzhia National University
Zaporizhzhia, Ukraine
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0003-4101-9659>
tkalych.m@znu.edu.ua

Nataliia Hlotova, training psychotherapist of the Symboldrama method, Ph.D. Student at the Department of Psychology
Zaporizhzhia National University
Zaporizhzhia, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0002-8037-7718>
77tetiva@gmail.com

Вступ. Створюючи стосунки, кожна людина приходить зі своїм багажем знань, досвіду, переконань, який може збагатити партнерство, а може й завадити побудувати здорові партнерські стосунки. Процес формування та розвитку кожної особистості, безперечно, найбільше пов'язаний із батьківськими фігурами: матір'ю та батьком, стосунки з якими впливають на подальший шлях особистості і які можуть бути рольовою моделлю для побудови партнерських та інших особистих стосунків у дорослому віці. Тому дослідження окремих аспектів взаємодії та виховання дітей у дисфункціональних відносинах із матерями, у яких були наявні ознаки межового розладу особистості (МРО), є не лише цікавим, а й важливим для психотерапевтичної практики та для напрацювання інструментів психотерапевтичної допомоги дорослим клієнтам і пацієнтам, які мають негативні наслідки виховання матерями з МРО.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Материнська роль і функція у формуванні особистості вивчена чи не найбільше (Кехеле Х. та ін., 2021; Chodorow, 1978; Diem-Wille, 2011; Forward et al., 2013; Harris, 1997; Rheingold, 1967; Webster, 2021; Weldon, 1992; Zoja, 2001). Важливими в контексті нашого дослідження вбачаються роботи, які присвячені напруженості, непередбачуваності, непостійності стосунків із матір'ю з межовим розладом особистості (Лоусон, 2023); загрозовості в розвитку стосунків «межової матері» та її дитини (Chlebowski, 2013); стосунків матері, яка не може любити, і дочки, а також з'ясуванню того, якими є шляхи зміцнення для дорослих дочок матерів із межовими розладами (Forward et al., 2013); терапії стосунків матерів із межовим розладом та їхніх дітей (Francis et al., 2023). У роботах Е. Велдон, С. Рейнголда також розглянуто патологічні патерни

взаємодії матерів, які мають психотичні або межові розлади, з їх дітьми та до яких наслідків у житті цих дітей в дорослому віці це може призвести (Rheingold, 1967; Weldon, 1992).

В аналізі межового розладу особистості ми також спиралися на відповідні діагностичні довідники й мануали діагностики структурного рівня розвитку особистості (DSM-5, 2023; OPD-2, 2007), а також роботи щодо важких особистісних розладів (Kernberg, 1984, 1992) і особливостей психологічної деструктивності особистості в екзистенційному вимірі (Fromm, 1984). У контексті травмивного досвіду дітей, які виховані матерями з межовим розладом особистості, важливим вбачається розглянути роботи з травми розвитку та комплексного посттравматичного стресового розладу, в тому числі сформованого під впливом батьківської родини (Ван Дер Колк, 2023; Воллін, 2023; Герасименко та ін., 2023; Герман, 2015; Міллер, 2023; Brisch, 2004).

Напрями психотерапії та допомоги дорослій людині, яка була вихована матір'ю з МРО та зазнала травми розвитку, представлені не так систематизовано, а скоріше фрагментарно – у ширшому контексті травм розвитку й особистісних дисфункцій (Levin, 1997; Лоусон, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Уолкер, 2023; Герман, 2015; Webster, 2021; Forward et al., 2013).

На наш погляд, тема дисгармонійних партнерських та інших особистих стосунків, які сформувалися в тому числі й під впливом виховання батьками (насамперед матір'ю) з МРО, потребує більш ґрунтовного вивчення на рівні емпіричної розвідки та подальшого теоретичного узагальнення.

Метою статті є узагальнення теоретичних положень і результатів емпіричних досліджень щодо впливу мате-

рів з МРО на дорослі стосунки їхніх дітей крізь призму травми розвитку.

Виклад основного змісту. Логіка викладення матеріалу статті нам вбачається такою: проаналізувати створення й розбудову стосунків особистістю в дорослому віці як наслідок дитячо-батьківських стосунків; визначити критерії та ризики травми розвитку та її наслідків у деструктивних дитячо-батьківських стосунках теоретично та на прикладах; навести діагностичні критерії МРО й особливості матерів з МРО, їх вплив на власних дітей; визначити стратегії психотерапевтичної допомоги дорослій людині, яка була вихована матір'ю з МРО.

Почнемо з аналізу створення та розбудови стосунків особистістю в дорослому віці як наслідку дитячо-батьківських стосунків.

Впізнавання та вибір партнера може здійснюватися як усвідомлено, так і неусвідомлено. У батьківській сім'ї у кожного індивіда формується певний досвід переживання близькості і прив'язаності (Chen, 2019). У роботах Е. Чен, С. Джонсон, Г. Дім-Віллі, Д. С. Шарф та ін., К. Е. Лоусон (Chen, 2019; Джонсон, 2023; Diem-Wille, 2011; Scharff Jill S. et al., 2000; Лоусон, 2023) визначено, що в ранньому дитинстві формується умовно позитивний (зі значущими дорослими, з якими нам було приємно та безпечно) і умовно негативний (з тими ж або іншими значущими дорослими, з якими індивід переживав фрустрацію, страх, тривогу тощо). Це збірні образи тих, із ким людині буде добре чи погано в цій близькості. Вони формуються на підставі минулого досвіду, і під час зустрічі з партнером, який подобається, індивід може неусвідомлено проєктувати на нього ті риси, які подобалися або викликали жах.

У першому випадку, коли з досить хорошими дорослими в дитинстві була сформована надійна прив'язаність, індивід обирає партнера, певною мірою схожого на первинні значущі об'єкти позитивними рисами характеру для відтворення приємного досвіду стосунків. У другому випадку, коли досвід дитини у стосунках із батьками був стресовим або травматичним, спрацьовує так звана воронка травми (Levin, 1997). Сформована внаслідок деструктивних стосунків із дорослими ненадійна, тривожно-унікаюча, тривожно-амбівалентна або дезорганізована прив'язаність змушує дітей, які вирости, шукати можливість відтворити травматичний досвід, щоб позбутися напруги, яка накопичилася за роки, і розв'язати внутрішні конфлікти через відігравання драми (Scharff et al., 2000). Таким чином, досвід травми, одного разу вже завдавши шкоди особистості і при цьому залишаючись незціленим, неінтегрованим, «штובה» індивіда до постійного відтворення драматичного сценарію стосунків дитинства вже в дорослому віці. Також неусвідомлений вибір партнера може здійснюватися на основі звичності, з позиції травматичного впізнавання, знайомого та єдиного досвіду, що був можливий із батьками й іншими значущими дорослими та який засвоївся як норма. Людина з унікаючою формою прив'язаності іноді формує контрзалежність і в принципі відмовляється від стосунків, захищаючись від будь-якої форми близькості не з бажання бути самотнім і отримувати від цього задоволення, а зі страху знову пережити травматичний досвід близькості.

