

Οριακή διαταραχή η ασθένεια της νεωτερικότητας Ψυχοπαθολογία και Αιτιοπαθογένεια.

Θεραπευτικές προοπτικές.

Dr.med.M.Διαλλινά. Συντονίστρια Διευθύντρια, Ψυχιατρικό τμήμα Ενηλίκων, ΓΝΑ Γεννηματάς.



Ορισμός

- Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που διέπονται από ένα διάχυτο μοτίβο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του εαυτού και στα συναισθήματα του ατόμου. Τους χαρακτηρίζει η παρορμητικότητα, που ξεκινάει συνήθως κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή

Διαφορετικές έννοιες και συμπτώματα που είχαν επιγραφεί από το 1930
Ο όρος «Μετ αιχμιακή Διαταραχή» είχε χρησιμοποιηθεί αρκετά χρόνια πριν από
ερευνητές για να επισημάνει

- Ο όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά για ασθενείς που βρίσκονται στο **μεταίχμιο μεταξύ Νεύρωσης και Σχιζοφρένειας**, δηλαδή για ασθενείς που ήταν ευαίσθητοι στην αντιμετώπιση μέσω κλασσικών **ψυχαναλυτικών τεχνικών ψυχοθεραπείας** αλλά που τα συμπτώματά τους δεν μπορούσαν να δικαιολογήσουν μια διάγνωση Σχιζοφρένειας
- Αρεταίος
- Theofile Bonet -----} folie maniaco-melancholique (1664)
- Charles H. Hughes (1884) και J.C Rosse (1890)----} οριακή τρέλα
- Kraepelin (1921) -----} "ευερέθιστη προσωπικότητα"
- Adolf Stern-----} "οριακός/οριακότητα" (ήπια σχιζοφρένεια)
- DSM-II---} κυκλοθυμική προσωπικότητα
- DSM-III---} ΟΔΠ (μέχρι σήμερα)

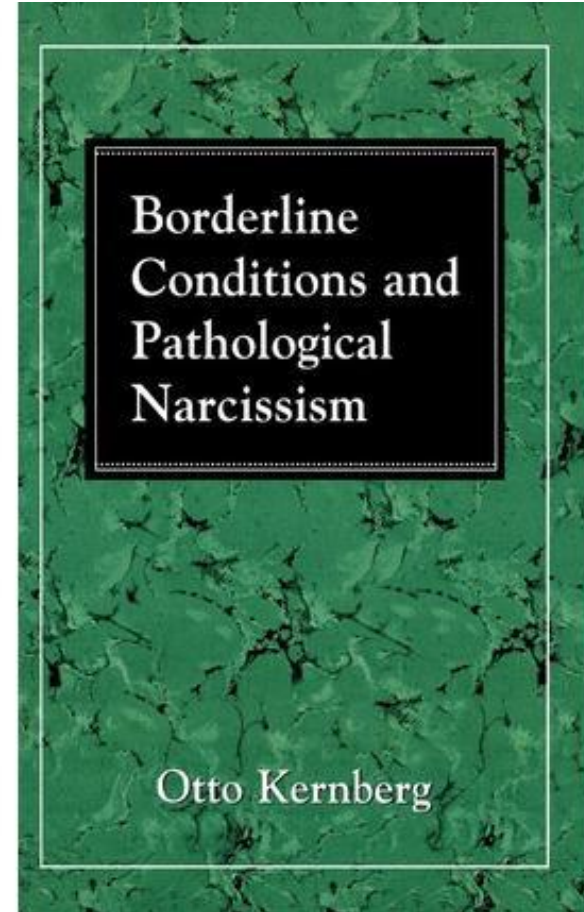
ΙΣΤΟΡΙΑ

- **Schafer** το «1945 σε προ-σχιζοφρενική δομή προσωπικότητας
- **O Knight** αναφέρετε σε **Bordeline states** το1953
- **Kernberg** αναφέρθηκε από το **1966** σε μια ειδική σταθερή παθολογική δομή προσωπικότητας «την οριακή οργάνανωση προσωπικότητας», που συχνά η συμπτωματολογία της θύμιζε τις «νευρώσεις».
- ‘Όμως συχνά στις κλασσικές αναλυτικές θεραπείες αυτών των ασθενών παρατηρήθηκαν **ψυχωτικοί εκτροχιασμοί** και η **μεταβίβαση** είχε ήταν **ψυχωτικής φύσης** όπως στους ψυχωτικούς και σε κάποιους **ψυχοσωματικούς**, ενώ διατηρούσαν σε γενικές γραμμές την αρχή της πραγματικότητας.
-

Ο όρος «**Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας**» εμφανίζεται για πρώτη φορά στις **αρχές της δεκαετίας του 1980** στο **DSM-III**

- Μετά από πλήθος μελετών, ερευνών και συνεντεύξεων από ερευνητές όπως οι Gunderson, Kolb, Aystin (1981) και οι Spitzer, Endicott & Gibbon (1979) σκιαγραφώντας την σοβαρότητα και την πολυπλοκότητα της πάθησης με χαρακτηριστικά όπως **αστάθεια σε επίπεδο συναισθημάτων, σχέσεων και Εαυτο-εικόνας, καθώς και παρορμητικότητα**.

Otto Kernberg



ΟΡΙΑΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

- Τα διαγνωστικά κριτήρια του Kernberg:

- Έντονο χρονίζον **Άγχος** ως Αντίσταση
- **Πολύμορφα νευρωσικά συμπτώματα** (πολλαπλές Φοβίες, ψυχαναγκαστική συμπτωματολογία, πολλαπλά αποσυνδεδετικά- μετατρεπτικά συμπτώματα, υποχονδρία, παρανοειδείς συμπεριφορές.
- Εκδηλώνουν **Πολύμορφες διαστροφικές τάσεις στην σεξουαλικότητα τους**
- Συχνά εμφανίζουν χαρακτηριστικά **των κλασσικών προ-ψυχωτικών δομών προσωπικότητας** (παρανοειδή, σχιζοειδής, υπομανιακή)
- **Παρορμητική συμπεριφορά, τοξικομανία.**
- Συχνά εκδηλώνουν στοιχεία από άλλες **διαταραχές προσωπικότητας με βίαιες, χαοτικού χαρακτήρα «lower level» συμπεριφορές**, όπως η ψυχονηπιακή-οιστριονική,,ναρκισσιστική, καταθλιπτική –μαζοχιστική προσωπικότητα

Τα κριτήρια του Kernberg για την οριακή οργάνωση της προσωπικότητας

I. Μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ

- A. Απουσία ανοχής στο άγχος
- B. Απουσία ελέγχου των παρορμήσεων
- Γ. Απουσία αναπτυγμένων δρόμων μετουσίωσης

II. Μετατόπιση προς αρχαϊκές διεργασίες σκέψης

III. Αρχαϊκές αμυντικές λειτουργίες

- A. Σχάση
- B. Αρχέγονη εξιδανίκευση
- Γ. Προβλητική Ταύτιση
- Δ. Άρνηση
- E. Παντοδυναμία-υποτίμηση

IV. Παθολογικές εσωτερικευμένες αντικειμενότητες σχέσεις

F60.3 του τύπου συναισθηματικής αστάθειας.

