

Journal Pre-proof

Transference focused psychotherapy and mentalization based treatment. Evidence based psychotherapies for borderline personality disorder

Orestis Kanter Bax, Georgios Nerantzis

DOI: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.066>

To appear in: Psychiatriki Journal

Received date: 13 April 2021

Accepted date: 21 October 2021

Please cite this article as: Orestis Kanter Bax, Georgios Nerantzis, Transference focused psychotherapy and mentalization based treatment. Evidence based psychotherapies for borderline personality disorder, Psychiatriki (2022), doi: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.066>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published during the production process, errors, may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ψυχοθεραπεία εστιασμένη στη μεταβίβαση και ψυχοθεραπεία με βάση την εννόηση (mentalization). Τεκμηριωμένες θεραπείες για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας

Ορέστης Κάντερ Μπαξ,^{1,2} Γεώργιος Νεράντζης^{1,3}

¹Centre for Understanding Personality Disorder (CUSP), DeanCross Personality Disorder Service, Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο.

²Southend Complex Needs, Personality Disorder & Psychotherapy Service, Essex Partnership University NHS Foundation Trust

³Specialist Psychotherapy Service, City & Hackney Psychotherapy Department, East London NHS Foundation Trust

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 13 Απριλίου 2021 / 14 Ιουλίου 2021 / Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 21 Φεβρουαρίου 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανά τον κόσμο καλούνται να ανταποκριθούν σε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (ΟΔΠ) με αποτέλεσμα να έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην έρευνα εξειδικευμένων θεραπειών για αυτή την κατηγορία διαταραχών. Τουλάχιστον 5 μορφές ψυχοθεραπείας έχουν δεδομένα από κλινικές μελέτες που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους. Στην ανασκόπηση αυτή παρουσιάζουμε τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα καθώς επίσης και μια σύνοψη των βασικών χαρακτηριστικών δυο εξ αυτών, της Ψυχοθεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση (ΨΕΜ) και της Ψυχοθεραπείας με Βάση την Εννόηση (ΨυΒΕ), οι οποίες δε χρησιμοποιούνται ακόμη ευρέως στην Ελλάδα. Τα δύο μοντέλα εκκινούν από την ψυχαναλυτική παράδοση, και παρουσιάζουν σημαντικές συγκλίσεις και αποκλίσεις όσον αφορά τη δομή τους (ατομική, ομαδική, συνδυασμός αυτών), το ρόλο του θεραπευτή καθώς και τη μεταχείριση βασικών θεωρητικών εννοιών (π.χ. προσκόλληση, επιθετικότητα). Η περιγραφή τους σε μορφή εγχειριδίου καθώς και η τυποποίηση της εκπαίδευσης σε αυτές, τις καθιστά προσιτές σε εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές και επιτρέπει την εισαγωγή τους στα προγράμματα εκπαίδευσης ειδικευόμενων ψυχιάτρων. Χρησιμοποιούμε ένα περιστατικό ως παράδειγμα εφαρμογής των δύο προσεγγίσεων και παρουσιάζουμε το κλινικό και ερευνητικό παράδειγμα της Κλινικής Διαταραχών Προσωπικότητας DeanCross του Λονδίνου και του Κέντρου για την Κατανόηση των Διαταραχών Προσωπικότητας προκειμένου να συγκρίνουμε τα βασικά θεωρητικά και τεχνικά χαρακτηριστικά των δύο μοντέλων μέσω της πρωτότυπης εφαρμογής τους στο συνεκτικό πλαίσιο μιας ψυχιατρικής δομής στην κοινότητα. Η κλινική DeanCross παρέχει ένα μικτό μοντέλο ΨυΒΕ (ατομική, ομαδική) με ταυτόχρονη ψυχιατρική συμβολή, το οποίο έχει επικαιροποιηθεί με την εισαγωγή της ΨΕΜ τόσο σε ατομική όσο και σε ομαδική μορφή. Η παρούσα ανασκόπηση συντάσσεται με τις διεθνείς κατευθύνσεις οι οποίες δε θεωρούν τα δύο μοντέλα ανταγωνιστικά μεταξύ τους, αλλά αντίθετα παρουσιάζουμε ένα επίκαιρο παράδειγμα της συμβατότητας και συμπληρωματικότητας τους. Η επιτυχής ενσωμάτωση των δύο θεραπειών στο δημόσιο σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, το οποίο έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, αποτελεί ενθαρρυντικό προγνωστικό παράγοντα όσον αφορά στη δυνατότητα εφαρμογής των δύο μοντέλων στο ελληνικό παράδειγμα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η επικαιροποίηση και εμβάθυνση της

θεωρητικής και κλινικής εμπειρίας, στις δομές ψυχικής υγείας που φροντίζουν πληθυσμούς με αυξημένο επιπολασμό ΟΔΠ, στην οποία συμβάλλει η παρούσα ανασκόπηση.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Μεταβίβαση, εννόηση, οριακή, ναρκισσιστική, τεκμηριωμένη, ψυχοθεραπεία.

Επιμελητής συγγραφέας: Georgios Nerantzis, Centre for Understanding Personality Disorder (CUSP), DeanCross Personality Disorder Service, 1st Floor Burdett House, Mile End Hospital, 275 Bancroft Road, ,E1 4DG, London, United Kingdom Email: gnerantzis@live.com

Εισαγωγή

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ραγδαία πρόοδος στην έρευνα των διαταραχών προσωπικότητας. Η τεκμηρίωση ενός σημαντικού αριθμού θεραπειών για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας (ΟΔΠ)^{1,2} οδήγησε στην ευρεία χρήση⁵ τουλάχιστον τεκμηριωμένων μοντέλων θεραπείας^{3,4} ενώ το πεδίο επεκτείνεται σταδιακά και σε τροποποιημένες μεθόδους ψυχιατρικής προσέγγισης,⁵ ομαδικές θεραπείες,⁶ και θεραπευτικές εφαρμογές στην αντικοινωνική (ΑΔΠ)⁷ και ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας (ΝΔΠ).⁸

Στο ελληνικό παράδειγμα με τη συμβολή της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας⁹⁻¹¹ ασθενείς που μέχρι πρότινος αντιμετωπίζονταν με θεραπευτική απαισιοδοξία έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στη θεραπεία. Αρκετές από τις τροποποιημένες και τυποποιημένες θεραπείες¹²⁻¹⁴ έχουν ήδη παρουσιαστεί ή/και αναπτυχθεί στον ελλαδικό χώρο ενώ ταυτόχρονα η πρόσβαση στην εκπαίδευση επεκτείνεται και η επαγγελματική ρύθμιση και τυποποίηση οδηγεί σταδιακά στον εξορθολογισμό του πεδίου.^{15,16}

Παρουσιάζουμε τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας εστιασμένης στη μεταβίβαση (ΨΕΜ), συγκριτικά με μια σύνοψη της ψυχοθεραπείας βασισμένης στην εννόηση (ΨΥΒΕ), για την οποία η βασική εκπαίδευση έγινε για πρώτη φορά διαθέσιμη στην Ελλάδα το 2018. Ταυτόχρονα παρουσιάζουμε το παράδειγμα της κλινικής DeanCross του Λονδίνου, μιας πρότυπης κλινικής η οποία καινοτομεί σε διεθνές επίπεδο, συνδυάζοντας τα δύο μοντέλα εντός μιας συνεκτικής δομής στο δημόσιο σύστημα υγείας. Με αυτό τον τρόπο συνδέουμε τα θεωρητικά δεδομένα της παρούσας ανασκόπηση με ένα παράδειγμα εφαρμογής τους από την καθημερινή κλινική εμπειρία.

Θεωρούμε πως η κλινική αποτελεσματικότητα και η προσβασιμότητα του εκπαιδευτικού μοντέλου της ΨΥΒΕ και της ΨΕΜ, οι οποίες έχουν περιγραφεί σε εγχειρίδιο, ευνοούν την ενσωμάτωση τους στην ελληνική πραγματικότητα και τις εκπαιδευτικές ανάγκες.^{17,18} Η διαθεσιμότητα δε εποπτείας μέσω διαδικτύου είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την μετά Covid-19 εποχή.¹⁹

Και οι δύο θεραπείες έχουν βάσεις στη νευροφυσιολογία και έχουν ενσωματώσει σύγχρονα δεδομένα από τον κλάδο των νευροεπιστημών, πράγμα που βοηθά την απαραίτητη, όταν πρόκειται για νοσηρότητα υψηλής σοβαρότητας, σύγκλιση μεταξύ ψυχιατρικού πλαισίου αντιμετώπισης και εντατικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης.²⁰⁻²²

Είναι σημαντικό πως και οι δύο θεραπείες σχεδιάστηκαν και τεκμηριώνονται με δεδομένα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών και παρέχουμε μια συνοπτική παρουσίαση σχετικά με την ποιότητα των δεδομένων αυτών [βλ. Πιν 1]. Οι υποθέσεις, όσον αφορά τους κοινούς και ιδιαίτερους παράγοντες που συνδέονται με την αποτελεσματικότητά της καθεμιάς, είναι προς το παρόν ασαφείς και υπό διερεύνηση²³ ωστόσο παρέχουμε ορισμένα προκαταρκτικά σχόλια με βάση την κλινική εμπειρία του DeanCross.