Визначимо критерії і ризики травми розвитку та її наслідків у деструктивних дитячо-батьківських стосунках теоретично та на прикладах.

Почнемо з узагальнення деяких критеріїв травми, які буде також прокоментовано нижче: травматична подія викликає порушення процесу символізації та порушує, згідно з другою теорією травми Фрейда, стимульний бар'єр психіки. Лібідіо переноситься на самого суб'єкта, що приводить до фіксації на травмі у вигляді спроби її контролю. Серед можливих наслідків травматизації зазвичай розглядають регрес до оральної стадії розвитку,

переміщення лібідіо з об'єкта на «Я», ремобілізацію садомазохістичних інфантильних імпульсів, використання примітивних захистів, автоматизацію «Я», ідентифікацію з агресором, регрес до архаїчних форм функціонування «Над-Я», а також деструктивні зміни в «Я-ідеалі».

Травмою для дитини можуть стати такі ситуації, коли догляд за дитиною не здійснюється належним чином, відбувається ігнорування та нехтування потребами дитини, експлуатація та насильство, порушення довіри та кордонів. Наприклад, в роботах, К. Е. Лоусон, Б. Ван Дер Колка, С. Форвард та Д. Ф. Глинн (Лоусон, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Forward et al., 2013) визначено:

- незадоволення базових потреб у підтримці здоров'я тіла дитини, захисті, в їжі, воді, комфорті, безпеці, тілесному (не сексуальному) контакті;
- сексуальне, емоційне, фізичне, фінансове насильство;
- нездатність матерів із розладом особистості контейнувати почуття своєї дитини, провалюючись у власні переживання і регресуючи на інфантильний рівень мислення, сприйняття і поведінки;
- неадекватні за віком, силою, тривалістю та формою покарання;
- систематичне порушення довіри та кордонів дитини;
- виснажлива фізична робота, яка не відповідає віку і силам дитини;
- примус до ритуалів релігійного культу або культоподібних організацій;
- регулярне приниження або примушування до чогось;
- неадекватна критика, конкуренція з дитиною, заздрість до дитини, заборона на розвиток і сепарацію;
- гіперопіка – гіпоопіка, гіперконтроль – гіпоконтроль;
- травма свідка: дитина стає учасником або свідком потворних сцен, афективної, неадекватної, імпульсивної поведінки батьків, насильства з боку батьків один до одного або до її сиблінгів;
- мати страждає на одну з форм залежностей або психічні відхилення;
- дитина змушена брати на себе непосильну ношу будь-яких зобов'язань і ставати батьками для інших або самої себе тощо.

Звичайна, одинична травматична ситуація від травми розвитку відрізняється тим, що в цьому випадку шкода, яку завдають дитині, буде регулярною, систематичною і супроводжуватиме її весь період становлення на всіх стадіях психосексуального розвитку, що, безумовно, може позначитися на деформації як фізичного, так і психічного розвитку дитини і, як наслідок, викликати складний (або комплексний) посттравматичний стресовий розлад (КПТСР / CPTSD), також відомий як складний травматичний розлад. КПТСР – це психологічний розлад, що може розвиватися у відповідь на тривалий, повторюваний досвід міжособистісної травми в такому контексті, у якому людина має мало шансів або не має змоги цього уникнути. У роботах М. Веста, К. Е. Лоусон, П. Уолкера, Дж. Герман (West, 2016; Лоусон, 2023; Уолкер, 2023; Герман, 2015) цю травму визначено травмою розвитку, оскільки весь стресовий і, як наслідок, травматичний досвід супроводжує всі періоди розвитку дитини. Цей досвід може спричинити почуття жаху, безпорадності, тотальної вразливості та деформації своєї ідентичності й почуття «Я».

Найчастіше діти, які пережили регулярний травматичний досвід, що спричинив травму розвитку та/або КПТСР, для того, щоб пережити цей досвід і вижити, розвивають у собі досить потужні, частіше примітивні захисні механізми, серед яких: розщеплення, заперечення, дисоціація, примітивна ізоляція та ізоляція афекту, а також витіснення. Виростаючи, вони «не пам'ятають» (витісняють)

деякі періоди свого дитинства або уникають про них говорити, не можуть відрізнити норму стосунків від патології; у них значно підвищений рівень толерантності до насильства та неадекватної поведінки інших. Вони часто не розуміють своїх потреб і бажань, не мають достатньо хорошого зв'язку з власним тілом, відчувають тривогу в стосунках, які нічим не загрожують, а отже, момент фрустрації неможливо контролювати, тож зазвичай створюють деструктивні стосунки, що переповнені тривогою, насильством, непередбачуваністю тощо. Пов'язано це з можливістю використання різних копінг-стратегій: якщо індивід не може втекти або боротися з агресором, то він має використовувати інші стратегії: завмерти або адаптуватися. І заперечення, витіснення та відщеплення цього досвіду чи почуттів, а також примітивне скидання напруги (через конфлікт, відігравання, вживання психоактивних засобів, соматизацію тощо) є «рятівним жилетом» для таких дітей, свого роду «анестезією» від болювого шоку, від усвідомлення того, що в їхньому дитинстві з ними відбувалося насправді у стосунках із найважливішими та найзначущими людьми.

Якщо, наприклад, у хлопчика була інфантильна, імпульсивна, мазохічна мати, мати-жертва, яка вимагала багато уваги й батьківської протекції від своєї дитини, вона не могла встановити адекватний емоційний контакт із дитиною і бути для неї надійним дорослим (Лоусон, 2023). На наш погляд, оскільки дитині життєво важлива прив'язаність до матері, вона починає неусвідомлено піклуватися про матір, яка страждає, намагаючись «підтримувати в ній життя» своєю опікою і турботою, через механізм парентифікації, стаючи для неї батьком. Така мати, щоб вгамувати свій внутрішній голод та отримати своє, маніпулювала своєю слабкістю і страхом дитини втратити її. Коли така матір впадала в депресивний або істеричний стан, то дитина намагалася або реанімувати, або контейнувати її знову і знову. Так у дитини сформувалося травматичне ядро: «Я слабкий і залежний, проте я не маю права про себе потурбуватися і просити про допомогу свою матір, бо вона ще більш залежна від мене. Тому я не маю права бути слабким і дбати про себе, а мушу, на шкоду власним потребам, дбати про матір» (цит. автора статті — прізвище приховане для рецензування).