- **Διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηριζόμενη από:**

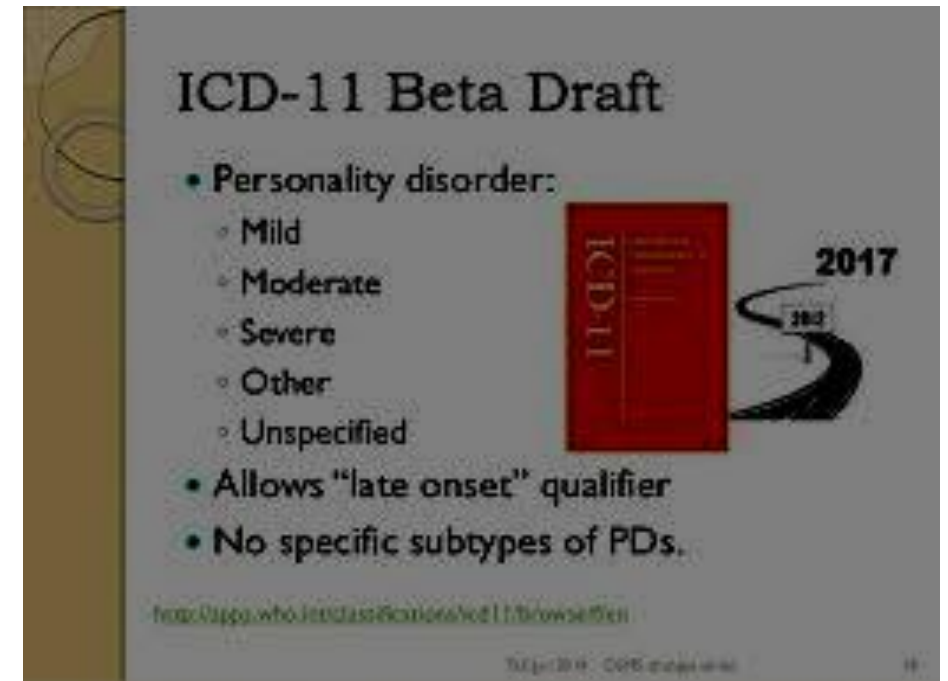
- παρορμητική συμπεριφορά
- διάθεση απρόβλεπτη, ιδιότροπη.
- αδυναμία ελέγχου των εκρήξεων συμπεριφοράς.
- εριστική συμπεριφορά

Μπορούν να διακριθούν δύο τύποι:

- **(α) ο παρορμητικός τύπος, (F60.30)**
που χαρακτηρίζεται από:
- συναισθηματική αστάθεια
- έλλειψη του ελέγχου των παρορμήσεων.
- **(β) ο μεθοριακός τύπος (F60.31),** που χαρακτηρίζεται επιπλέον από:
 - διαταραγμένη εικόνα Εαυτού
 - υπάρχουν χρόνια συναισθήματα κενού και
 - μια τάση για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην οποία περιλαμβάνονται αυτοβλαπτικές πράξεις και απειλές για αυτοκτονία.

Στις προτάσεις για την αναθεώρηση του εγχειριδίου, στο ICD-11

- Όλες οι ξεχωριστές διαγνώσεις θα αφαιρεθούν και θα αντικατασταθούν με μία,
- ενώ η διάγνωση θα εστιάζεται σε ***specifiers** (καθοριστικοί δείκτες) αποκαλούμενοι "κυρίαρχα χαρακτηριστικά προσωπικότητας"
- Θα δίνεται η δυνατότητα να κατανεμηθούν σε ένα **συνεχές ανάλογο με την βαρύτητα** τους.
- Καθώς και πως επιδρούν ουσιαστικά στην λειτουργικότητα των ασθενών αναφορικά με τις **διαπροσωπικές τους σχέσεις** και την **καθημερινή τους ζωή**.



Σύμφωνα με το DSM -5

κυρίαρχα χαρακτηριστικά είναι η αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, η διαταραχή ταυτότητας και εικόνας εαυτού, οι συναισθηματικές διαταραχές και η παρορμητική συμπεριφορά με εκδήλωση τους στην **πρώιμη περίοδο ενηλικίωσης** και με πρώτη εμφάνιση σε διάφορα πλαίσια της ζωής. Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον **5** από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Προσπάθειες αποφυγής της εγκατάλειψης:
2. Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις.
3. Διαταραχή της ταυτότητας:
4. Παρορμητική συμπεριφορά: εντοπίζεται σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνατό να αποβούν αυτοκαταστροφικοί αλόγιστη δαπάνη χρημάτων, η ασύδοτη σεξουαλική δραστηριότητα, η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες, η επικίνδυνη οδήγηση, οι αποκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές.
5. Υποτροπιάζουσα Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
6. Συναισθηματική αστάθεια: σημαντικές μεταβολές της διάθεσης σαν αποτέλεσμα της αντιδραστικότητας στην διάθεσή τους
7. Έντονος απρόσφορος μη ελεγχόμενος θυμός.
8. Χρόνιο αίσθημα ματαιότητας.

Η ομάδα των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με ΟΔΠ θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε δυο υποομάδες βάσει της αιτιοπαθογένειάς τους

- Η **πρώτη υποομάδα** φαίνεται να σχετίζεται στενά με το ευρύτερο φάσμα των **Συναισθηματικών Διαταραχών** όπως η δυσθυμία και η κυκλοθυμία.
- Η **δεύτερη υποομάδα** φαίνεται να σχετίζεται με άλλες διαταραχές όπως η κατάχρηση και η εξάρτηση από ουσίες, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, η διαταραχή μετατραυματικού στρες αλλά και με άλλες διαταραχές προσωπικότητας όπως η **Ναρκισσιστική**, η **Ιστριονική** και η **Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας**.

Οι τέσσερις υποκατηγορίες των οριακών ασθενών του Grinker.