Ψυχοθεραπεία εστιασμένη στη μεταβίβαση (ΨΕΜ)

Η ΨΕΜ αναπτύχθηκε στις Η.Π.Α. με βάση το θεωρητικό μοντέλο του Όττο Κέρνμπεργκ τις δεκαετίες του '70 και '80 σχετικά με την ΟΔΠ και τον παθολογικό ναρκισσισμό.³⁵⁻³⁷ Η βασική ερευνητική τεκμηρίωση^{33,38,39} συνδυάστηκε με την περιγραφή της θεραπείας σε μορφή εγχειριδίου για θεραπευτές και εκπαιδευόμενους, και την τυποποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης.

Πρόκειται για μια θεραπεία συγγενή με την σύγχρονη ψυχαναλυτική παράδοση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, με σημαντικές τεχνικές τροποποιήσεις. Οι βασικές ψυχαναλυτικές αρχές που ακολουθούνται έχουν να κάνουν με την προσέγγιση των συμπτωμάτων ως σημαινόντων υποκείμενων ασυνείδητων νοητικών και συναισθηματικών διεργασιών, οι οποίες μπορούν να αναδειχθούν, και να κατανοηθούν στο προνομιακό πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης και της μεταβίβασης.

Η ΟΔΠ προσεγγίζεται με βάση τα τυπικά χαρακτηριστικά της: συναισθηματική ένταση και αστάθεια, παρορμητικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, απουσία συνοχής και ατελής οργάνωση της αίσθησης της ταυτότητας, ένταση και αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ΨΕΜ ταξινομεί το βαθμό σοβαρότητας της οριακής παθολογίας σε ένα συνεχές υψηλού ή χαμηλού βαθμού οριακής οργάνωσης, στο οποίο περιλαμβάνεται και η τυπική ψυχιατρική διάγνωση (ΟΔΠ, ΑΔΠ, ΝΔΠ).

Αυτή η προσέγγιση δίνει αρχικά έμφαση στη διάγνωση μέσω της εκτίμησης του ασθενούς με βάση ένα ερευνητικά τυποποιημένο μοντέλο συνέντευξης.^{40,41} Σκοπός της συνέντευξης είναι η κατανόηση της οργάνωσης της προσωπικότητας: εκτιμώνται η λειτουργικότητα και παθολογία γύρω από τη βασική έννοια της «ταυτότητας» και ο «βαθμός διάχυσής της», και τα ευρήματα χρησιμοποιούνται για ενημέρωση του ασθενούς για τη διάγνωσή του, και περαιτέρω για την προγνωστική εκτίμηση και το σχεδιασμό της θεραπείας. Η εκτίμηση δίνει έμφαση στην κατανόηση των μηχανισμών άμυνας που συνθέτουν την προσωπικότητα του ασθενούς με έμφαση σε αμυντικούς μηχανισμούς που χαρακτηρίζουν την ΟΔΠ (σχάση, εξιδανίκευση/απαξίωση, προβολική ταύτιση, άρνηση), τη σχέση του ασθενούς με την αρχή της πραγματικότητας, τον βαθμό ηθικής λειτουργικότητας και επιθετικότητας, και το βαθμό κοινωνικής και σχεσιακής λειτουργικότητας.

Ασθενείς με χαμηλότερες βαθμίδες οργάνωσης θα έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες να χρησιμοποιήσουν μη οργανωμένες θεραπείες και απαιτούν προγραμματισμό και προσοχή όσον αφορά τον κίνδυνο εκδραμάτισης, π.χ. αυτοκαταστροφικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές κατά τη θεραπεία. Η ΨΕΜ προσεγγίζει αυτές τις δυσκολίες με την συγκρότηση από την αρχή της θεραπείας ενός *θεραπευτικού συμβολαίου* με τον ασθενή που προβλέπει και μεριμνά για αυτά τα προβλήματα, όταν εμφανιστούν: ο θεραπευτής συμφωνεί με τον ασθενή εξ αρχής τις αρχές που θα διασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενούς και την συνέχεια της θεραπείας, και μια κοινή έμφαση δίνεται στην κατανόηση και αντιμετώπιση συμπεριφορών που διαταράσσουν ή απειλούν αυτή τη συμφωνία.

Η θεραπεία παρέχεται κατά πρόσωπο και όχι στο ντιβάνι, σε αντίθεση με την παραδοσιακή ψυχανάλυση. Συνεδρίες παρέχονται δύο φορές την εβδομάδα για ορισμένο χρόνο (ένα με δύο έτη). Ο θεραπευτής είναι πιο ενεργός σε σχέση με την ψυχαναλυτική προσέγγιση και δίνεται έμφαση στην κατανόηση των δυσκολιών του ασθενούς που έχουν να κάνουν με την υποκείμενη παθολογία σε αντίθεση με την παραδοσιακή ανάλυση των ελεύθερων συσχετίσεων του ασθενούς με βάση την ισομερώς διάχυτη προσοχή. Διαφέρει επίσης και από συμπεριφορικά μοντέλα που στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων, την εκπαίδευση ή υποστηρικτικές και καθοδηγητικές προσεγγίσεις.

Στην ΨΕΜ ο θεραπευτής εστιάζει στο *εδώ και τώρα* της θεραπευτικής σχέσης, στις λεκτικές, τις μη λεκτικές και τις ασυνείδητες προσπάθειες επικοινωνίας του ασθενούς (οι τρεις δίοδοι επικοινωνίας) με έμφαση στη μεταβίβαση αλλά με προσοχή στους στόχους που ο ασθενής έχει θέσει για τη θεραπεία. Διεργασίες στην εξωτερική του πραγματικότητα οι

οποίες ενδέχεται να ενεργούν ενάντια στο θεραπευτικό συμβόλαιο και τον θεραπευτικό σκοπό αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της θεραπείας.

Βασική προσπάθεια του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει την εσωτερική του εμπειρία όσον αφορά την ταυτότητά του, τη σχέση του με τους άλλους, και τις ασταθείς μεταβολές σε αυτή την εμπειρία μέσα από την κατανόηση της σχέσης με τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής επιχειρεί να διατηρήσει την *τεχνική ουδετερότητά* του, αποφεύγει να πάρει θέση όσον αφορά τις διασχιστικές εσωτερικές αναπαραστάσεις του ασθενούς και παρεμβαίνει από μια θέση ουδέτερη όσον αφορά την σχεσιακή αντιπαράθεση υπό διαπραγμάτευση. Τα βασικά τεχνικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι α) η *διευκρίνιση*, δηλ. η προσπάθεια εμβάθυνσης στα ποιοτικά (γνωστικά, συναισθηματικά αλλά και αμιγώς τυπικά) χαρακτηριστικά της επικοινωνούμενης εσωτερικής εμπειρίας, β) η *αντιπαράθεση*, δηλ. η περαιτέρω κατανόηση παρατηρούμενων αντιφάσεων και αντικρουόμενων δεδομένων όπως αυτά προκύπτουν από την εις βάθος διευκρίνιση και γ) η *ερμηνεία* που εστιάζει στην ανάδειξη των υποκείμενων δυαδικών ρόλων που χαρακτηρίζουν την εμπειρία του ασθενούς, του συναισθήματος που συνδέει τους ρόλους και τις μεταλλαγές τους και ταυτόχρονα την ανάδειξη της αμυντικής λειτουργίας αυτής της οργάνωσης έναντι υποκείμενων δυαδικών ρόλων και συναισθημάτων.

Σταδιακά η εργασία αυτή βοηθά τον ασθενή να ανακτήσει διασχισθέντα στοιχεία του εαυτού τα οποία προβάλλει σε άλλους και στον θεραπευτή μέσω της μεταβίβασης, και να αποκτήσει μια πιο συνεκτική αίσθηση του εαυτού. Ο απώτερος στόχος είναι η σταδιακά μεγαλύτερη ενσωμάτωση της αρχικά κατακερματισμένης εσωτερικής ψυχολογικής οργάνωσης, η οποία θα οδηγήσει στην μείωση της συναισθηματικής αστάθειας, της παρορμητικότητας και του διαπροσωπικού χάους. Μια βαθύτερη κατανόηση της ικανότητας του για εσωτερική ανασκόπηση, εννόηση του εαυτού και των άλλων και εν τέλει στη διάλυση της διαταραχής προσωπικότητας, τη βελτίωση της ικανότητας για σύναψη σταθερών και ουσιαστικών σχέσεων και την ικανότητα για εργασία και δημιουργικές δραστηριότητες.