Таке травматичне ядро формує навколо себе так званий атрактор, який є своєрідним «магнітом» і зумовлює характер стосунків уже дорослого чоловіка як залежно-мазохістський. І вже в дорослому віці для нього «нормальна» близькість у партнерстві здається такою самою, як з матір'ю в дитинстві. Жінки з іншою поведінкою просто не викликають у нього жодного інтересу, адже він знає тільки такий формат близькості – співзалежний і мазохістський. У кожних нових стосунках дорослий чоловік намагатиметься виправити те, що не зміг виправити в дитинстві та чому не міг зарадити відповідно до таких можливих варіантів:

1) шукатиме жінок, схожих на його матір: слабких, залежних, інфантильних, безпомічних і вибагливих, яких треба нескінченно «рятувати»;

2) назавжди залишиться для своєї матері «партнером» і «батьком» і не зможе емоційно сепаруватися для побудови власної сім'ї чи партнерських стосунків;

3) взагалі уникатиме будь-якої відповідальності перед жінкою та дітьми, оскільки чоловіком і батьком він уже був для своєї матері все своє дитинство і «набувся» на все подальше життя.

Ще одним прикладом формування цілої низки таких специфічних захистів і патологічних компенсаторних механізмів може бути історія молодої жінки 35 років, яка прийшла до психотерапевта із запитом щодо наявності певних проблем у партнерських стосунках і ставленні до власного тіла. Аналіз поведінки її матері дав змогу визначити таке: хиткий настрій матері, постійні невмотивовані

тривалі сварки, порушення кордонів, образи, роздратування, невміння розпоряджатися грошима та ін. Клієнтка описувала свою матір як істеричну, слабку жінку, яка зовсім не могла контейнувати будь-які негативні власні почуття. У підлітковому віці клієнтка емоційно закрилася від матері; у 15 років почала працювати та заробляти на власні потреби, рано з'їхала з батьківського дому, багато вчилася, створила кар'єру, здобула фінансову незалежність, але не могла створити стабільні партнерські відносини з чоловіком, хоча дуже прагнула цього й відчувала себе самотньою. Дисгармонія особистих стосунків в неї проявлялася в нездатності підтримувати емоційну близькість за можливості функціонально дуже добре дбати про себе й інших. Будь-яка залежність, відповідальність і прагнення до прив'язаності в партнерських відносинах, де вона відчувала любов, викликали в неї сильне відчуття страху і, як наслідок – контрзалежність та уникання.

Звідси можна зробити висновок, що одними з найпоширеніших наслідків дитячих травм, отриманих у стосунках зі значущими дорослими (особливо матір'ю), є нездатність або страх будувати гармонійні партнерські стосунки, створювати сім'ю та отримувати благополучний досвід батьківства або турботи про когось іншого. Коли такий дорослий клієнт приходить у психотерапію, то в процесі збору анамнезу доволі часто з'ясовується, що в цієї людини в дитинстві були деструктивні стосунки з матір'ю, яка страждала на якийсь розлад особистості межового або психотичного спектра.

Особливо деструктивний вплив на психіку дитини може мати наявність в одного з батьків межового розладу особистості (МРО). Здебільшого цей згубний вплив на психіку дитини чинить наявність розладу в матері, оскільки в перші роки вона є найголовнішим первинним об'єктом, що здійснює піклування та догляд за дитиною (або має здійснювати) (Лоусон, 2023; Rheingold, 1967; Воллін, 2023; Forward et al., 2013). Саме фактор регулярності та систематичності повторення травматичного досвіду впливає на виникнення травми розвитку в дитини, яка супроводжується низкою наслідків у когнітивно-поведінковій, емоційній, психічній чи фізичній сферах розвитку дитини.

М. Лайнен підкреслює особливо згубний вплив емоційної вразливості та дисрегуляції емоцій за наявності МРО: високої чуттєвості, інтенсивних реакцій, повільного відновлення (Linehan, 1993), які впливають на засвоєні патерни регуляції афекту дітьми таких матерів і їх здатність регулювати, контейнувати, відігравати емоції в особистих (партнерських, дружніх, робочих, сімейних, тощо) стосунках у дорослому віці.

Наведемо *діагностичні критерії МРО, а також особливості матерів із МРО і їхній потенційний вплив на власних дітей.*

Загалом межовий розлад особистості характеризується дифузними, слабкими его й ідентичністю, низьким рівнем особистісної інтеграції, переважаючою тенденцією до надмірної лабільності, гіперчутливості в міжособистісних стосунках, нестабільною самооцінкою, коливаннями настрою у вигляді крайнощів, раптовими, інтенсивними афектами й імпульсивністю (Kernberg, 1984, 1992). Межовий розлад особистості, відповідно до DSM-5 (DSM-5, 2023) характеризується стійким патерном нестабільних міжособистісних стосунків, уявлень про себе та переживань, а також помітною імпульсивністю, що виникає в ранньому дорослому віці та проявляється у різних контекстах.

Операціоналізована психодинамічна діагностика (OPD-2, 2007) визначає такі діагностичні критерії помірно (високий межовий рівень) або мало (низький межовий рівень) інтегрованих пацієнтів: мають труднощі з регуляцією афектів; реагують на афект полярною афектацією: від інтенсивного гніву, агресії до депресивних епізодів; мають труднощі в стосунках, з емоційною близькістю, в роботі;

схильні до адиктивної поведінки, РХП (розладів харчової поведінки), сексуальних компульсій, гемблінгу та ін.; схильні до саморуйнівної поведінки, самоушкоджень, проміскуїтета, фінансової ризикованої поведінки як реакції на сильний стрес. Основні захисні механізми, які використовують на цьому рівні інтеграції: розщеплення, проєктивна ідентифікація, заперечення, примітивна ізоляція, всемогутній контроль, відігравання, соматизація.

Пацієнти з МРО не витримують самотності; докладають суттєвих зусиль, щоб їх не залишили наодинці; породжують кризові ситуації; часто намагаються розв'язати питання шантажем, обманом, маніпуляціями й ультиматумами; схильні до спалахів агресії та аутоагресії, суїцидальних тенденцій і саморуйнування.