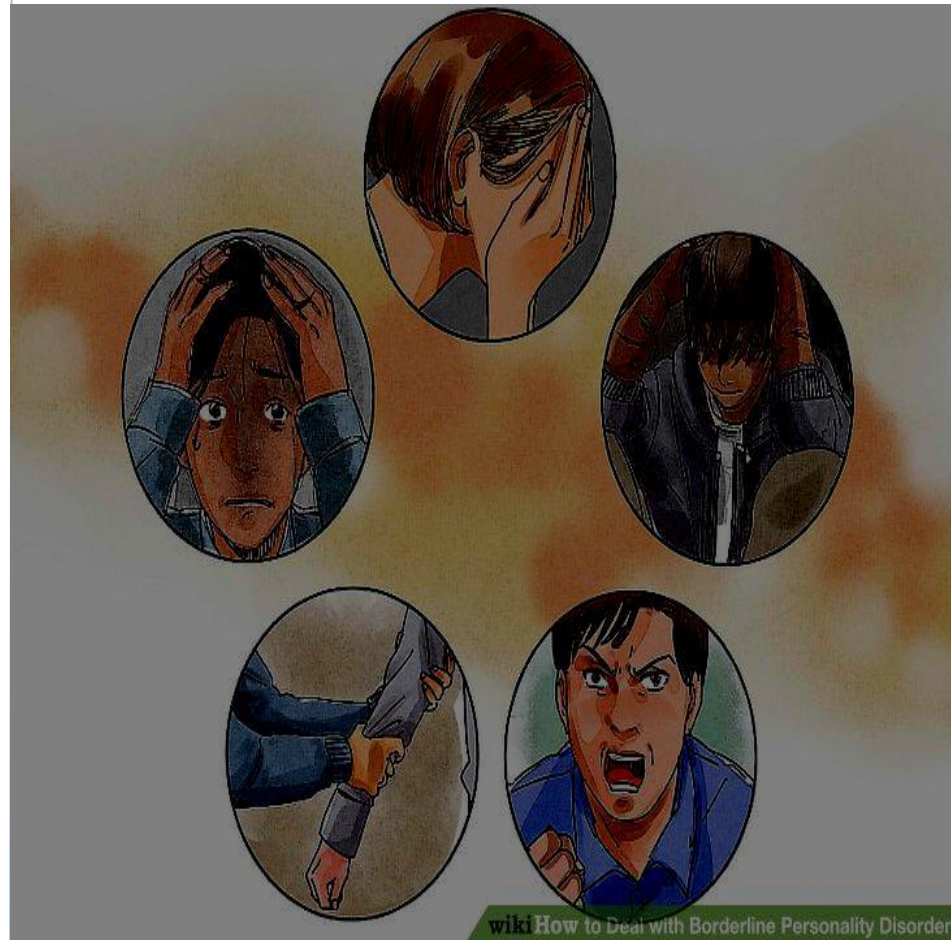
- Τύπος I: Ψυχωτικό άκρο
 - Α. Ακατάλληλη, απροσάρμοστη συμπεριφορά
 - Β. Προβλήματα με τον έλεγχο της πραγματικότητας και την αίσθηση της ταυτότητας
 - Γ. Αρνητική συμπεριφορά και ανοιχτά εκφραζόμενος θυμός
- Τύπος II: Τυπικό Οριακό Σύνδρομο
 - Α. Εκτεταμένο **αρνητικό συναίσθημα**
 - Β. **Αμφιταλαντευόμενες σχέσεις** με τους άλλους
 - Γ. **Θυμός που εκδραματίζεται**
 - Δ. **Ασταθής ταυτότητα του εαυτού**
- Τύπος III: Ομάδα «ως-εάν» (As-If)
 - Α. Τάση να αντιγράφει την ταυτότητα των άλλων
 - Β. Αναισθησία
 - Γ. Υπερπροσαρμοστική συμπεριφορά
 - Δ. Σχέσεις που υστερούν σε γνησιότητα και αυθορμητισμό
- Τύπος IV: Νευρωτικό άκρο
 - Α. Ανακλητική κατάθλιψη
 - Β. Άγχος
 - Γ. Νευρωτικά και ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα

Διακριτικά χαρακτηριστικά της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Zanarini)

- Σχεδόν ψυχωτική σκέψη
- Αυτο-ακρωτηριασμός
- Χειριστικές απόπειρες αυτοκτονίας
- Ανησυχίες εγκατάλειψης/καταβροχθισμού/εκμηδένισης
- Απαιτητικότητα/Αίσθηση ότι σε εκείνους πολλά επιτρέπονται
- Παλινδρομήσεις στη θεραπεία
- Αντιμεταβιβαστικές δυσκολίες

Χαρακτηριστικά Διαταραχής

- Διαπροσωπική ευαισθησία
 - Φόβος εγκατάληψης
 - Ασταθείς/χαοτικές σχέσεις
 - Αίσθημα κενού
- Συναισθηματική αστάθεια
 - Ευμεταβλητότητα συναισθήματος
 - Εκρήξεις οργής



Διαταραχές της Συμπεριφοράς

- Αυτοκτονική/παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά
- Παρορμητικότητα (σεξουαλική ζωή, οδήγηση, εξαρτήσεις-binge)
- Αλλοιωμένη εικόνα εαυτού
- Ψυχωτικές εκτροπές/ αποπροσωποποίηση
- Αίσθημα αβεβαιότητας σχετικά με προσωπική ταυτότητα



ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

- Τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση της Μετايχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας σε μεγαλύτερη ηλικία, είναι η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση, η απώλεια ενός ή και των δύο γονέων και τέλος το διαζύγιο των γονέων.
- Στοιχεία από την έρευνα των Ogata et al (1990) πάνω στην κακοποίηση στην παιδική ηλικία δείχνουν ότι **το 71% των ατόμων που έχουν λάβει διάγνωση της διαταραχής αυτής είχαν κακοποιηθεί σαν παιδιά.**

Σύμφωνα με το Αναπτυξιακό Μοντέλο της Ψυχαναλυτικής Θεωρίας,

- η εκδήλωση της διαταραχής αυτής σχετίζεται άμεσα με μια σοβαρή δυσλειτουργία στο οικογενειακό περιβάλλον κατά την **πρώιμη παιδική ηλικία**. Εντοπίζει τη δυσλειτουργία στις σχέσεις μεταξύ του παιδιού και των γονέων και υποστηρίζει ότι το αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργικής σχέσης είναι να αναπτύσσει και να διατηρεί το παιδί χαρακτηριστικά **ευαλωτότητας στον αποχωρισμό**, ένα **εύθραυστο Εγώ** και μια τάση να εγκλωβίζεται μέσα σε μια **συγκεχυμένη αίσθηση ταυτότητας**

ΠΙΝΑΚΑΣ 15-5. Ο ρόλος της μητέρας στο σύνδρομο της οριακότητας (Masterson & Rinsley).

Η Αλληλεπίδραση Μητέρας-Βρέφους στην Υποφάση της Επαναπροσέγγισης

- Ανταμοιβή της παλινδρόμησης και της προσκόλλησης
- Εγκατάλειψη του αποχωρισμού-εξανομίκευσης

Διαχωρισμένες Μονάδες Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων

- Μερική Μονάδα που αποσύρεται (επιθετική)

Μητρικό Μερικό Αντικείμενο	Συναίσθημα	+	Μερική Αναπαράσταση Εαυτού
<i>Επιτιθέμενο, επικριτικό, εχθρικό, επικυρόνον την απόσυρση</i>	<i>Θυμός, ματαίωση, αίσθημα υπονόμευσης</i>		<i>Ανεπαρκής, κακός, αβοήθητος, ένοχος, άσχημος, κενός</i>

- Μερική Μονάδα που παρέχει Ανταμοιβή (που ικανοποιεί λιβιδινικά)

Μητρικό Μερικό Αντικείμενο	Συναίσθημα	+	Μερική Αναπαράσταση Εαυτού
<i>Αποδοχή, υποστήριξη και ανταμοιβή της παλινδρομητικής συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς προσκόλλησης</i>	<i>Ευεξίας, κορεσμό, ικανοποίηση της επιθυμίας επανένωσης</i>		<i>Καλός, παθητικός, σχηματοποιούμενος</i>

Πηγή: Βασισμένο στους Masterson & Rinsley 1975

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΣΕ ΜΗ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

ΒΡΕΦΟΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ
ΤΩΝ 3 ΜΗΝΩΝ



ΣΧΕΣΗ
ΚΑΤΟΠΤΡΙΣΜΟΣ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

ΠΡΟΣΩΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ
ΕΜΠΕΡΙΕΧΕΤΑΙ ΡΥΘΜΙΖΕΤΑΙ
ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΕΤΑΙ



ΑΝΤΙΚΑΤΟΠΤΡΙΣΜΟΣ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ
=
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ
ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

ΕΑΥΤΟΡΥΘΜΙΣΗ=ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΩΔΙΚΟΥ ΑΥΤΟΡΥΘΜΙΣΗΣ
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

- Υπό το κράτος μιας όπως θα την χαρακτήριζαν ο Jakobson 1971 αλλά και οι Will, Blatt, Taylor, «ναρκισσιστικής κατάθλιψης» προσπαθεί να «επανόρθωση» (Klein 1935) με την αυτοτιμωρία της.