Μια σημαντική χρησιμότητα της ΨΕΜ είναι το ουσιαστικό θεωρητικό πλαίσιο το οποίο παρέχει για τη ΝΔΠ και οι τεχνικές τροποποιήσεις που έχει αναπτύξει για την αντιμετώπιση αυτής της παθολογικής οργάνωσης της προσωπικότητας. Η ΨΕΜ παρέχει την πιο ενδελεχώς τεκμηριωμένη διαθέσιμη προσέγγιση για την αντιμετώπιση συννοσηρότητας ΟΔΠ και ΝΔΠ.⁷

Ψυχοθεραπεία βασισμένη στην εννόηση (ΨυΒΕ)

Σχετικά με την απόδοση στα ελληνικά του όρου mentalization

Ο όρος *mentalization* δεν έχει ενσωματωθεί επαρκώς στα ελληνικά και δημιουργεί μεταφραστικές δυσκολίες. Έχει αποδοθεί στο παρελθόν σε διαφορετικά πλαίσια με τους όρους *ψυχοποίηση*, *εν-νόηση*, *αναστοχαστική λειτουργία (reflective functioning)*, *νοητικοποίηση* και άλλους. Η έννοια *mentalisation* προέρχεται από την ψυχαναλυτική θεωρία του Pierre Marty και της ψυχοσωματικής σχολής του Παρισιού.^{42,43} Έλληνες ψυχαναλυτές χρησιμοποιούν παραδοσιακά τον όρο *ψυχοποίηση* για να αποδώσουν το γαλλικό *mentalisation* αναφερόμενοι σε ενδοψυχικές διαδικασίες δημιουργίας νοήματος. Το αγγλικό *mentalization* χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1989 από τον Fonagy.⁴⁴ Όσον αφορά την ΨυΒΕ οι εισηγητές του όρου στα ελληνικά έχουν περιγράψει εκτενώς τους λόγους για τη μεταφραστική επιλογή του όρου *εν-νόηση*¹⁴ για την απόδοση του αγγλικού *mentalization*. Για την παρούσα ανασκόπηση επιλέγουμε να τον απλουστευμένο τύπο *εννόηση*, αφενός λόγω της συνάφειας με τον καθημερινό όρο *κατανόηση* (και κατ' επέκταση *ψυχοσυναισθηματική κατανόηση* εμπρόθετων *ψυχοσυναισθηματικών καταστάσεων*) ο οποίος θεωρούμε ότι ανταποκρίνεται επαρκέστερα στις κλινικές ανάγκες και λόγω των δυνατοτήτων χρήσης στον λόγο στις ρηματικές του μορφές και για τις ανάγκες γραμματικής ενσωμάτωσης.

Οι Fonagy και Βρούβα (2010) περιέγραψαν διεξοδικά το θεωρητικό πλαίσιο της ΨυΒΕ στα ελληνικά στις αρχές της περασμένης δεκαετίας.¹⁴ Αναπτύχθηκε από τους Fonagy και Bateman στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσα από την έρευνα τους στο πεδίο της προσκόλλησης.⁴⁵

Η εννόηση, διαδεδομένη πλέον στη βιβλιογραφία και την κλινική πράξη, ιδιαίτερα στις δομές εκείνες που έχουν ως αντικείμενο την ΟΔΠ, ορίζεται ως:

«μία μορφή κυρίως προσυνειδητής φαντασιακής ψυχονοητικής δραστηριότητας, μέσω της οποίας ένα άτομο αντιλαμβάνεται υπόρρητα –αλλά και ρητά– και ερμηνεύει την ανθρώπινη συμπεριφορά ως-έχουσα-νόημα, με όρους εμπρόθετων ψυχονοητικών καταστάσεων, δηλαδή αναγκών, αισθημάτων, πεποιθήσεων, στόχων, σκοπών και αιτίων»⁴⁶

Η ΟΔΠ κατά την ΨυΒΕ είναι το αποτέλεσμα: α) της αναστολής της εννόησης στα πλαίσια της προσκόλλησης β) της επανεμφάνισης εξελικτικά πρωιμότερων τρόπων βίωσης της εσωτερικής πραγματικότητας γ) της συνεχούς προβλητικής ταύτισης, δ) της επαν-εξωτερίκευσης του αυτοκαταστροφικού ξένου εαυτού, αυτής της εσωτερικευμένης δηλαδή γονεϊκής αναπαράστασης, στο πλαίσιο της αποδιοργανωμένης προσκόλλησης.

Τα άτομα με ΟΔΠ εννοούν «φυσιολογικά», έχουν ωστόσο μεγαλύτερη τάση για παρανοήσεις όταν βρίσκονται σε καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης και όταν οι σχέσεις τους πλησιάζουν προς τη σφαίρα της προσκόλλησης.

Όσο πιο έντονη η σχέση, τόσο πιο ασταθής είναι η ικανότητα εννόησης. Με άλλα λόγια, στις περιπτώσεις αυτές προ-εννοητικοί τρόποι οργάνωσης της υποκειμενικότητας αναδύονται ραγδαία και μπορούν να αποδιοργανώσουν τις σχέσεις και να ταράξουν την συνεκτική εμπειρία του εαυτού. Οι προ-εννοητικοί αυτοί τρόποι σκέψης στην ΨυΒΕ περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

Ψυχική Ισοδυναμία

Η ψυχική εμπειρία του ασθενούς με ΟΔΠ είναι ταυτόσημη με μια αδιαμφισβήτητη υλική πραγματικότητα. Ο ασθενής χάνει την ικανότητα να βιώνει τα υποκειμενικά και διαπροσωπικά γεγονότα «ως εάν» και το κάθε τι εμφανίζεται «αληθινό». Η «προνομιακή» αυτή πρόσβαση στις σκέψεις και τα συναισθήματα εαυτού και άλλων, οδηγεί σε διαπροσωπικά βιώματα που είναι πιο δραματικά και έντονα, ενώ δεν υπάρχει περιθώριο διαπραγμάτευσης.

«Είμαι σίγουρη ότι σκοπεύεις να με εγκαταλείψεις, έτσι είναι αφού έτσι νομίζω ότι είναι».

Υποδύεσθαι

Πρόκειται για την αποσύνδεση του εδώ και τώρα της υποκειμενικής εμπειρίας από τις εσωτερικές αναπαραστάσεις ψυχονοητικών καταστάσεων. Η εμπειρία εσωτερικής κενότητας ή η ενεργοποίηση τραυμάτων, οδηγούν τον ασθενή να συνδέεται με τον θεραπευτή με έναν ψευδοσυναισθηματικό ή διανοητικοποιημένο τρόπο. Η συζήτηση στερείται βάθους, παρά την φαινομενική ασχολία με εμπειρίες και συναισθήματα, που ωστόσο δεν έχουν γνησιότητα και πραγματικό σημείο αναφοράς. Υπάρχει αποσύνδεση μεταξύ σκέψεων και συναισθημάτων, αντιφατικότητα στις επικοινωνούμενες εμπειρίες και ο θεραπευτής ενδέχεται να παραβλέψει την απουσία προόδου.

«Μπορεί να με κακοποίησε στο παρελθόν, αλλά έχω ξεπεράσει όλα τα αρνητικά συναισθήματα και τον έχω συγχωρέσει».

Τελεολογική Σκέψη

Το ενδιαφέρον εστιάζεται σε συγκεκριμένες πράξεις ως μοναδική ένδειξη της ψυχονοητικής κατάστασης και των προθέσεων του άλλου. Ο θεραπευτής καλείται να προβεί σε απτές χειρονομίες για να «αποδείξει» αυτό που αμφισβητείται λόγω της τελεολογικής σκέψης του ασθενούς: έκτακτες συνεδρίες, παραβιάσεις των προσυμφωνημένων θεραπευτικών ορίων

κτλ. Ο αναστοχασμός περί των ψυχονοητικών συνεπαγωγών συγκεκριμένων πράξεων είναι περιορισμένος.

«Δεν έχει σημασία τι μου λες, πρέπει να έρθεις να με βρεις τώρα αλλιώς δεν ενδιαφέρεσαι πραγματικά.»

Οι Fonagy και Βρούβα (2010) περιγράφουν ενδελεχώς τέσσερις πολικότητες, οι οποίες θα πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία για να λειτουργεί η εννόηση. Βασίζουν την περιγραφή στην κλινική εμπειρία και τις νευροεπιστήμες και οι πολικότητες αυτές καθοδηγούν τον θεραπευτή να χαρτογραφήσει το εννοητικό προφίλ του ασθενούς. Συνοπτικά μόνο, οι πολικότητες έχουν να κάνουν¹ με το βαθμό αυτοματισμού: ρητή/υπόρρητη εννόηση,² την αισθητηριακή ή εσωτερική έμφαση,³ τη συναισθηματική ή γνωστική έμφαση⁴ και τα διακριτά νευρωνικά δίκτυα που διαμεσολαβούν την γνώση του εαυτού και του άλλου (μετωποβρεγματικό σύστημα κατοπτρικών νευρώνων και στοχαστικό σύστημα).