Частково це пов'язано з генетичною схильністю людини до МРО (Лоусен, 2023). Генетична схильність до патологічної реакції на стрес у життєвому середовищі може проявлятися як спадковий компонент. Серед родичів першої лінії споріднення пацієнтів із МРО ймовірність виникнення аналогічного розладу в п'ять разів вища порівняно з іншими. Зазвичай в анамнезі клієнтів, які мали матір з МРО, є й інші родичі, які мали схожі симптоми (бабусі, дідусі, дядьки, тітки). Також МРО може бути спричинений власним травматичним досвідом матерів, наслідками деяких інфекційних захворювань чи травм головного мозку, неврологічними та психічними захворюваннями ендогенного характеру (що може призвести до порушень функцій мозку й нейрорегуляторних систем), а також проблемами в емоційній сфері, що виражаються в нездатності витримувати власні та чужі емоційні стани, контролювати афекти й імпульси, алекситимією. Частково така поведінка матерів з МРО пов'язана з так званою педагогічною запущеністю, тобто невмінням по-іншому вирішувати труднощі й отримувати увагу та турботу інших у більш конструктивний спосіб: у досвіді соціалізації інших варіантів поведінки не було представлено.

Люди з МРО вважають, що це відкидання і покинутість свідчать про те, що вони погані. Вони бояться бути покинутими, відкинутими, покараними, тому вони не хочуть і не можуть залишатися на самоті. Ці пацієнти, як правило, раптово, різко й кардинально змінюють свою точку зору. На початку стосунків вони можуть ідеалізувати своїх партнерів (і терапевта) або тих, хто піклується про них, вимагаючи, щоб на них витрачали багато часу і сил. Потім їхні «емоційні гойдалки» починають рухатися у зворотному напрямку, і вони раптово можуть відчувати, що партнер недостатньо про них дбає, і будуть сильно розчаровані. Нарешті вони можуть почати принижувати іншого або відчувати нарцисичну лютю і намагатися відкинути, покарати або знищити того, хто не погодився з ними або не віддав усього себе. Цей перехід від ідеалізації до знецінення відображає їхнє чорно-біле мислення (розщеплення, поділ на хороших і поганих). Пацієнти з МРО можуть співпереживати й піклуватися, тільки якщо відчують, що інший буде доступним для них щоразу, коли це їм потрібно. Якщо бажаний об'єкт з якоїсь причини не доступний, то вони можуть переживати стійке відчуття порожнечі.

Самооцінка матерів з МРО дуже нестійка, може різко й кардинально змінюватися, проявляючись раптовою зміною своїх цілей, цінностей, суджень, напрямів кар'єри, друзів тощо. В один момент вони можуть вимагати підвищеної уваги, а наступної миті можуть спалахнути гнівом, що з ними поводяться неправильно, і відштовхнути своїх друзів, дитину або партнера. Як правило, вони вважають себе поганими, а іноді відчують, що вони зовсім не існують, наприклад, коли ніхто не піклується про них. Часто вони відчують внутрішню порожнечу й розуміють себе тільки через стосунки з іншими.

Зміни настрою (наприклад, інтенсивна дисфорія, драматичність, тривога) зазвичай тривають лише кілька годин,

рідко більше кількох днів. Така інтенсивність, чутливість і полярні прояви дуже виснажують як самих матерів з МРО, так і їхніх близьких. Пацієнти з межовим розладом особистості часто беруть на себе більше, ніж готові або хочуть виконувати, а потім саботують і себе, й інших, коли вже майже досягли своєї мети. Їм складно виконувати зобов'язання, що вимагають стабільності, зусиль і рутини. Наприклад, мати з МРО може не готувати їжу для своїх дітей або не прибирати будинок кілька тижнів чи місяців, а потім раптово приготувати кілька страв і влаштувати генеральне прибирання.

Пацієнти, діти матерів з МРО, називають імпульсивність, непередбачуваність і неконтрольовану агресію найбільш фруструючими факторами. Оскільки саме ці три чинники не дають змоги дитині адаптуватися до постійно мінливої ситуації, клімату в сім'ї та настрою матері. Така поведінка, безсумнівно, завдає шкоди дитині, що формується, для якої стабільність матері є визначальною ознакою безпеки всього світу. Серед інших форм імпульсивної поведінки матерів із МРО їхні діти називають азартні ігри, небезпечний секс із малознайомими партнерами, переїдання, безвідповідальне водіння автомобіля, зловживання наркотичними, психоактивними речовинами та ліками, а також надмірні й імпульсивні витрати, які призводять до боргів і розорення. У таких матерів дуже поширена суїцидальна поведінка, жести, а також погрози самоушкодження (наприклад, нанесення порізів, опіків, демонстративна організація суїциду, псевдо-непритомність тощо). Незважаючи на те що багато самоушкоджувальних дій не вчиняються з ідеєю завершити життя, ризик самогубства в цих пацієнтів у 40 разів вищий, ніж у загальній чисельності населення. 8–10 % цих пацієнтів помирають унаслідок самогубства (Ван Дер Колк, 2023). І діти таких матерів постійно переживають навколосмертний досвід, сповнений жахом, який згодом змінюється відразою і тотальною байдужістю до почуттів і поведінки межевої матері та подібних до неї людей.

Приводом для самоушкоджувальних дій або погроз зазвичай є непокора вимогам, відкидання, ризик бути покинутою, а також розчарування в близькій або коханій людині. Під час дисоціативного епізоду люди з МРО можуть наносити собі каліцтва, щоб компенсувати свій поганий стан, підтвердити свою здатність відчувати або відволіктися від хворобливих емоцій. Дисоціативні епізоди, параноїдальні думки, а іноді симптоми, подібні до психотичних (наприклад, галюцинації, нав'язливі або параноїдальні ідеї), можуть бути спричинені сильним стресом, зазвичай страхом покинутості, чи то реальним, чи то уявним. Вони, як правило, минають досить швидко: через декілька часів або днів.

Дуже часто в матерів з МРО спостерігаються супутні захворювання, які мають коморбідний характер. Наприклад, у більшості матерів із МРО наявна низка інших розладів, а саме депресія, тривожно-фобічні розлади (панічний, параноїдний розлад, ОКР, афективний, нарцисичний розлад тощо), посттравматичний стресовий розлад, анти-соціальна поведінка, РХП та різні форми залежностей, пов'язані із вживанням психоактивних речовин тощо.