- Σε ένα αρχαϊκό αυστηρό σαδομαζοχιστικό Υπερεγώ (Klein 1935, 1923), ή σύμφωνα με τον Rado, 1927 την ταύτιση του Εγώ με το Υπερεγώ, ή όπως διαπιστώνει ο Freud «στο πένθος και μελαγχολία ήδη το 1917» να ενδοβολή στο Εγώ του το ναρκισσιστικά επιλεγμένο αμφιθυμικό αντικείμενο.

Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Προσέγγιση

εστιάζει στις **δυσλειτουργικές πεποιθήσεις** που διατηρεί το άτομο για τον κόσμο, τον εαυτό του και τους άλλους όπως:

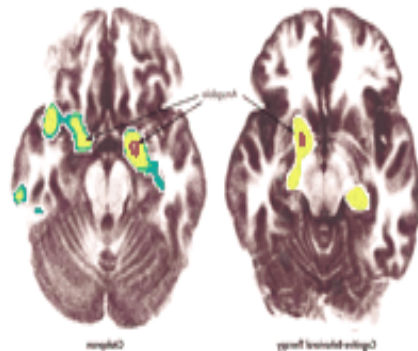
- α) **ο κόσμος είναι επικίνδυνος,**
- β) **είμαι ευάλωτος και αδύναμος,**
- γ) **δεν είμαι αποδεκτός από τους άλλους.**

Κληρονομικότητα

- Μια έρευνα (Amad, 2014) που έγινε δηλώνει ότι οι **διαταραχές προσωπικότητας** φαίνεται ότι έχουν **την μεγαλύτερη κληρονομικότητα** συγκριτικά με σχεδόν κάθε άλλη διαταραχή του άξονα I (ΔΔ, κατάθλιψη, διαταραχές πρόσληψης τροφής)
- με την ΟΔΠ να βρίσκεται **τρίτη ανάμεσα στις** διαταραχές προσωπικότητας αναφορικά με την εμπλοκή των γονιδίων

Η γενετικοί παράγοντες

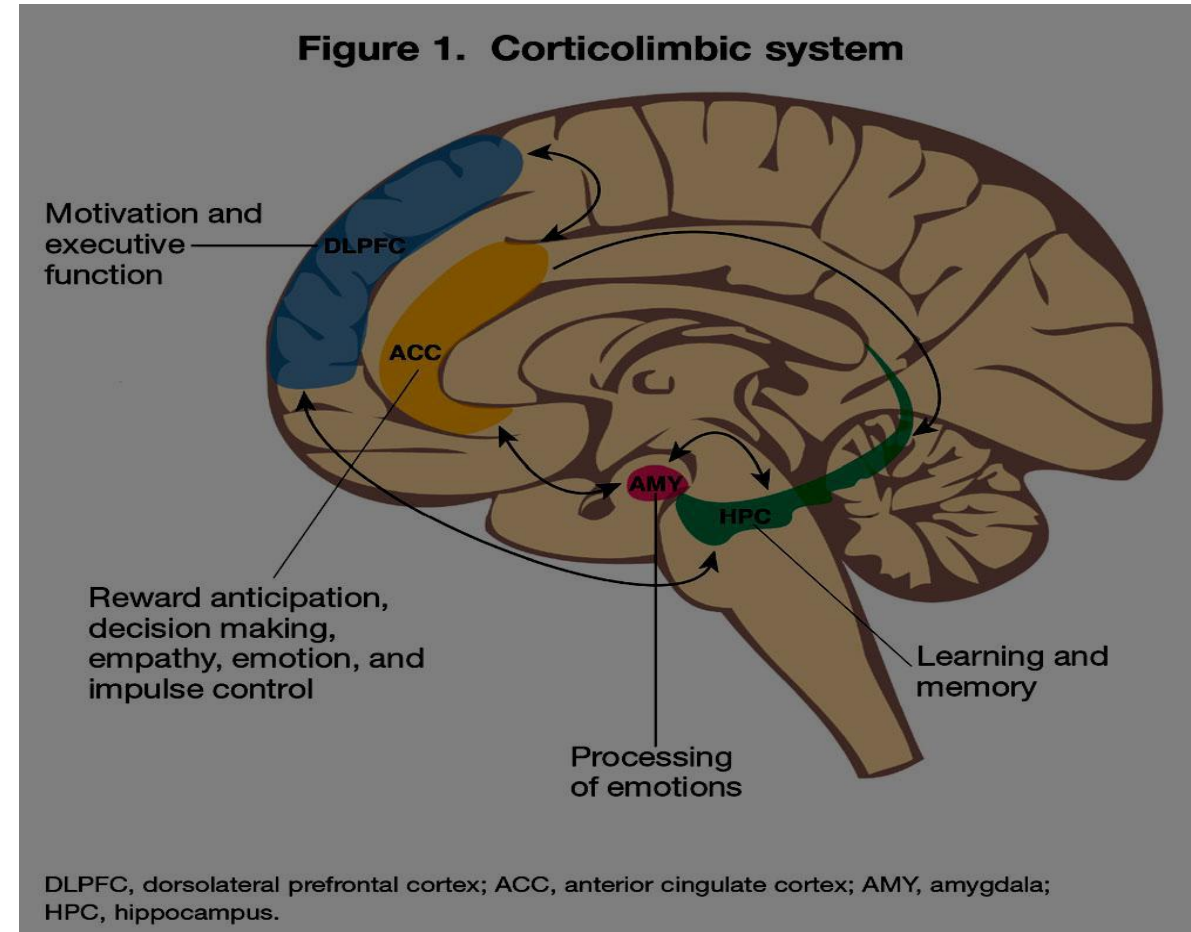
- συχνότερη σε μέλη της ίδιας οικογένειας
- η διάγνωση είναι 5 φορές πιο συχνή σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών



- Η δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού, ο οποίος φαίνεται να ελέγχει την **παρορμητική συμπεριφορά**, έχει επίσης ενοχοποιηθεί για την αιτιοπαθογένεια αυτής της διαταραχής.
- Ασθενείς με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν πολύ **χαμηλές επιδόσεις σε νευρολογικές δοκιμασίες της λειτουργίας του μετωπιαίου λοβού** και έχουν **χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στους μετωπιαίους λοβούς**