Δομή της ΨυΒΕ

Υπάρχουν δύο μορφές ΨυΒΕ. Η πρώτη συντελείται σε κέντρα ημέρας και αρχικά οι ασθενείς παρακολουθούν το πρόγραμμα 5 φορές την εβδομάδα. Η μέγιστη διάρκεια αυτής της μορφής είναι 18-24 μήνες. Η δεύτερη μορφή είναι μια εντατική θεραπεία 18 μηνών σχεδιασμένη για εξωτερικούς ασθενείς η οποία αποτελείται από μια ατομική συνεδρία διάρκειας 50 λεπτών και μια ομαδική συνεδρία 90 λεπτών την εβδομάδα. Και στα δύο προγράμματα ο ατομικός θεραπευτής είναι διαφορετικός από αυτόν της ομάδας.

Σκοπός της θεραπευτικής διαδικασίας είναι ο ασθενής να ανακαλύψει περισσότερα για το πώς σκέφτεται και νιώθει για τον εαυτό του και άλλους, πώς αυτό καθορίζει τις αντιδράσεις του και πώς «λάθη» στην εννόηση οδηγούν σε πράξεις σε μια προσπάθεια διατήρησης της σταθερότητας και νοηματοδότησης ακατανόητων αισθημάτων. Ο θεραπευτής πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής γνωρίζει αυτό το σκοπό και ότι η θεραπευτική διαδικασία δεν είναι ακατανόητη και μυστηριώδης.

Το παράδειγμα του DeanCross

Συνδυαστικά μοντέλα θεραπείας για ασθενείς με ΟΔΠ, με βάση ψυχαναλυτική και ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία στην Ελλάδα^{47,48} πράγμα που δημιουργεί ευνοϊκή βάση για ένα γόνιμο διάλογο ανάμεσα στο ελληνικό και το διεθνές παράδειγμα.

Η Κλινική Διαταραχών Προσωπικότητας DeanCross στο ανατολικό Λονδίνο είναι πρότυπο κέντρο θεραπείας με βάση τεκμηριωμένες μεθόδους, και βραβευμένη από το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιατρικής (Royal College of Psychiatrists) για την ενσωμάτωση της ΨΕΜ σε ένα ήδη υπάρχον παραδοσιακό μοντέλο ΨυΒΕ στην κοινότητα. Ενσωματώνει επίσης το ερευνητικό Κέντρο για την Κατανόηση των Διαταραχών Προσωπικότητας (Centre for the Understanding of Personality Disorder, CUSP) το οποίο συνεργάζεται με ερευνητικά κέντρα σε άλλες χώρες και παράγει έρευνα και εκπαιδευτικό έργο για τις διαταραχές προσωπικότητας.

Η DeanCross λειτουργεί εντός του ευρύτερου δευτεροβάθμιου ψυχιατρικού μοντέλου στο εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Παρέχει θεραπείες για διαταραχές προσωπικότητας μέτριου και σοβαρού βαθμού σε έναν τοπικό πληθυσμό με σημαντικό επιπολασμό διαταραχών προσωπικότητας και μικτά δημογραφικά χαρακτηριστικά^{49,50}. Η εκτίμηση των ασθενών που παραπέμπονται για θεραπεία γίνεται από θεραπευτές και ψυχιάτρους με βάση ένα μικτό ψυχιατρικό και ψυχοθεραπευτικό μοντέλο με στοιχεία από την ψυχιατρική, την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και τις ΨΕΜ και ΨυΒΕ. Οι ασθενείς που κρίνεται ότι μπορεί να ωφεληθούν από τη θεραπεία έχουν τη δυνατότητα είτε ατομικής θεραπείας (ψυχοδυναμικής και τροποποιημένης ψυχοδυναμικής, ΨΕΜ ή ΨυΒΕ), είτε ενός συνεκτικού ΨυΒΕ μοντέλου με μικτή ομαδική και ατομική θεραπεία διάρκειας 18 μηνών. Η σταδιοποίηση, όπου προκρίνεται αυτό, είναι δυνατή για ορισμένους ασθενείς που ξεκινούν

με ΨυΒΕ, προχωρούν ύστερα σε ΨΕΜ και κάποιοι περαιτέρω να παραπέμπονται για ψυχαναλυτική θεραπεία ή ψυχανάλυση όταν κρίνεται ότι έχουν καταφέρει επαρκή πρόοδο στα στοιχεία της ΟΔΠ που αποτελούσαν προηγουμένως κώλυμα για κάτι τέτοιο. Η συνταγογράφηση, όπου κρίνεται απαραίτητη, γίνεται εντός της κλινικής και οι κρίσεις αντιμετωπίζονται σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές κλινικές του οργανισμού (επείγοντα/διασυνδεδετική, ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και εξωτερικά ιατρεία στην κοινότητα).

Οι θεραπευτές έχουν λάβει εκπαίδευση και στα δύο μοντέλα ενώ οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι που τυγχάνουν τοποθέτησης στην κλινική έχουν την ευκαιρία να εξοικειωθούν με βασικές ψυχοδυναμικές έννοιες χρησιμοποιώντας την ΨΕΜ και την ΨυΒΕ με θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τις δεξιότητές τους.^{17,18}

Σημαντική καινοτομία της κλινικής είναι και η παροχή θεραπείας ομάδας με βάση την ΨΕΜ για ναρκισσιστική και μικτή διαταραχή προσωπικότητας.

Διαφορές και συγκλίσεις μεταξύ ΨΕΜ και ΨυΒΕ

Κλινικό παράδειγμα

Το παρόν κλινικό παράδειγμα δεν παρουσιάζει προσωπικά στοιχεία κάποιου συγκεκριμένου πραγματικού ασθενούς. Αντίθετα αποτελεί συμπίλημα στοιχείων από κλινικές καταστάσεις με πολλούς διαφορετικούς ασθενείς, που αποδόθηκαν με τρόπο ώστε να προστατεύεται η ανωνυμία των επιμέρους ατόμων.

Ασθενής Α. Έρχεται στη συνεδρία της μετά από την πρώτη μακρά σχετικά απουσία του θεραπευτή της (Θ) περίπου 6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Με έναν εμφανή εκνευρισμό, ξεκινά την συνεδρία χωρίς να αναφερθεί στην απουσία, σαν να συνεχίζει την θεραπεία από την προηγούμενη συνεδρία χωρίς να έχει υπάρξει διακοπή.

Α: Καλημέρα... κουβέντιαζα τις προάλλες με τη φίλη μου, τη Μαρία που σπουδάζει ψυχολογία. Της έλεγα πόσο μαύρα είναι τα πράγματα για μένα αυτό τον καιρό και πως η θεραπεία δεν είναι στην πραγματικότητα όλο αυτό το τρομερό πράγμα που λένε. Δεν έχει αλλάξει τίποτα τόσους μήνες. Με βοήθησε με αυτά που μου είπε, ίσως επειδή ξέρει από ψυχολογία, ίσως φιλικά, δεν ξέρω.

Θ: Χρειάστηκες τη βοήθεια αυτής της φίλης σου όσο έλειπα;

Α: Απλά έτυχε να μιλάμε με τη Μαρία αυτό είναι όλο. Δεν έχει σχέση με το ότι δεν είχαμε συνεδρία.

Θ: Ωστόσο μιλούσατε για πράγματα τα οποία συνήθως συζητάς με εμένα στη θεραπεία;

Α: Ε, εντάξει ναι, αλλά και με τη Μαρία τα συζητώ αυτά, είναι φίλη μου. Και αν δεν με είχε βοηθήσει την προηγούμενη εβδομάδα ποιος ξέρει τι παραπάνω θα είχα κάνει;

Θ: Παραπάνω; Αναρωτιέμαι σε τι μπορεί να αναφέρεσαι με αυτό το παραπάνω.

Α: Α, τίποτα σημαντικό. Κόπηκα λιγάκι ενώ μαγείρευα αυτό είναι όλο. Δεν έγινε κάτι. Αλλά ένιωσα καλύτερα μετά.

Θ: Πιθανόν να είναι σημαντικό. Μπορείς να μου πεις περισσότερα για το τι ακριβώς συνέβη και τι αισθανόσουν εκείνη τη στιγμή;

Α: Δεν είναι τίποτα. Άφησα απλώς λίγο το μαχαίρι να μου ξεφύγει αυτό είναι όλο.

Θ: Αναρωτιέμαι αν αναφέρεσαι σε κάποιο ατύχημα ή αν πρόκειται για αυτοτραυματισμό. Θα μπορούσες να σκεφτείς τι αισθανόσουν εκείνη τη στιγμή;

Α: Εντάξει, ήμουν κάπως πεσμένη εκείνη τη στιγμή, αλλά όχι τίποτα τρομερό. Αισθάνθηκα καλύτερα αφού το έκανα. Αυτό είναι όλο.