Таким чином, з огляду на нестабільність афектів та імпульсів матері з МРО, можна спостерігати в анамнезі дитини такої матері систематичний фруструючий досвід, який переживається як насильство, що зрештою призводить до формування травми розвитку, комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) і порушення довіри до значущих осіб і всього світу загалом.

Наслідки та прояви травми розвитку в дітей тих матерів, які мають МРО, для дорослого життя цих дітей, вміння і бажання встановлювати стосунки з іншими є важкими та різноманітними.

Дитина як об'єкт впливу, а також як суб'єкт стосунків, маючи певні потреби, протягом усього часу свого розвитку

переживає неодноразові фрустрації в стосунках з матір'ю, яка страждає на МРО. Це в підсумку може вплинути на те, що дитині не вдасться сформувати надійну прив'язаність і створити гармонійні партнерські відносини в дорослому віці (Лоусон, 2023). Така дитина, для того щоб уникнути дезінтеграції психіки та вижити, взяти під контроль жах, відчай і безпорадність, які виникають у відповідь на хаотичну поведінку матері з МРО, змушена вибудовувати специфічні захисти, які потім мають деструктивне відігривання в партнерських стосунках у дорослому віці (McWilliams, 2011):

- обсессивно-компульсивну ритуалізацію у вигляді розладів харчової поведінки, постійного прибирання, нав'язливих побутових ритуалів, якщо тривога в очікуванні чергового конфлікту з матір'ю стає нестерпною;

- раціоналізацію, моралізацію та інтелектуалізацію, покликані пояснювати неадекватну поведінку матері, шукаючи ознаки «норми» в її поведінці та знаходячи зрозумілі причини того, що насправді не є нормою в дитячобатьківських відносинах;

- ізоляцію афекту, коли мати з МРО не здатна контейнувати емоції своєї дитини та коли самій дитині неможливо контейнувати свої або материнські істеричні афекти й агресивні імпульси. При цьому дитина формує спотворені уявлення про те, як треба поводитись із власними імпульсами, афектами, бажаннями та почуттями;

- реверсію, коли дитина має переживати нав'язану відповідальність за емоційний стан і обслуговувати та задовольняти інфантильні потреби матері;

- примітивну ізоляцію, намагаючись тікати та взагалі не вступати в контакт із нестабільною матір'ю або максимально уникати її;

- регресію та соматизацію, щоб повернути собі дитячу роль у стосунках із незрілою матір'ю, яка не здатна на батьківську відповідальність перед своєю дитиною;

- повертання проти себе для того, щоб взяти під контроль і спробувати змінити себе, коли дитина не може контролювати процеси, які відбуваються з матір'ю та відшукати будь-який спосіб опанувати її агресивну чи імпульсивну поведінку;

- дисоціацію як спосіб відключити свою свідомість від усвідомлення тих жахів, які дитина вимушена переживати в родинних стосунках знову і знову, тощо.

При цьому в дітей існують нормальні потреби: потреба в ніжності (їм потрібно, щоб їх несексуально обіймали чи торкалися); у визнанні (їм потрібно бачити віддзеркалення позитивного образу себе в батьківських очах); у розраді (щоб їх заспокоювали, обнадіювали й захищали); у певній мірі адекватному контролі й опіці (їм потрібно отримувати передбачувані відповіді на ті свої потреби, які вони висловлюють, а також надійний захист, коли вони підходять до «прірви», досліджуючи цей світ і себе) (Brisch, 2004; Scharff et al., 2000; Воллін, 2023; Уолкер, 2023).

Дитина, яка не може проконтролювати стан, почуття і поведінку своєї матері, а також не отримує задоволення перерахованих вище потреб, перебуватиме в постійному відчутті хаосу. І, намагаючись вижити, вона вдаватиметься все до тієї самої схеми: бий, завмири, біжи, адаптуйся – як копінг-стратегії. У неї формуватимуться симптоми, які дають змогу компенсувати цю шкоду та стабілізувати внутрішній і зовнішній хаос, і ці симптоми переважно негативні й деструктивні.

Звертаючись до робіт М. Стоун, Ван Дер Колк показує, що коли людина з межовим розладом відчуває стрес або загрозу, притаманна їй система пам'яті легко оминає когнітивні механізми, пов'язані з любовими частками мозку (Ван Дер Колк, 2023). Така людина спочатку діє, а потім думає. Це може мати різні наслідки, у тому числі втрату довіри дитини.

Оскільки дитина через свою нездатність про себе подбати змушена перебувати в залежному становищі від

такої матері довгі роки свого становлення, то такий тривалий деструктивний вплив на психіку й тіло дитини може призвести зрештою до травми розвитку, яка, зі свого боку, вже впливатиме на її здатність будувати близькі й довірливі стосунки з кимось іншим.

У випадку подібної травми розвитку дитина отримує надмірно й інтенсивно негативний досвід, який не здатна адекватно пережити через свою ще незрілу психіку та несформовані адаптаційні механізми. У травматичній ситуації найчастіше дитина не може ні бігти, ні боротися. Їй залишається тільки завмерти або адаптуватися. І часто беззахисна дитина вибирає завмерти й адаптуватися через формування симптомів, через які вона хоча б частково знімає напругу, що накопичилася від потреби постійно виживати.

Контейнування як найважливіший компонент стійкості матері – термін, запропонований В. Біоном (Bion, 1962), позначає здатність матері тримати в голові потреби дитини, витримувати їх і задовольняти достатньою мірою. Біон вважав, що ця здатність належить до когнітивної сфери, але Д. Е. Шарфф і Дж. С. Шарфф вважають, що це радше об'єднаний емоційно-когнітивний процес (Scharff et al., 2000). Дитина часто відчуває тривожні почуття, з якими не може впоратися. Також ці автори коментують погляд М. Кляйн, що ці стани беруть свій початок у «потягу до смерті», додаючи, що йдеться про агресивний потяг. Немовля не здатне впоратися зі своїми страхами і тому поміщає їх у матір, яка має «контейнувати» їх, перебуваючи у стані «замисленості» і не страждаючи від сили його агресії. Потім вона має трансформувати ці дезінтегровані елементи переживання немовляти й повернути їх дитині в більш терпимій, безпечній формі, передаючи дитині і свою здатність справлятися з ними. Усе це вимагає зрілої та стійкої сили еґо і великого ресурсу від матері (Scharff et al., 2000).