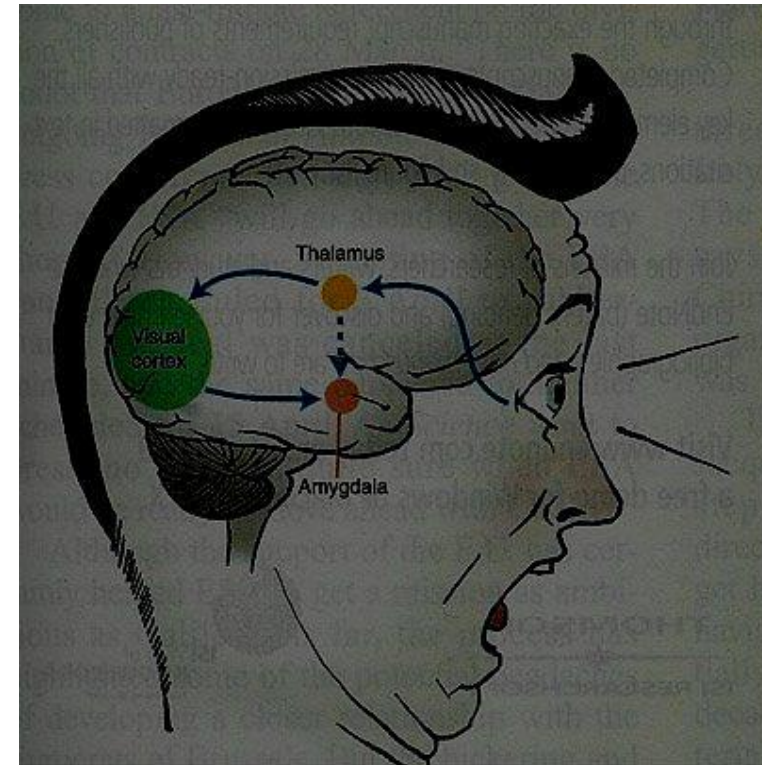
Προμετωπιαίος φλοιός

- Ο προμετωπιαίος φλοιός τείνει να είναι λιγότερο ενεργός στην ΟΔΠ, ειδικά κατά την ανάκληση αναμνήσεων εγκατάλειψης από τους ασθενείς.
- κυρίως στις περιοχές 24 και 32 του δεξιού πρόσθιου φλοιού του προσαγωγίου, περιοχές σημαντικές στην ρύθμιση του αναδυόμενου συναισθήματος.
- Η υποδραστηριότητα αυτή ίσως εξηγεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην διαχείριση των συναισθημάτων τους και στην απόκριση τους σε **ψυχοπιεστικά γεγονότα**.



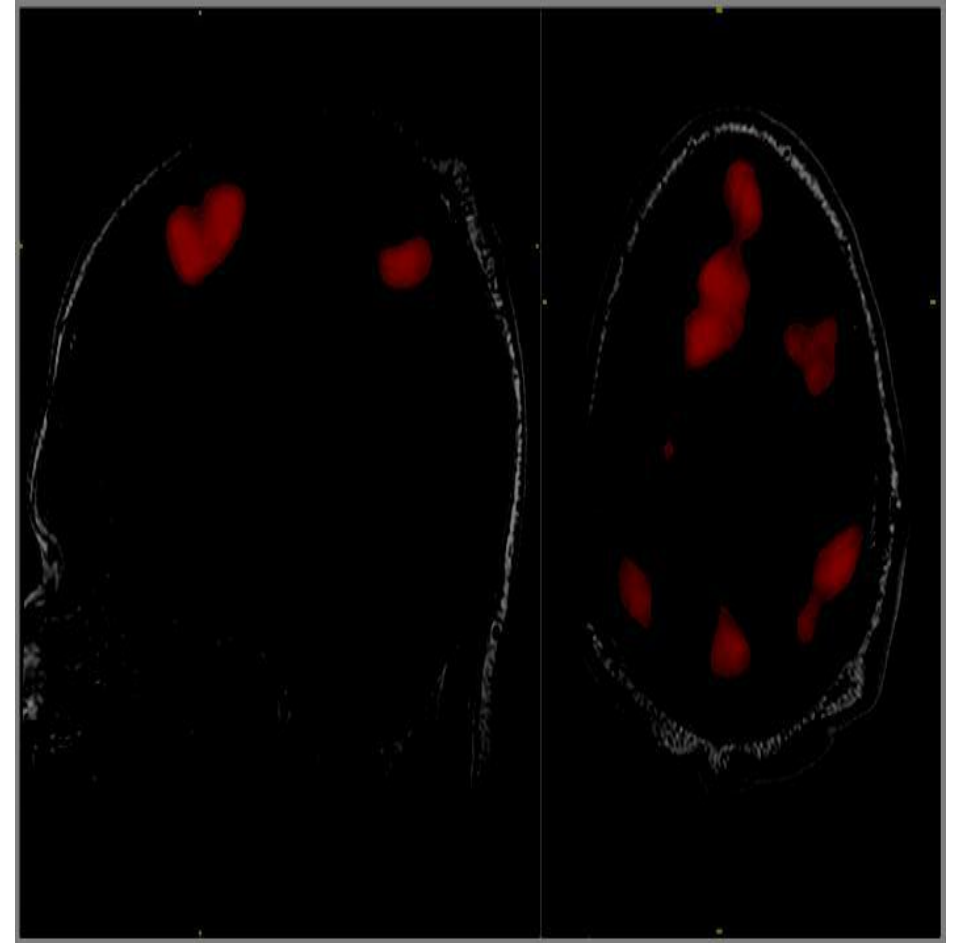
Διαταραχή Συνδεσιμότητας μεταξύ προμετωπιαίου φλοιού-αμυγδαλής

- **Υγιείς:** προμετωπιαίος φλοιός → **ανασταλτικός έλεγχος** πάνω στην αμυγδαλή
- **ΟΔΠ:** απουσία φυσιολογικής αυστηρής σύζευξης μεταξύ κογκχομετωπιαίου φλοιού (περιοχής που συμμετέχει στην γνωσιακή επεξεργασία της λήψης αποφάσεων) και αμυγδαλής → **αποτυχία να αναχαιτιστεί η αμυγδαλή σε απόκριση ενός ερεθίσματος αποστροφής**



Λειτουργική Νευροαπεικόνιση (fMRI)

- Αναγνώριση εκφράσεων προσώπου
 - Οι ασθενείς με ΟΔΠ παρουσιάζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα – όταν αντιλαμβάνονται ερεθίσματα που τα **κατηγοριοποιούν ως αρνητικά** – στην αμυγδαλή, στη νησίδα του Reil, στον οπίσθιο φλοιό του προσαγωγίου, στα ανώτερα και κατώτερα βρεγματικά λοβία, στο σφηνοειδές και προσφηνοειδές λοβίο



Οι ασθενείς με ΟΔΠ τείνουν να μην αναγνωρίζουν την ουδέτερη μιμητική έκφραση, και να τις αποδίδουν αρνητικό πρόσημο (negative bias)



Συσχέτιση της παρορμητικότητας με την σεροτονίνη

καθώς χαμηλά επίπεδα της φαίνεται να την επηρεάζουν,

όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα ερευνών που έγιναν σε ασθενείς οι οποίοι εντάχθηκαν σε φαρμακευτική αγωγή

αύξηση των επιπέδων σεροτονίνης με αποτέλεσμα την σημαντική μείωση στα επίπεδα θυμού τους .

Γενετικές Μελέτες

Μοριακές έρευνες έχουν εστιάσει:

- **στην σύνθεση της 5-υδροξυτρυπταμίνης (5-HT) ένζυμο που σχετίζεται με τον βαθμό απομείωσης της σεροτονίνης και στα γονίδια του υποδοχέα και του μεταφορέα του ενζύμου**
- **Η 5-HT προέρχεται από την τρυπτοφάνη μέσω μιας διαδικασίας που συμμετέχει η υδροξυλάση της τρυπτοφάνης (TPH).**

Η υδροξυλάση της τρυπτοφάνης 2 (TPH2) αποτελεί ένα νευρωνικά-ειδικό ένζυμο υπεύθυνο για την παραγωγή της 5-HT στο ΚΝΣ. Ένας απλός νουκλεοτιδικός πολυμορφισμός στο γονίδιο είναι υπεύθυνος για την παραγωγή ενός TPH2 ισομορφισμού, που σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Το 2010, ο Perez-Rodriguez και συνεργάτες κατέγραψαν τον πλήρη γενότυπο ασθενών με ΟΔΠ και τους συνέκριναν με ασθενείς με άλλες ΔΠ και με υγιή πληθυσμό.