Θ: Παρατηρώ ότι επαναλαμβάνεις τη φράση αυτό είναι όλο. Και μιλάς κάπως αμυντικά σαν να είμαι ανακριτής αντί για θεραπευτή σου. Αναρωτιέμαι αν έχει να κάνει με τη συμφωνία

μας πως οι αυτοτραυματισμοί είναι κάτι το οποίο θα προσπαθούσες να σταματήσεις και θα του δίνουμε σημασία αν συμβεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

A: Ποια διάρκεια της θεραπείας. Δεν ήμουν σε θεραπεία, αφού δεν ήσουν εδώ έτσι κι αλλιώς, δεν μετράει και ακριβώς.

Θ: Έχω την εντύπωση ότι νωρίτερα είπες ότι δεν υπάρχει σύνδεση με την απουσία μου, ωστόσο τώρα λές ότι, όταν απουσιάζω, είναι σαν να έχει πάψει η θεραπεία, αναρωτιέμαι τι συμβαίνει εδώ.

A: (αδιάφορα) Ε, πάλι θα πεις ότι έχει να κάνει με σένα το ότι κόπηκα αλλά δεν ισχύει. Αφού όταν αισθάνομαι έτσι, το κάνω. Τόσα χρόνια το κάνω.

Θ: Κι όμως αρκετούς μήνες τώρα δεν μου είχες αναφέρει κάτι τέτοιο, παρότι μου εχεις μιλήσει για αρκετά επώδυνα θέματα όλον αυτόν τον καιρό.

A: (θυμωμένα) Τελοσπάντων, εντάξει δεν ήμουν καλά. Μπορούμε να τ' αφήσουμε και να πούμε κάτι άλλο; Αφού είμαι OK τώρα. Πώς πέρασες στις διακοπές σου;

Θ: Νομίζω πως θέλεις να σταματήσουμε να μιλάμε για κάτι επώδυνο, μα και για τη συμφωνία που κάναμε. Ωστόσο η ερώτηση που μου κάνεις αναδεικνύει και κάτι άλλο. Έχω την εντύπωση πως φαντάζεσαι πως η απουσία μου σηματοδοτεί διακοπές, μια περίοδο διασκέδασης για εμένα, και αδιαφορίας προς εσένα, για το γεγονός ότι εσύ περνούσες δύσκολα και χρειάζοσουν τη φροντίδα μου.

Στο συμπυκνωμένο αυτό απόσπασμα, διαφαίνονται κάποιες από τις βασικές τεχνικές της ΨΕΜ. Ο θεραπευτής από μια τεχνικά ουδέτερη στάση, παρακολουθεί την λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία του υλικού που φέρνει η ασθενής. Καθοδηγείται από το συναίσθημα (ή την απουσία του) εδώ και τώρα διακρίνοντας την επιθετική παθητικότητα της επικοινωνίας. Ταυτόχρονα παρακολουθεί και τη δική του συναισθηματική εμπειρία αναγνωρίζοντας την αντιμεταβίβαση ως δίοδο επικοινωνίας.

Χρησιμοποιεί εξαντλητικά τη διευκρίνιση για να βοηθήσει την ασθενή να αναστοχαστεί, και να περιγράψει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της με ενάργεια (κάτι που με όρους ΨυΒΕ θα ονομαζόταν προαγωγή της εννόησης). Η ιεραρχία των παρεμβάσεων εφόσον υπάρχει ένδειξη αυτοκαταστροφικότητας οδηγεί στην ρητή επίκληση του θεραπευτικού συμβολαίου δηλ. της συμφωνίας για περιορισμό των αυτοτραυματισμών. Η επιμονή του θεραπευτή στην επαναφορά της έμφασης και της προσοχής της ασθενούς στο τι συμβαίνει εδώ και τώρα στη μεταξύ τους (μεταβιβαστική) σχέση την φέρνει αντιμέτωπη με την αντιφατική της επικοινωνία και επιτρέπει τελικά την ερμηνεία εν τω βάθει δυαδικών αναπαραστάσεων και των συναισθημάτων που συνδέουν αυτές τις δυνάδες:

[Εικόνα 1]

Στο ίδιο κλινικό σενάριο αλλά με μία ΨυΒΕ προσέγγιση, ο θεραπευτής αφού έχει επιχειρήσει να διευκρινίσει το περιστατικό αυτοτραυματισμού με έναν τρόπο που επικοινωνεί το ενδιαφέρον του (και όχι ουδέτερα), στη συνέχεια, όπως και ο θεραπευτής της ΨΕΜ, θα εστίαζε στην εννόηση της συναισθηματικής κατάστασης τόσο στην συγκεκριμένη χρονική στιγμή του περιστατικού, όσο και στο εδώ και τώρα:

Θ: Όταν σε ακούω να περιγράφεις τι σου συνέβαινε ακούγεται δύσκολη η κατάσταση όσο έλειπα όταν αυτοτραυματίστηκες. Μπορείς να μου πεις τις αισθανόσουν τη στιγμή που συνέβαινε αυτό;

A: Ε, εντάξει ήμουν λίγο πεσμένη, αλλά δεν καταλαβαίνω γιατί το κάνεις να ακούγεται τόσο σοβαρό. Δεν έγινε τίποτα.

Θ: Όταν λες λίγο πεσμένη, τι ακριβώς αισθανόσουν; Μπορείς να μου περιγράψεις εκείνη τη στιγμή στην κουζίνα;

Α: Ήμουν μόνη μου, στο σπίτι, και μαγειρεύα μετά τη δουλειά για να φάω, δεν ήταν κάτι έξω απ' τα συνηθισμένα.

Θ: Αναρωτιέμαι αν προσπαθείς να περιγράψεις ένα συναίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς. Προσπαθώντας να σκεφτώ τι αισθανόσουν, ακούγεται αρκετά δυσάρεστο και βαρύ, ειδικά όταν το σκέφτομαι με βάση τι μου έχεις πει στο παρελθόν για το τι σου συμβαίνει όταν αισθάνεσαι μόνη.

Α: (θυμωμένα) Δεν ξέρω... δε νομίζω ότι έχει νόημα όλο αυτό, έρχομαι εδώ κάθε βδομάδα, φεύγω και τίποτα δεν αλλάζει.. ίσως έχω κάτι άλλο και χρειάζομαι κάποιου άλλου είδους βοήθεια, μια φίλη που να είναι εκεί για μένα όταν τη χρειάζομαι...

Θ: Τώρα η απάντησή σου αυτή ανταποκρίνεται λίγο περισσότερο σε αυτό που περιγράφεις. Είσαι πιο θυμωμένη και είναι λογικό αυτό το συναίσθημα να υπάρχει, αν εγώ δεν ήμουν διαθέσιμος, όταν με χρειάζονται.

Α: Ναι, εντάξει, δουλειά σου είναι έτσι και αλλιώς, δε νομίζω ότι νοιάζεσαι πραγματικά για το τι μου συμβαίνει, αν ζω ή όχι.. κανείς δε νοιάζεται άλλωστε.

Ο θεραπευτής εκτιμά ότι η ασθενής έρχεται στη συνεδρία φέρνοντας μια δυσλειτουργία στην εννόηση (υποδύεσθαι) όπως αυτή εκδηλώνεται στον διανοητικοποιημένο τρόπο που συνομιλεί μαζί του. Επιχειρεί να εστιάσει στο συναίσθημα που είναι αποκομμένο, και να εννοήσει αυτή την απουσία συναισθήματος μαζί με την ασθενή. Χρησιμοποιεί αρχικά έναν τόνο που δείχνει ότι από τη θέση του μπορεί να εννοήσει την εμπειρία της ασθενούς (ενσυναισθητική επικύρωση). Η προσπάθειά του να κάνει τη δική του ψυχοσυναισθηματική εννοητική διεργασία διακριτή στην ασθενή και κατανοητή ως ξεχωριστή από τη δική της («όταν σε ακούω να περιγράφεις», «προσπαθώντας να φανταστώ τι αισθανόσουν»), στοχεύει στην εστίαση σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (στο παράδειγμά μας στο παρελθόν). Η επαναφορά της εννόησης για την ασθενή, οδηγεί στην έξοδο από το υποδύεσθαι και στην έκφραση ενός ζωηρότερου συναισθήματος (θυμός) που ανταποκρίνεται πλέον στην εμπειρία της, και το οποίο ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει για να εννοήσει την εμπειρία της ασθενούς στο εδώ και τώρα, ή σε πιο προχωρημένα στάδια της θεραπείας για να εννοήσει τη μεταβιβαστική σχέση.