Коли в жінки з межовим розладом особистості з'являються діти, вона починає інакше дивитися на світ, інакше сприймати життя й небезпеки: з'являється зайва тривога, яка може негативно впливати не тільки на саму матір, а й на розвиток дитини. Дж. Ф. Рейнгольд зазначає, що тривога і страх смерті беруть свій початок від матері. Мати не тільки позитивно впливає на дитину, а й може бути матір'ю-руйнівницею, тим самим викликаючи страх у дитини (Rheingold, 1967). Також Дж. Ф. Рейнгольд підкреслює, що дитина у своїй безпосередності, непередбачуваності, афективності є для матері з МРО об'єктом інтрузії – хвилювання і фрустрації (Rheingold, 1967). Тому матір або систематично уникає її, або використовує її як «контейнер» для своїх почуттів, або каратиме чи «знешкоджуватиме» та знищуватиме щоразу, коли дитина вимагатиме від неї більше, ніж вона здатна дати, або під час спроб сепарації.

Отже, уже в дорослих дітей матерів із МРО ми можемо спостерігати такі симптоми травми та дисгармонії розвитку: порушену базову довіру до світу, себе й інших; порушення прив'язаності; неадекватну, надмірну реакцію на зовнішні стимули; провокацію розрядки в стані невизначеності та відсутності контролю (через механізм проєктивної ідентифікації); формування тригерів і флешбеків (як наслідок КІПТСР); неможливість, нездатність будувати гармонійні стосунки або повну відмову від близькості, турботи й любові; виникнення психосоматичних симптомів, активацію органічних, генетичних, аутоімунних захворювань; виникнення розладів особистості та психічних захворювань; трудового, депресію, тривожність, фобії; цинізм, сарказм, ізоляцію емпатії та інших почуттів; труднощі в сексуальній сфері; порушення міжособистісних стосунків та ін. (Лоусен, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Міллер, 2023).

Оскільки стосунки з матір'ю, яка має ознаки МРО, довготривалі та мають сильний вплив на формування

дитини протягом періоду, коли відбувається розвиток мозку (Diem-Wille, 2011), можна говорити про те, що такі стосунки, стаючи травмою розвитку, можуть чинити пошкоджуючий вплив на такі функції: фізична чутливість (сенсорний розвиток); процеси функціонування пам'яті (дисоціація, дереалізація, деперсоналізація, амнезія); прив'язаність; емоційна регуляція імпульсів, афектів та емоцій; регуляція поведінки; когнітивна сфера (пізнавальні функції); формування й розвиток власної ідентичності, уявлення про себе; формування й закріплення патологічної компенсаторної поведінки (розлади харчової поведінки, залежності від психоактивних речовин, трудоволізм, сексуальні дисфункції та перверсії тощо).

Б. Ван дер Колк говорить про те, що в дорослому віці, з плином часу, ми можемо побачити негативний вплив травми розвитку на дитину (отриманої від матері з МРО) саме у взаємодії дорослої людини з партнером в особистих стосунках. Навіть коли вони потрапляють у безпечні стосунки та середовище, то не перестають «виживати». Психіка такої людини постійно перебуває в напруженому очікуванні чергової фрустрації. Будь-які, навіть дрібні, повсякденні непорозуміння у стосунках із партнером, можуть ставати тригером і сигналом того, що наближається небезпека, яка загрожує існуванню (Ван Дер Колк, 2023). Таким чином, усі ресурси (внутрішні та зовнішні) такої людини йдуть на те, щоб опанувати чи розрадити сильну тривогу, «вижити» у стосунках із близькими або не вступати у стосунки зовсім, залишаючись у параноїдно-шизоїдній позиції, щоб уникнути поранення або навіть «смерті» (Levy, Lemma, 2021).

Отже, дисгармонія особистих, партнерських стосунків у дорослому віці, відповідно до узагальнених нами досліджень, може проявлятися здебільшого у вигляді таких патернів: недостатність емоційного контакту; нездатність (дефіцит навичок) регулювання афекту; проблеми із сексуальним здоров'ям, лібідом та вираженням власної сексуальності, неадекватні сексуальні сценарії; надмірна агресивність або контролююча поведінка у стосунках; схильність до руйнування стосунків через неможливість їх виносити, невпорядкована поведінка та відігравання звичного сценарію дисгармонії, засвоєного в батьківській родині.

Представлені в роботах П. Левіна, К. Е. Лоусон, Б. Ван Дер Колка, П. Волкера, Дж. Герман, Б. Уебстер, С. Форвард та ін. (Levin, 1997; Linehan, 1993; Лоусон, 2023; Ван Дер Колк, 2023; Уолкер, 2023; Герман, 2015; Webster, 2021; Forward et al., 2013) *стратегії психотерапевтичної допомоги дорослій людині, яка була вихована матір'ю з МРО та зазнала травми розвитку*, можуть містити стратегію, яка складається з декількох етапів. Ця стратегія також буде доречною як мета побудови адекватних, довірливих, конструктивних партнерських стосунків.

Під час психотерапії такі процеси уникання близькості ми можемо відслідкувати на тому, як клієнт, у якого була мати з МРО, поводить себе в питаннях дотриманням вимог сетингу (регулярного відвідування терапії, своєчасної оплати, виконання умов договору тощо) та в самому процесі психотерапії в роботі з перенесенням. Наприклад, дорослий клієнт із травмою розвитку внаслідок виховання матір'ю з МРО, під час формування альянсу, потрібного для створення довірливих відносин із терапевтом і подальшої ефективної роботи, дуже швидко може сформувати перенесення, у якому терапевт стає тією самою вимогливою чи агресивною матір'ю, яка сваритиме, кидатиме, каратиме. Відчуваючи сильну тривогу в очікуванні фрустрації від терапевта, клієнт несвідомо використовуватиме захисний механізм «проективної ідентифікації»: забуватиме своєчасно сплячувати за терапію, запізнюватиметься, відмінитиме сесії з неповажних причин. Таким чином, клієнт, який відчуває внутрішній конфлікт між бажанням і потребою створити міцний, довірливий зв'язок і пережити «безпечну залежність» від терапевта, не маючи

досвіду такої залежності від матері, несвідомо намагатиметься спровокувати терапевта на очікувану поведінку (агресію, відторгнення, покарання, покидання тощо). Це потрібно клієнтові, щоб або відіграти драматичний сценарій свого дитинства з метою доторкнутися до витиснених почуттів, покарати «матір» в обличчі психотерапевта, або пережити лякаючий сценарій близьких стосунків на інший, щоб скинути напругу, або уникнути подальшого формування «безпечної близькості» з терапевтом, у якій, відповідно до досвіду й упередженого ставлення клієнта, за довірою неминує слідує «зрада».