Ανευρέθηκε ότι το ισομορφικό TPRH2 ήταν κυρίαρχο σε ασθενείς με ΟΔΠ

γονίδια που ερευνώνται

- Αναφορικά με τους υποδοχείς σεροτονίνης:
- πολυμορφισμοί στα γονίδια των 5HT_{2A}, 5HT_{2C} έχουν συσχετιστεί πιο συχνά με ΟΔΠ.
- Διαφοροποιήσεις στον 5HT_{2A} υποδοχέα σχετίζονται με
 - αυτοκτονικότητα,
 - συναισθηματική ευμεταβλητότητα και παρορμητικότητα

γονίδια που ερευνώνται

- Άλλα γονίδια που ερευνώνται είναι του υποδοχέα ντοπαμίνης **D4 (DRD4)** που σχετίζεται με ασταθή/αποδιοργανωμένη επένδυση-δημιουργία δεσμού,
- ενώ πολυμορφισμοί στον γονίδιο του μεταφορέα ντοπαμίνης (**DAT**) σχετίζονται με διαταραχές στον ανασταλτικό έλεγχο

Νευροαπεικονιστικά ευρήματα

- **Ιππόκαμπος**

- Ο ιππόκαμπος τείνει να είναι **μικρότερος σε μέγεθος σε ανθρώπους με ΟΔΠ**, όπως και όσους πάσχουν από Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.
- Σε αντίθεση με το **PTSD**, οι **ΟΔΠ** έχουν **μικρότερο μέγεθος αμυγδαλής** επίσης

- **Αμυγδαλή**

- Η αμυγδαλή είναι **μικρότερη και πιο ενεργής σε ασθενείς με ΟΔΠ** (γνώρισμα που μοιράζονται με ασθενείς OCD)
- Σε μια έρευνα που ασθενείς με ΟΔΠ ένωσαν ή έβλεπαν εικόνες με αρνητικό περιεχόμενο, η δραστηριότητα της **αριστερής αμυγδαλής τους** ήταν ασυνήθιστα υψηλή (συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου)

Άξονας Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων (ΥΥΕ)

- Ο άξονας ΥΥΕ ρυθμίζει την απελευθέρωση της κορτιζόλης, ως απάντηση στο στρες. Ασθενείς με ΟΔΠ έχουν **αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα, στα ούρα και στο σάλιο, ένδειξη ενός υπερενεργού άξονα**. Μια συνθήκη που οδηγεί στο να βιώνουν μεγαλύτερη υποκειμενική δυσφορία σε ψυχοπιεστικά/στεσσογόνα γεγονότα (πολύ μεγαλύτερη έκκριση κορτιζόλης), κάνοντας τους πολύ πιο ευάλωτους σε αισθήματα ευερεσθητικότητας
- **Καθώς τα τραυματικά** γεγονότα τείνουν να **αυξάνουν την παραγωγή κορτιζόλης** και να ενεργοποιούν τον άξονα, μια πιθανή ερμηνεία στην υπερδραστηριότητα του άξονα που παρουσιάζουν ασθενείς με ΟΔΠ, είναι η συχνή ύπαρξη τραυματικού γεγονότος κατά την παιδική ηλικία ή συνθήκες δύσκολης ενηλικίωσης
- Αυξημένη παραγωγή κορτιζόλης σχετίζεται και με αυξημένο κίνδυνο **αυτοκτονικής συμπεριφοράς**

Άλλοι παράγοντες

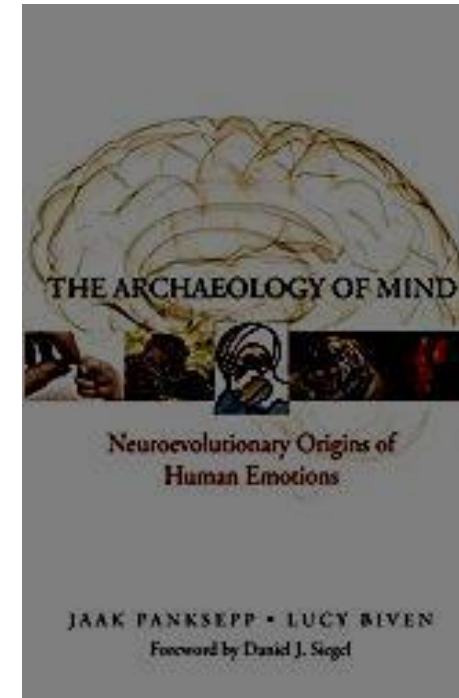
- **BDNF** (brain derived neurotrophic factor) (νευρωνική ανάπτυξη και διαφοροποίηση, ρύθμιση stress μέσω επίδρασης στον ιππόκαμπο)-----
-----χαμηλά επίπεδα
- **Νευρορυθμιστικά λιπαρά οξέα** σχετιζόμενα με ενδοκανναβοειδή (σχετικές με stress αποκρίσεις, αντίδραση στον πόνο)---**αυξ. επίπεδα**
- **Αυξητικός παράγοντας του ενδοθηλίου του αγγείων** (προάγει νευρογένεση, καταστέλλεται από stress)----**αυξημένα επίπεδα**
- **Προλακτίνη** ορού (ορμόνη που αυξάνει την απόκριση στο κοινωνικό άγχος)-----**αυξημένα επίπεδα**

Ο ρόλος των οιστρογόνων

- Ατομικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα οιστρογόνων ίσως σχετίζονται με την εμφάνιση/έκφραση συμπτωμάτων της διαταραχής στις γυναίκες.
- Σε μία έρευνα του 2003, η **έξαρση των συμπτωμάτων σε γυναίκες διαγνωσθείσες με ΟΔΠ προβλεπόντανε με την μελέτη των κύκλων ωοθυλακίας τους και τις επαγόμενες αλλαγές στα επίπεδα οιστρογόνων.**

Η ΟΞΥΤΟΚΙΝΗ

- Η οξυτοκίνη συμμετέχει στην ρύθμιση του άξονα ΥΥΕ συμβάλλοντας στην εξοικείωση με το αίσθημα του φόβου (Panksepp) και την σταδιακή εξαφάνιση του αισθήματος της έκπληξης όταν έρχεται κάποιος αντιμέτωπος με ένα ήδη γνωστό ερέθισμα
- Σημαντικός ρόλος στην δημιουργία **δεσμού/σχέσης ασφαλείας**