Στο παραπάνω συντμημένο κλινικό παράδειγμα που παραθέσαμε για τις ανάγκες της ανασκόπησης μας, βλέπουμε πως η προαγωγή του αναστοχασμού ή της εννόησης είναι βασικό συστατικό και των δύο θεραπειών. Οι θεραπευτές είναι ενεργοί στις παρεμβάσεις τους, δεν είναι σιωπηλοί και αποστασιοποιημένοι, και δεν χρησιμοποιούν αμιγώς την ερμηνεία. Αντίθετα κτίζουν εκκινώντας είτε από πρόδρομες τεχνικές παρεμβάσεις (στην ΨΕΜ) ή από την επικύρωση του συναισθήματος (στην ΨΥΒΕ), εστιάζοντας στην αμεσότητα της εμπειρίας και στη θεραπευτική σχέση στο εδώ και τώρα. Η θεραπευτική στάση που υιοθετούν είναι διαφορετική, οι στρατηγικές διακριτές και κατά συνέπεια διαφορετική και η διαχείριση της επικοινωνίας της ασθενούς μέσα στη συνεδρία. Οι διαφορές και συγκλίσεις αυτές προκύπτουν από το διαφορετικό θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο από το οποίο εκκινούν η ΨΕΜ και η ΨΥΒΕ.

Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη συγκριτική μελέτη μεταξύ τους δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμα. Είναι γενικά αποδεκτό πως καμία από τις τεκμηριωμένες θεραπείες για την ΟΔΠ δεν υπερέχει έναντι των άλλων, ως εκ τούτου οι ΨΕΜ και ΨΥΒΕ είναι δυνητικά ισοδύναμες όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους.⁵¹ Ωστόσο η ΨΥΒΕ είναι η θεραπεία που αριθμεί τον μεγαλύτερο αριθμό τυχαιοποιημένων μελετών παγκοσμίως, μετά την Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία, ενώ η ΨΕΜ αριθμεί μόλις 2 τυχαιοποιημένες μελέτες [4]. Η διαφορετική θεωρητική προσέγγιση και έμφαση των δύο θεραπειών, ευνοεί την σταδιοποίηση τους εντός του πλαισίου μιας συνεκτικής θεραπευτικής δομής⁵²⁻⁵⁴ όπως φαίνεται και από το παράδειγμα της DeanCross, ωστόσο αυτό απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Σημαντικές είναι οι διαφορετικές κατευθύνσεις που έχουν ακολουθήσει οι δύο θεραπείες για την προσαρμογή του μοντέλου τους σε διαφορετικούς υποπληθυσμούς. Η ΨΕΜ παρέχει μια εκτενή και εμπειριστατωμένη τροποποίηση για τη θεραπεία της ΝΔΠ. Η ΨυΒΕ έχει τροποποιηθεί και προσαρμοστεί για την αντιμετώπιση της ΑΔΠ. (Πίν. 2)

[Πίνακας 2]

Αναπτυξιακό έλλειμμα ή ενδοψυχική σύγκρουση: Η διαχείριση της επιθετικότητας

Η ΨΕΜ εστιάζει στην επιθετικότητα ως ένα αυτόνομο ένστικτο που μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο μεταξύ υποκειμένου και αντικειμένου. Το μοντέλο αυτό τονίζει εμφατικά την εσωτερική σύγκρουση, και την ιδιότητα του ασθενούς ως δρώντος υποκειμένου ικανού για αναστοχασμό σχετικά με τις πράξεις (ή την παθητικότητα) του και τα αντιφατικά εσωτερικά κίνητρά τους.

Η ΨυΒΕ αντίθετα θεωρεί πως οι ασθενείς με ΟΔΠ δεν είναι σε θέση να αναστοχαστούν (ή να εννοήσουν) λόγω πρώιμων αναπτυξιακών ελλειμμάτων. Αντιλαμβάνεται την επιθετικότητα ως έκφραση ενός ανεξέλεγκτου αισθήματος εγκατάλειψης και απώλειας του εαυτού, σαν μια πλευρά ή έκφραση ενός τεράστιου πανικού. Αυτό το μοντέλο εστιάζει στο να κατανοήσει τον πανικό ως το κυρίαρχο συναίσθημα με καταγωγή στα ελλείμματα και τραύματα της περιόδου της προσκόλλησης.

Διαφορετικές οπτικές ως προς την οργάνωση της προσωπικότητας.

Θεραπευτές και των δύο κατευθύνσεων συμφωνούν ότι ένας ασθενής με ΟΔΠ συχνά έχει ελλείμματα στην ικανότητα του να συλλογιστεί γύρω από τον εσωτερικό του κόσμο και αυτόν των άλλων. Η ΨυΒΕ αυτό το ονομάζει εννοιολογικά ανεπεξέργαστο, ενώ η ΨΕΜ μιλά για «σχάση» που οδηγεί σε κατακερματισμένες εσωτερικές αναπαραστάσεις του εαυτού και του άλλου.

Ο θεραπευτής της ΨΕΜ υποθέτει ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ διαθέτουν ένα στοιχειώδες παρατηρητικό εγώ, το οποίο και επικαλείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης θεωρεί ότι υπάρχει μια διαστρωματική αμυντική οργάνωση όπου ένα συναίσθημα επιφάνειας παρέχει αμυντική λειτουργία έναντι βαθύτερων δυαδικών και συναισθηματικών σχηματισμών. Αντίθετα, οι θεραπευτές ΨυΒΕ, υποστηρίζουν ότι αυτοί οι μηχανισμοί υπολειπονται σε ασθενείς με ΟΔΠ καθώς η εννόηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα ή απουσιάζει.

Ο ρόλος του θεραπευτή

Η ΨΕΜ εστιάζει στο ρόλο του θεραπευτή ως μεταβιβαστικό αντικείμενο. Από την αρχή, η στρατηγική της στοχεύει στον καθορισμό των κυρίαρχων δυαδικών ρόλων και των αντιστοιχιών τους. Η θεραπεία περιστρέφεται γύρω από υποθέσεις για το πώς ο ασθενής «βλέπει» το θεραπευτή. Η ένταση της μεταβιβαστικής σχέσης χρησιμοποιείται ώστε ο ασθενής να εμβαθύνει στην παρούσα κατάσταση αλλά και στους παρελθοντικούς δυαδικούς ρόλους.

Στην ΨυΒΕ ο θεραπευτής δρα ως εξελικτικό αντικείμενο. Ο στόχος είναι να καθοριστούν τα υπόρρητα μοτίβα, να προσπαθήσει να παραμείνει σε επαφή με τον νοητικό τρόπο λειτουργίας του ασθενούς, και να προσπαθήσει να αναγνωρίσει και να καθορίσει το συναίσθημα με ακρίβεια. Έχει κατά νου πως η θεραπεία θα επανενεργοποιήσει αναπαραστάσεις της προσκόλλησης οι οποίες είναι ανασφαλείς εξ ορισμού στους ασθενείς με ΟΔΠ. Η μεταβίβαση προσεγγίζεται συνεργατικά στο πλαίσιο βελτίωσης της εννόησης της διαπροσωπικής σχέσης ασθενούς-θεραπευτή.

Το παράδειγμα της κλινικής DeanCross δείχνει πως οι θεραπευτές είναι σε θέση να χρησιμοποιούν δημιουργικά στοιχεία και από τα δύο μοντέλα χωρίς αυτό να δημιουργεί σύγχυση. Αντίθετα η προαγωγή της εννόησης προσεγγίζεται ως σημαντική στόχευση τόσο

της ΨυΒΕ όσο και της πρώιμης ΨΕΜ. Ενώ αντιστρόφως στα ύστερα στάδια της ΨυΒΕ οι θεραπευτές μπορούν να δώσουν έμφαση στην μεταβίβαση, χρησιμοποιώντας δεξιότητες τόσο από τον ΨυΒΕ, όσο και από την εκπαίδευση τους στην ΨΕΜ.

Συμπεράσματα

Παρά τις διαφορές στη θεωρητική έμφαση και τεχνική προσέγγιση των δύο θεραπειών αμφότερες μπορούν να οδηγήσουν σε βελτίωση των συμπτωμάτων και των εννοητικών δυνατοτήτων στην ΟΔΠ, σε μεγαλύτερη συνοχή της ταυτότητας του ασθενούς και σε μείωση της χρήσης προ-εννοητικών σχημάτων και πρώιμων αμυντικών μηχανισμών. Τα δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσματική μείωση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, της αυτοκτονικότητας, του αριθμού νοσηλειών^{55,56} και την αύξηση της αναστοχαστικής λειτουργικότητας.⁵⁷

Τα κοινά ή ειδικά στοιχεία της κάθε θεραπείας που οδηγούν σε αυτά τα αποτελέσματα παραμένουν υπό ερευνητική διερεύνηση. Η ενσωμάτωσή τους στην ελληνική πραγματικότητα εντός του υπάρχοντος ψυχιατρικού μοντέλου αποτελεί στοίχημα για το μέλλον, με το συγγενές παράδειγμα της DeanCross να αποτελεί θετικό προγνωστικό στοιχείο, ενώ η προσβασιμότητα του εκπαιδευτικού μοντέλου είναι επίσης ενθαρρυντική.