Отже, терапевту для початку слід запропонувати клієнту створити разом із ним стійкий сетинг, щоб простір терапії був вільний і захищений від ситуацій, які тривожать клієнта, і допоміг створити безпечний ритуал регулярних зустрічей. Важливо провести клієнту психоедукацію стосовно того, що матерям з МРО (за наявності встановленого діагнозу), відповідно до досліджень, може бути показана довготривала, можливо, постійна психотерапія. Паралельно із цим у психотерапії має йти робота над створенням надійного альянсу між терапевтом і клієнтом, який може слугувати клієнту новою нормою здорових стосунків, у яких близькість знову стане можливою. Цей досвід «хорошої залежності» від значущої особи на певному етапі психотерапії може стати передумовою до відновлення довіри й самості клієнта. Важливо допомогти клієнту визнати досвід свого дитинства як реальний і травматичний (у цьому процесі терапевт виступає «свідком») і допомагає зафіксувати досвід клієнта як реальний, хоча б на рівні почуттів) і допомогти йому пережити це горе на всіх етапах. Допомога клієнту відстежити, усвідомити, вивчити та привласнити всі його відщеплені частини й почуття є наступним етапом. Також потрібно розглянути можливість, необхідність і доцільність призначення медичних препаратів (з компетентними в цьому питанні фахівцями). Відстежити і проаналізувати деструктивні патерни поведінки та перенесення клієнта на інших людей і терапевта. Важливо допомогти розділити досвід стосунків із матір'ю з МРО та інших людей. Переглянути формат і якість стосунків клієнта з іншими людьми. Терапевту важливо диференціювати й діагностувати дитячі травми, потім надати достатньо часу та простору для стабілізації і ресурсу свого клієнта, а потім спробувати опрацювати травматичний досвід клієнта у своїй психотерапевтичній парадигмі, до того моменту, коли інтеграція цього досвіду в нове життя та стосунки клієнта стане можливою. Дослідити рівень алекситимії та спробувати наблизитися до відщеплення одного разу почуттів. Також важливо відстежити та проаналізувати особливості психологічних захистів, які колись мали рятівний характер, а тепер деструктивно впливають на партнерські стосунки клієнта. Спробувати сформувати більш конструктивні адаптаційні механізми, наприклад сублімацію. Навчитися конструктивно й об'єктивно конфліктувати, тобто використовувати конструктивну форму висловлювання претензій партнеру й іншим, вчасно і за адресою (наприклад, говорити партнеру про свої почуття). Розвивати рівень емпатії та чуттєвості і, навпаки, вчитися казати «ні». Навчитися вибудовувати гнучкі, але надійні кордони в міжособистісних стосунках. Працювати з внутрішньою дитиною, надаючи безпечний простір для адекватного «дорослішання», де клієнт зможе вибудувати внутрішній баланс між позиціями дитини – дорослого – батька. Увесь час терапії психотерапевту важливо пам'ятати про безоціночність, відсутність експлуатації клієнта, конфіденційність, етику та підтримку клієнта в його позитивних змінах, без можливості відігравати драми на полі психотерапії, натомість пропонуючи інший, адекватніший і здоровіший досвід стосунків, який клієнт потім зможе втілити у своє реальне життя.

Висновки. Отже, патерни «межової» поведінки матері чинять суттєвий вплив на розвиток й функціонування індивіда як в дитинстві, так і в дорослому віці. Стресовий

і травматичний досвід у стосунках із батьками в дитинстві здатен призводити до формування травми розвитку, а можливо, і КПТСР. Діти матерів із МРО в дорослому віці демонструють порушену базову довіру до світу, себе й інших; порушення прив'язаності; цинізм, сарказм, ізоляцію емпатії та інших почуттів; труднощі в сексуальній сфері; порушення міжособистісних стосунків тощо. Діагностичні критерії межового розладу особистості, визначені у DSM-5 та OPD-2, вказують на високий ризик психологічної травматизації дитини, яку виховує матір із МРО.

Якщо цей деструктивний сценарій у дитинстві відбувся, у дорослому віці під час зустрічі партнера, який подобається, індивід може неусвідомлено проєктувати на нього ті риси, які подобалися у близьких або викликали сильні негативні емоції.

Отже, унаслідок деструктивних стосунків із «межовою» матір'ю формується ненадійна, тривожно-уникаюча, тривожно-амбівалентна або дезорганізована прив'язаність, яка в дорослому віці змушує шукати можливість відтворити

травматичний досвід, щоб позбутися напруги, яка накопичилась, і розв'язати внутрішні конфлікти через відігравання драми та травми. Для дітей матерів із МРО характерно обирати партнера з позиції травматичного впізнавання, яка відчувається ними як норма. Можливим є формування контрзалежності; відмова від стосунків (як захист від будь-якої форми близькості); формування нездатності та страху будувати гармонійні партнерські стосунки, створювати сім'ю, отримувати досвід батьківства та турботи про іншого.

Психотерапевтична допомога дорослій людині, яка була вихована матір'ю з МРО та зазнала травми розвитку, за відповідного запиту клієнта має за мету розвиток здатності клієнта будувати й підтримувати здорові, адекватні, довірливі, конструктивні партнерські стосунки в майбутньому. Більш ґрунтовно напрями психотерапевтичної допомоги дорослим, які не здатні будувати такого типу стосунки (у тому числі через деструктивні стилі виховання або особистісні розлади батьків), будуть нами представлені в подальших наукових публікаціях.