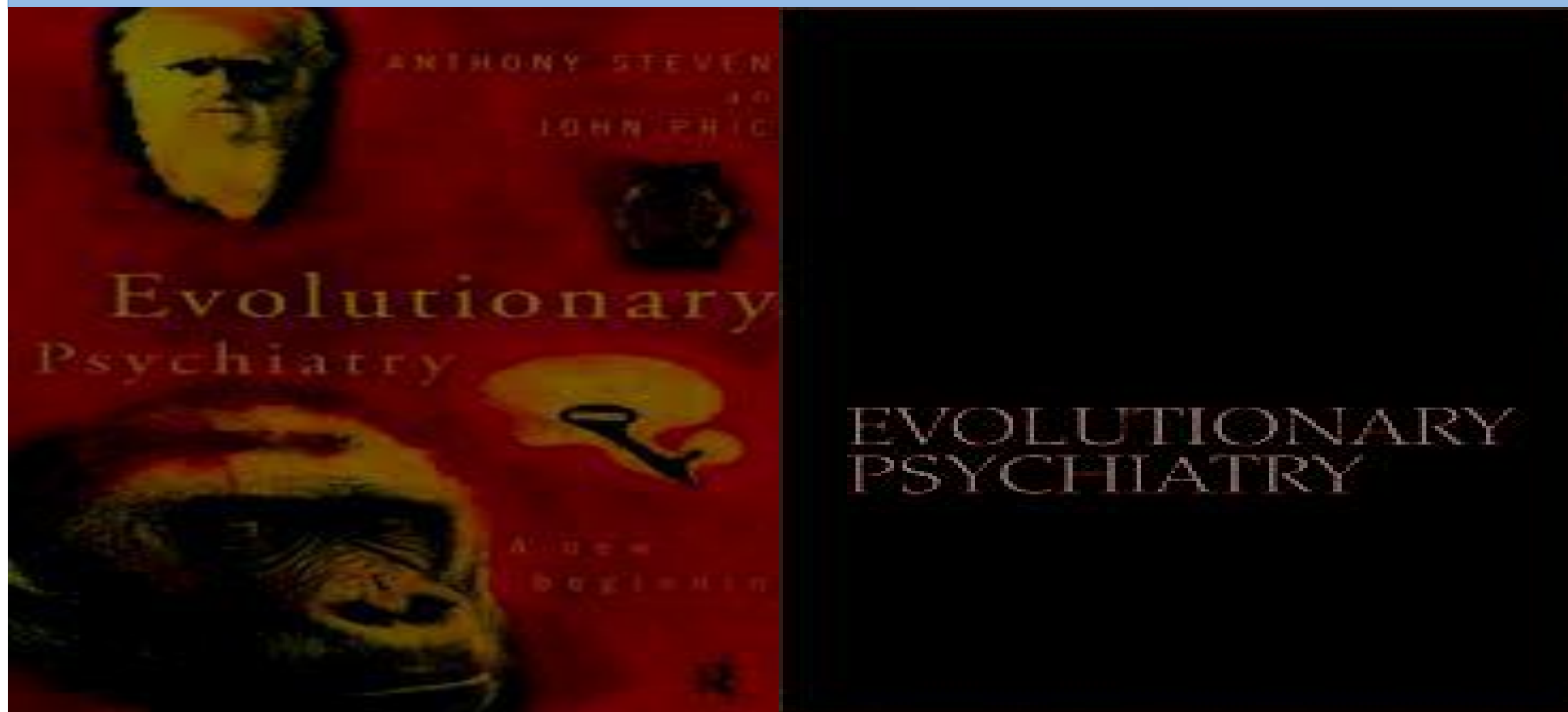
Ο ρόλος της οξυτοκίνης

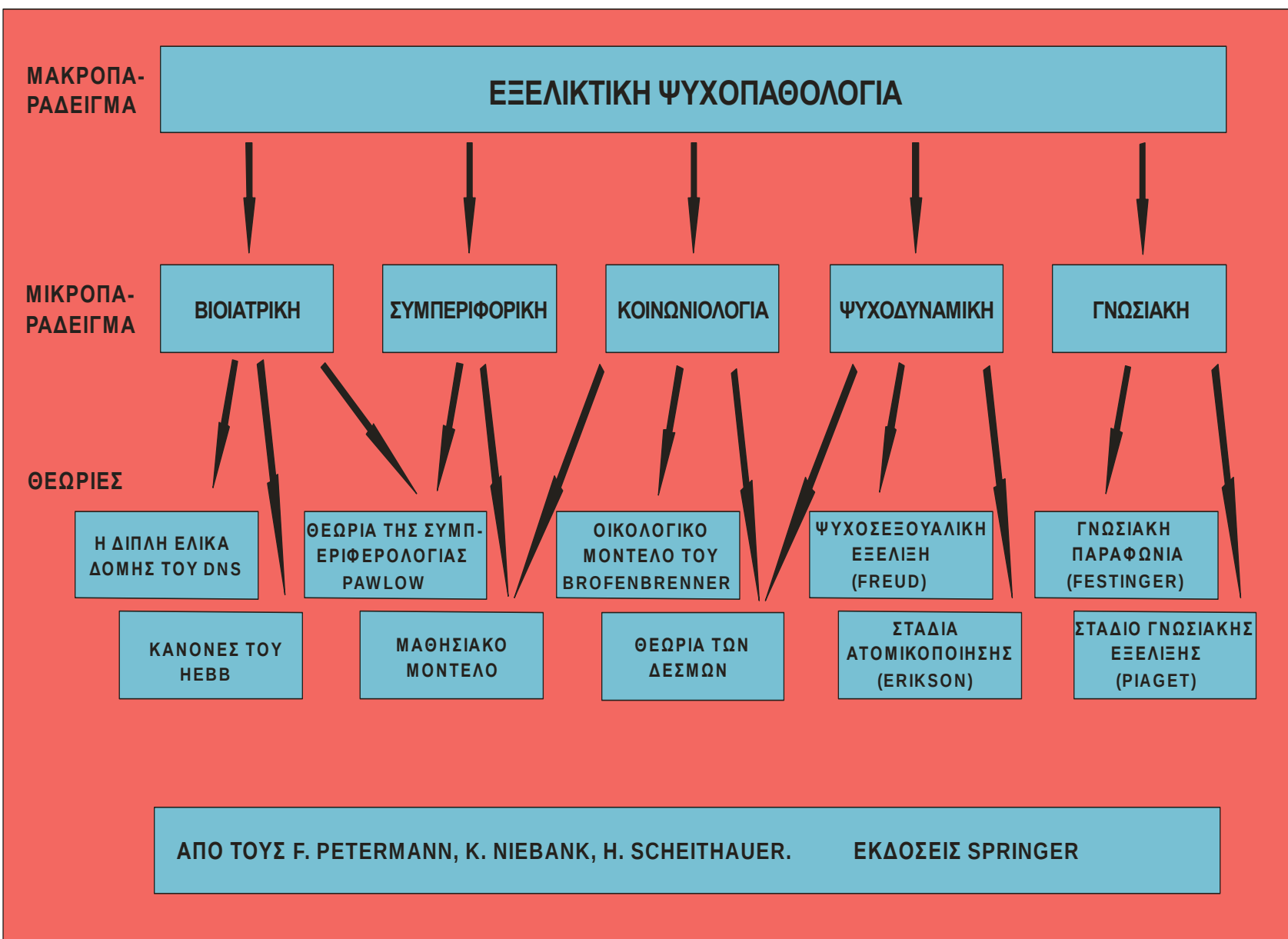
- Γενετικές και επιγενετικές αλλαγές στο σύστημα της οξυτοκίνης (γονίδιο υποδοχέα στο χρωμόσωμα 3 περιοχή 25.3) επηρεάζουν **κοινωνικές συμπεριφορές που σχετίζονται με επιθετικότητα**
- Αλληλίο **OXTR rs53576A** ----- πιθανότερο να αντιλαμβάνονται τους τρίτους αρνητικά, να αισθάνονται μοναξιά και εγκατάλειψη. **Βιώνουν περισσότερο stress** (υπερκορτιζολαιμία)
- **Prosocial αισθήματα** (ενσυναίσθηση, αυτοπεποίθηση, θετικότητα) **μειώνονται**