Ευχαριστίες

Οι δύο συγγραφείς συνεισέφεραν εξίσου στο τελικό χειρόγραφο αυτής της δημοσίευσης. Ευχαριστούν τον Dr Tennyson Lee για την διδασκαλία και καθοδήγησή του σχετικά με την ψυχοθεραπεία σε ιατρικό πλαίσιο και τις τεκμηριωμένες θεραπείες για την ΟΔΠ κατά σειρά ετών, καθώς και για τα χρήσιμα σχόλια του πάνω σε προσχέδια αυτού του χειρογράφου.

Βιβλιογραφία

1. Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical Practice* Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2014
2. Chartokollis P. Borderline Personality Disorder. *Oedipus* 2010, 4:336-348 (in Greek)
3. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* 2017, 4:21–30, doi: 10.1007/s40473-017-0103-z
4. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020, 5:CD012955, doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2
5. Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Curr Opin Psychol* 2018, 21:127-131, doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.006
6. Pearce S, Scott L, Attwood G et al. Democratic therapeutic community treatment for personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2017, 210:149-156, doi: 10.1192/bjp.bp.116.184366
7. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry* 2016, 16: 304, doi: 10.1186/s12888-016-1000-9
8. Diamond D, Yeomans F, Stern B, Levy K, Hörz S, Doering S et al. Transference Focused Psychotherapy for Patients with Comorbid Narcissistic and Borderline Personality Disorder. *Psychoanal Inq* 2013, 33:527–551, doi: 10.1080/07351690.2013.815087
9. Vaslamatzis G, Theodoropoulos P, Vondikaki S, Karamanolaki H, Milia Tsanira M, Gourounti K. Is the residential combined (psychotherapy plus medication) treatment of

- patients with severe personality disorder effective in terms of suicidality and impulsivity?. *J Nerv Ment Dis* 2014, 202:138–143, doi: 10.1097/NMD.0000000000000083
10. Vaslamatzis G, Zervis C, Ioannovits E, Kokkosi M, Lamnidis N, Tsani C et al. *Borderline patient: Psychoanalytic psychotherapy in clinical framework*. Kastaniotis Editions, Athens, Greece, 2005 (In Greek)
 11. Gonidakis F et al. *Talking about the Borderline Personality Disorder*. Beta, Athens, Greece, 2018 (in Greek)
 12. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema Therapy, A Practitioner's Guide*. Guilford Press, New York, 2006
 13. Ryle A, Kerr I. *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. John Wiley & Sons Ltd, London, 2002, doi: 10.1002/9780470713587
 14. Fonagy P, Vrouva I. Mentalisation and Borderline Personality Disorder: A psychodynamic model of personality pathology based on attachment theory. *Oedipus* 2010, 4:349-391 (in Greek)
 15. Margariti M, Papageorgiou C. Psychiatric specialty training in Greece: Comparative analysis of educational programs (2000 vs 2014). *Psychiatriki* 2017, 28:111–119, doi: 10.22365/jpsych.2017.282.111
 16. Margariti MM, Kontaxakis VP, Kollias K, Paplos K, Christodoulou GN. Psychotherapy in postgraduate psychiatric training: attitudes of residents. *Psychother Psychosom* 2001, 70:112-4, doi: 10.1159/000056235
 17. Kanter Bax O, Nerantzis G, Lee T. Transference-focused psychotherapy as an aid to learning psychodynamic psychotherapy: qualitative analysis of UK psychiatry trainees' views. *BJPsych Bull* 2020, 17:1-7, doi: 10.1192/bjb.2020.129
 18. Lee T, Grove P, Garrett C, Whitehurst T, Kanter-Bax O, Bhui, K. Teaching trainee psychiatrists a Mentalization-Based Treatment approach to personality disorder: Effect on attitudes. *BJPsych Bull* 2021, 45:1-5, doi: 10.1192/bjb.2021.50
 19. Ventura Wurman T, Lee T, Bateman A, Fonagy P, Nolte T. Clinical management of common presentations of patients diagnosed with BPD during the COVID-19 pandemic: the contribution of the MBT framework. *Couns Psychol Q* 2020, doi: 10.1080/09515070.2020.1814694
 20. Kernberg OF. Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development, *International Forum of Psychoanalysis* 2015, 24:38-46, doi: 10.1080/0803706X.2014.912352
 21. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. *Personal Disord* 2015, 6:366–379, doi: 10.1037/per0000117
 22. Vaslamatzis G. Combination of psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy for patients with Personality Disorders: recent findings. *Psychiatriki*. 2014, 25:167–170, PMID: 25367659 (in Greek)
 23. Weinberg I, Godblatt, Meltsberger J. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010, 13:60-8, doi: 10.1007/s11920-010-0167-x.
 24. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1563–1569, doi: 10.1176/ajp.156.10.1563
 25. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009, 166:1355–1364, doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
 26. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012, 51:1304–1313, doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.018

27. Jørgensen CR, Bøye R, Andersen D, Døssing Blaabjerg AH, Freund C, Jordet H et al. Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning. *Nord Psychol* 2014, 66:254-273, doi: 10.1080/19012276.2014.963649
28. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner, T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry* 2016, 16:304, doi: 10.1186/s12888-016-1000-9
29. Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J. Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Eur Addict Res* 2018; 24:1-8, doi: 10.1159/000485564
30. Robinson P, Hellier J, Barrett B et al. The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials* 2016, 17:549, doi: 10.1186/s13063-016-1606-8
31. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:649–658, doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649
32. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg, OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007, 164:922–928, doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.922
33. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010, 196:389–395, doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177
34. Diamond D, Yeomans F, Stern B, Kernberg OF. *Treating Pathological Narcissism with Transference-Focused Psychotherapy*. Guildford Press, New York, 2021
35. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Rowman & Littlefield, Maryland, 1995.
36. Kernberg O. *Severe Personality Disorders*. Yale University Press, New Haven, 1984.
37. Kernberg O. New developments in Transference Focused Psychotherapy. *Int J Psychoanal, Annual Greek Edition* 2017, 5:203-234, doi: 10.1111/1745-8315.12289
38. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007, 164:1-8, doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.922
39. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:649-58, doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649
40. Kernberg O. Structural Interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 1981, 4:169-95, PMID: 7232235
41. Clarkin JF, Caligor E, Stern BL, Kernberg OF. *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. New York. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University 2003. Available from <https://www.borderlinedisorders.com/assets/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf>
42. Aisenstein M, Smadja C. Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *Int J Psychoanal* 2010, 91:621-640, doi: doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x

43. Aisenstein M. Psychoanalytic work and severe illness. *Le Carnet/PSY* 2008, 4:29-34, doi: 10.3917/lcp.126.0029 (in French)
44. Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre* 1989, 12:91–115, doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x
45. Bateman A, Fonagy P. *Mentalisation - Based Treatment for Borderline Personality Disorder, A practical guide*. Oxford University Press, Oxford, 2006, doi: 10.1093/med/9780198570905.001.0001
46. Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2008, doi: 10.1176/appi.books.9781615370887
47. Kalamatianos A, Canellopoulos L. Attachment and Defense Mechanisms in subjects diagnosed with Borderline Personality Disorder. *Psychologia* 2020, 20:1-15, doi: 10.12681/psy_hps.23514 (in Greek)
48. Vaslamatzis G, Coccossis M, Zervis C, Panagiotopoulou V, Chatziandreou M. A psychoanalytically oriented combined treatment approach for severely disturbed borderline patients: The Athens project. *Bull Menninger Clin* 2004, 68:337-349, doi: 10.1521/bumc.68.4.337.56640
49. McGiloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry* 2010, 10:33, doi: 10.1186/1471-244X-10-33. PMID: 20459788; PMCID: PMC2882360.
50. Hossain A, Malkov M, Lee T, Bhui K. Ethnic Variation of Personality Disorder of 6 years of hospital admissions in East London Mental Health Services. *BJPsych Bull* 2018, 42:157-161, doi: 10.1192/bjb.2018.31
51. Verheugt-Pleiter A, Debenmager M. Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization-Based Treatment: Brother and sister?. *Psychoanal Psychother* 2006, 20:297–315, doi: 10.1080/02668730601020374
52. Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harv Rev Psychiatry* 2016, 24:342-356, doi: 10.1097/HRP.0000000000000113
53. Kooiman CG, Kuipers GH, Huffstadt C. Transference focused psychotherapy (TFP) and principles of mentalisation in inpatient psychotherapy; a matter of form and content. *Tijdschr Psychiatr* 2013, 55:939-48, PMID: 24366832 (in Dutch)
54. Lohmer M. Mentalization based treatment (MBT) and Transference-focused psychotherapy (TFP) new concepts for the further development of psychodynamic psychotherapy. *PDP - Psychodynamische Psychotherapie* 2020, 19:138-152, doi: 10.21706/pdp-19-2-138 (in German)
55. Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman, RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol* 2006, 62:481-501, doi: 10.1002/jclp.20239
56. Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes O, Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder - Does it make a difference? *Psychol. Psychother.Theory Res Pract* 2015, 88: 71–86. doi:10.1111/papt.12036
57. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop, M et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *Br J Psychiatry* 2015, 207:173-174, doi: 10.1192/bjp.bp.113.143842