Список літератури:

- Ван Дер Колк Б. (2023). *Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому*. Харків : Віват, 624 с.
- Воллін, М. (2023). *Це почалося не з тебе. Як успадкована родинна травма формує нас і як розірвати це коло*. Харків : Віват, 288 с.
- Герасименко, Л. О., Скрипников, А. М., Ісаков, Р. І. (2023). *Реакції на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб.* Київ : ВСВ «Медицина», 120 с.
- Герман, Дж. (2015). *Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства від знуцань у сім'ї до політичного терору*. Львів : Видавництво Старого Лева, 416 с.
- Джонсон, М. С. (2023) *Теорія прив'язаності. Емоційно-фокусована терапія для створення гармонійних стосунків*. Київ : Науковий світ, 388 с.
- Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації* (2023). Львів : Галицька видавнича спілка, 474 с.
- Лоусон, К. Е. (2023). *Матері з межовим розладом особистості та їхні діти: як впоратись з напруженістю, непередбачуваністю та непостійністю у відносинах з матір'ю*. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 384 с.
- Міллер, А. (2023). *Бунт тіла*. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 224 с.
- Томе, Г. & Кехеле, Х. (2021). *Психоаналітична терапія: теорія і практика*. Львів: Літопис.
- Уолкер, П. (2023). *Комплексний ПТСР: керівництво з відновлення від дитячої травми*. Київ : Науковий світ. 316 с.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Karnac Books.
- Brisch, H.K. (2004). *Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy*. The Guilford Press, 294 p.
- Chen, A. (2019). *The Attachment Theory Workbook: Powerful Tools to Promote Understanding, Increase Stability, and Build Lasting Relationships*. Althea Press. 192 p.
- Chlebowski, S.M. (2013). The Borderline Mother and Her Child: A Couple at Risk. *American Journal of Psychotherapy*. Volume 67, Issue 2, pp. 109–214. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.2.153>.
- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Berkeley, 263 p.
- Diem-Wille, G. (2011). *The Early Years of Life: Psychoanalytical Development Theory According to Freud, Klein, and Bion*. Routledge. 300 p.
- Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2000) / Ed. by Foa, E., Keen, M.T., Friedman, M. The Guilford Press, 388 p.
- Forward, S., Glynn, D.F. (2013). *Mothers Who Can't Love: A Healing Guide for Daughters*. Harper, 304 p.
- Francis, J.L., Sawyer, A., Roberts, R., Yelland, C., Drioli-Phillips, P., & Sved Williams, A.E. (2023). Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother-infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 79, 1245–1260. <https://doi.org/10.1002/jclp.23465>.
- Fromm, E. (1992). *Anatomy of human destructiveness*. Holt Paperbacks. 576 p.
- Harris, P. (1997). *An analysis of Melanie Klein, The Psycho-Analysis of Children*. London: Vintage.
- Kernberg O.F. (1984). *Severe personality disorders: Strategies for psychotherapy*. Yale University, New Haven. 396 p.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press. 326 p.
- Levin, P. A. (1997). *Waking the Tiger - Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*.
- Levy, S., Lemma, A. (2021). *The Perversion of Loss: psychoanalytic perspective on trauma*. Routledge. 190 p.
- Linehan, M.M. (1993). *Skill Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York. The Guilford Press. 336 p.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
- Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning* (2007). Hogrefe & Huber Publishers. 431 p.
- Rheingold, S. J. (1967). *Mother, anxiety and death: catastrophic death complex*. Little, Brown. 271 p.
- Scharff, J.S., Scharff, D.E. (2000). *Object Relations Individual Therapy (The Library of Object Relations)*. Jason Aronson, Inc., 656 p.
- Webster, B. (2021). *Discovering the Inner Mother: A Guide to Healing the Mother Wound and Claiming Your Personal Power*. William Morrow. 304 p.
- Weldon, E.V. (1992). *Mother, Madonna, Whore, the Idealization and Denigration of Motherhood*. Routledge. 192 p.
- West, M. (2016). *Into the Darkest Places: Early Relational Trauma and Borderline States of Mind*. Routledge. 360 p.
- Zoja, L. (2001). *The Father: Historical, Psychological and Cultural Perspectives*. Routledge, 326 p.

Анотація. Стаття присвячена узагальненню теоретичних положень і результатів емпіричних досліджень впливу виховання матерями з межовим розладом особистості на формування дисгармонійних партнерських стосунків у дорослому віці як наслідку травми розвитку. Проаналізовано материнську роль і функцію у формуванні особистості. Визначено напруженість, непередбачуваність, непостійність стосунків із матір'ю з межовим розладом особистості, патологічні патерни взаємодії матерів, які мають психотичні або межові розлади. Межовий розлад особистості проаналізовано відповідно до діагностичних довідників і мануалів визначення структурного рівня розвитку особистості та робіт щодо важких особистісних розладів. Оскільки досвід взаємодії з матір'ю з межовим розладом особистості є важким, у статті представлені роботи з травми розвитку та комплексного посттравматичного стресового розладу, в тому числі сформованого під впливом батьківської родини. Для дітей «межових» матерів характерно обирати партнера з позиції травматичного впізнання, яка відчувається ними як норма. У них формується контрзалежність; можлива відмова від стосунків; формування нездатності та страху будувати гармонійні партнерські стосунки, створювати сім'ю, отримувати досвід батьківства та турботи про іншого. А отже, нормальний розвиток, якість життя та психологічне здоров'я дорослих дітей «межових» матерів під загрозою і потребують відповідної психотерапевтичної допомоги. Нами розглянуті деякі напрями психотерапії та допомоги дорослій людині, яка була вихована матір'ю з межовим розладом особистості. Акцент теоретичного аналізу зосереджено на формуванні дисгармонійних особистих стосунків у дорослому віці.

Ключові слова: межовий розлад особистості, матері з межовим розладом особистості, партнерські відносини, особисті відносини, дисгармонійні стосунки, КІТСП, психологічна травма, травма розвитку.

Abstract. The article addresses the issue of the influence of upbringing by mothers with borderline personality disorder on the formation of disharmonious partner relationships in adulthood. It is seen as a consequence of developmental trauma. The paper elucidated a mother's role and function in personality formation. It also discussed the tension, unpredictability, and instability of the relationship with a mother with borderline personality disorder and pathological patterns of interaction of mothers with psychotic or borderline disorders. Borderline personality disorder has been analyzed according to diagnostic manuals and manuals for determining the structural level of personality development and research on severe personality disorders. Since the experience of interacting with a mother with borderline personality disorder is hard, the article discusses studies of developmental trauma and complex post-traumatic stress disorder, including those formed under the influence of the parental family. It is typical for children of "borderline" mothers to choose a partner from the position of traumatic identification, which they perceive as the norm. They develop a counter-dependence; possible rejection of the relationship; formation of inability and fear to build harmonious partnerships, create a family, gain experience of parenthood, and care for others. Therefore, the normal development, quality of life, and psychological health of adult children of "borderline" mothers are at risk and require relevant psychotherapeutic help. We have summarized some areas of psychotherapy and assistance to an adult who was raised by a mother with borderline personality disorder. The authors emphasize the challenging nature of the formation of disharmonious personal relationships in adulthood.

Key words: borderline personality disorder, mothers with borderline personality disorder, partnerships, personal relationships, disharmonious relationships, PTSD, psychological trauma, developmental trauma.