Πίνακας 1. Τυχαιοποιημένες Κλινικές Μελέτες και άλλα εμπειρικά δεδομένα

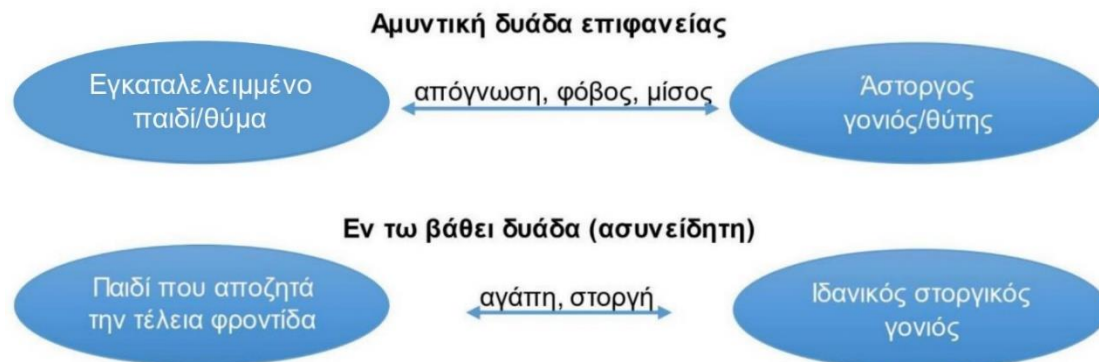
Ερευνητικές Μελέτες	Περιγραφή της μελέτης
<i>Ψυχοθεραπεία με Βάση την Εννόηση (ΨυΒΕ)</i>	
Α. Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες για την ΟΔΠ	
1. Bateman (1999)	1. Σύγκριση ΨυΒΕ με γενική ψυχιατρική φροντίδα [24]
2. Bateman (2009)	2. Σύγκριση ΨυΒΕ με τυποποιημένη κλινική φροντίδα [25]
3. Rossouw (2012)	3. ΨυΒΕ Εφήβων συγκριτικά με την συνήθη φροντίδα [26]
4. Jørgensen (2013)	4. ΨυΒΕ συγκριτικά με υποστηρικτική ομαδική θεραπεία [27]
5. Bateman (2016)	5. ΨυΒΕ ΑΔΠ (συννοσηρότητα με ΟΔΠ) συγκριτικά με τυποποιημένη κλινική φροντίδα [28]
6. Philips (2018)	6. ΨυΒΕ εξαρτήσεων (συννοσηρότητα με ΟΔΠ) [29]
Β. Άλλα εμπειρικά δεδομένα	
7. Robinson (2016)	7. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη για ΨυΒΕ και διαταραχές πρόσληψης τροφής [30]
<i>Ψυχοθεραπεία με Έμφαση στη Μεταβίβαση (ΨΕΜ)</i>	
Α. Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες για την ΟΔΠ	
1. Giesen-Bloo (2006)	1. Σύγκριση Θεραπείας Σχημάτων & ΨΕΜ [31]
2. Clarkin (2007)	2. Τριπλή σύγκριση ΨΕΜ, Διαλεκτικής Συμπεριφορικής και Υποστηρικτικής Ψυχοδυναμικής Θεραπείας [32]
3. Doering, (2010)	3. Σύγκριση ΨΕΜ με ψυχοθεραπεία στην κοινότητα από έμπειρους θεραπευτές [33]
Β. Άλλα εμπειρικά δεδομένα	
4. Diamond (2021)	4. Επικαιροποιημένη έκδοση εμπειρικών και θεωρητικών δεδομένων για την ΝΔΠ [34]

Πίνακας 2. Βασικά συγκριτικά στοιχεία στοιχεία των δύο θεραπειών

	ΨΕΜ	ΨυΒΕ
<i>Θεωρητικό πλαίσιο</i>	Ψυχαναλυτική θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων	Θεωρία προσκόλλησης
<i>Ερευνητικά δεδομένα</i>	χ3 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες	χ7 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες
<i>Τεκμηριωμένες ενδείξεις</i>	ΟΔΠ	ΟΔΠ

Διάρκεια	1-2 έτη	18 μήνες
Συχνότητα	x1-2/εβδομάδα	x2/εβδομάδα
Μοντέλο	Ατομική	Συνδυασμός ομαδικής + ατομικής θεραπείας
Επιπρόσθετες ενδείξεις	ΝΔΠ	ΑΔΠ
Τεχνικές τροποποιήσεις και προσαρμοσμένες εφαρμογές	Ομαδική, Εφήβων, Γηριατρική, Ενδονοσοκομειακή, Ψυχοδικαστική, Ανώτερης Οργάνωσης (Νευρώσεις).	Παιδιών, Εφήβων, Οικογενειακή, Ομαδική οικογενειών σε σχολικό περιβάλλον, Αναδοχής, Αναστοχαστικών Γονεϊκών Δεξιοτήτων, Τροποποίηση για γενική ψυχιατρική.
Εκπαίδευση Θεραπευτή	Θεωρητικά σεμινάρια α) 42 ώρες (6 μέρες) β) 21 ώρες (3 μέρες) Κλινική Εμπειρία ≥2 ατομικές θεραπείες ΟΔΠ ή ΝΔΠ, συχνότητας x1-2/εβδομάδα, διάρκεια ≥2 έτος Πιστοποιημένη Εποπτεία ατομική ή ομαδική, διάρκεια ≥2 έτη, παρουσίαση περιστατικού ≥1/μήνα Αξιολόγηση/Πιστοποίηση Εξετάσεις και έκθεση επόπτη	Θεωρητικά Σεμινάρια α) 3 μέρες β) 2 μέρες Κλινική Εμπειρία ≥4 ατομικές ή ≥2 ομαδικές θεραπείες ΟΔΠ, διάρκεια ≥24 συνεδρίες Πιστοποιημένη Εποπτεία: ατομική ή ομαδική, εβδομαδιαία, παρουσίαση περιστατικού ≥4 ώρες συνολικά Αξιολόγηση/ Πιστοποίηση Έκθεση επόπτη και εκθέσεις προόδου https://www.annafreud.org/training/mentalization-based-treatment-training/
	https://istfp.org/	

Εικόνα 1. Επιφανειακή και εν τω βάθει δυάδα



REVIEW

Transference focused psychotherapy and mentalization based treatment. Evidence based psychotherapies for borderline personality disorder

Orestis Kanter Bax,^{1,2} Georgios Nerantzis^{1,3}

¹Centre for Understanding Personality Disorder (CUSP), DeanCross Personality Disorder Service, London, United Kingdom.

²Southend Complex Needs, Personality Disorder & Psychotherapy Service, Essex Partnership University NHS Foundation Trust

³Specialist Psychotherapy Service, City & Hackney Psychotherapy Department, East London NHS Foundation Trust

ARTICLE HISTORY: Received 13 April 2021 / Revised 14 July 2021 / Published Online 21 February 2022

ABSTRACT

Over the past decades mental health services around the world are faced with a high number of patients with borderline personality disorder (BPD) which has resulted in a particular emphasis on research for specialist treatments for this class of disorders. At least 5 psychotherapeutic models are based on evidence from clinical trials that support their effectiveness. In this review we present the latest research evidence as well as a summary of the basic characteristics of Transference-Focused Psychotherapy and Mentalization Based Treatment, which are not yet widely used in Greece. The two modalities originate from the psychoanalytic tradition and they have various points of convergence and divergence with regards to their structure (individual, group, combined) the role of the therapist and their use of basic theoretical concepts (eg. attachment, aggression). Their descriptive presentation in the form of a treatment manual and the standardisation of their training model, makes them accessible for training therapists and allows their introduction in psychiatric training programmes. We present a clinical case as an example of the application of the two approaches, along with the clinical and research paradigm originating from DeanCross Personality Disorder Service in London and the Centre for Understanding Personality Disorder, in order to compare the basic theoretical and technical characteristics of the two therapeutic modalities in view of their unique application within one outpatient service in the community. DeanCross provides a mixed MBT model (group, individual) with psychiatric input, which has been updated by the introduction of TFP in individual and group formats. Our review aligns with the international current that does not regard the two models in competition with each other; instead, we present a successful paradigm of their compatibility and mutual enrichment. The successful introduction of these therapies in the British public healthcare system, which is similar in its characteristics to the Greek national health system, is an encouraging prognostic factor when it comes to the applicability of these models in the Greek paradigm. It is a necessary prerequisite that clinical and theoretical knowledge of services that care for populations with a high prevalence of BPD is updated, and the current review makes a contribution in this direction.

KEYWORDS: Transference, mentalization, borderline, narcissistic, evidence based, psychotherapy.

Corresponding Author: Georgios Nerantzis, Centre for Understanding Personality Disorder (CUSP), DeanCross Personality Disorder Service, 1st Floor Burdett House, Mile End Hospital, 275 Bancroft Road, E1 4DG, London, United Kingdom, Email: gnerantzis@live.com

Journal Pre-proof