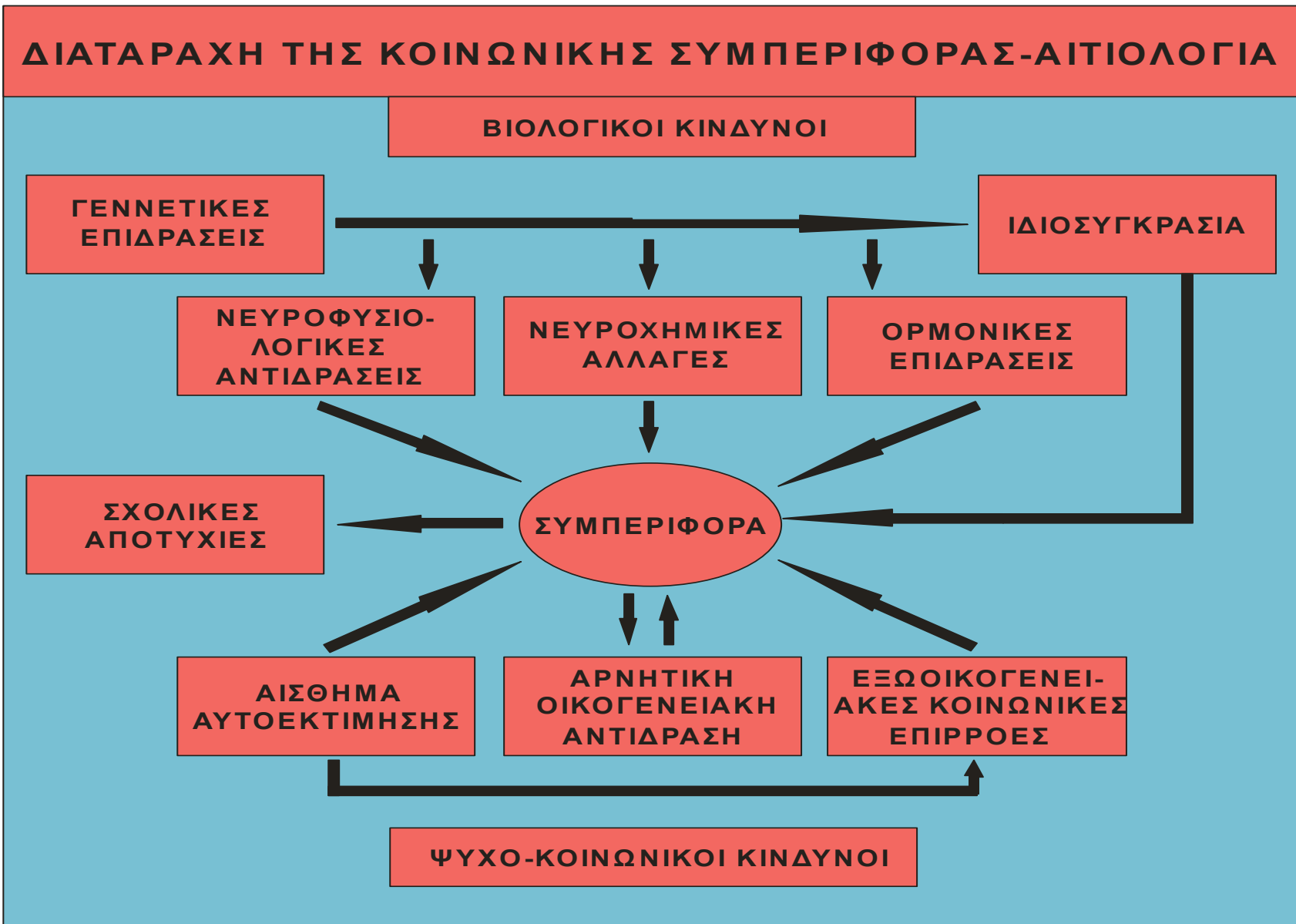
Μετά χορήγηση οξυτοκίνης

- (Simeon, 2011) Μειωμένο αίσθημα δυσφορίας, μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης
- (Bertsch, 2013) Μείωση αντίδρασης ως προς πιθανολογούμενη απειλή (καταγραφή εστίασης βλέμματος σε θυμωμένα πρόσωπα, δραστηριότητα αμυγδαλής)
- (Brune, 2013) Μειωμένη προσοχή σε ερεθίσματα και περιορισμένη αποφευκτική συμπεριφορά

Εξελικτική ψυχοπαθολογία (οχι αναπτυξιακή!)







Στρατηγικές Συμπεριφοράς

- **μόνιμες, εξατομικευμένες στρατηγικές (συμπεριφορές), που στοχεύουν να "πετύχουν" κύριους βιο-κοινωνικούς στόχους,** συμπεριλαμβανομένου, την εκμαίευση φροντίδας από τους άλλους, την παροχή φροντίδας σε τρίτους, την εξασφάλιση του προσωπικού κοινωνικού στάτους, την δημιουργία συνασπισμών και σχέσεων και την έρρευση κατάλληλου συντρόφου.
- Οι στρατηγικές που ακολουθούνται, πολλές φορές εναλλάξ, πολλές φορές κατ' εξακολούθηση, μπορούν να προσεγγιστούν μέσα απο τα δίπολα
- κυριάρχηση/υποταγή
- ανταγωνισμός/συνεργασία
- εξάρτηση/ανεξαρτητοποίηση
- διεκδίκηση/αποφυγή
- επιθετικότητα/αμυντικότητα
- συμπεριφορά ρίσκου/συμπεριφορά αποφυγής βλάβης

ΑΠΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΣΚΟΠΙΑ

- ως ακραίες διαφοροποιήσεις των στρατηγικών αυτών, που χρησιμοποιούνται με ένα άκαμπτο, αυστηρό ή υπερβολικό τρόπο.

Χρησιμοποιούν υψηλού ρίσκου στρατηγικές, που στοχεύουν στη **μεγιστοποίηση του πιθανού κέρδους "εδώ και τώρα"**, χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις από μελλοντικές καταστάσεις.

Είναι άτομα που για διάφορους λόγους (έχουν συζητηθεί) έχουν σχηματίσει μια αρνητική εικόνα για το τι μπορούν να περιμένουν από το μέλλον, οδηγώντας τους να ακολουθούν ' **(fast life-history strategies)**

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

- ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ
- Έντονη εσωτερική ένταση έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις, αυτοτραυματισμοί, αυτοκτονικότητα ανεξάρτητη από καταθλιπτικά επεισόδια
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΙΑ
- ψυχολογικών δοκιμασιών, όπως τα Rorschach και TAT
- IPDE International Personality Examination, Borderline Modul
- SKID II Δομημένο κλινική συνέντευξη κατά των άξονα II του DSM IV
- ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ
- BSL
- ZANARINI SCALE
- ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ
- SKID-I Δομημένο κλινική συνέντευξη κατά των άξονα I του DSM IV

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ακόλουθες διαταραχές:
- Ιστριονική, Ναρκισσιστική, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Συναισθηματικές Διαταραχές.

Διαφορική διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και χαρακτηριολογικής κατάθλιψης, τυπικής της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 -6. Διαφορική διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και χαρακτηριολογικής κατάθλιψης, τυπικής της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

Οριακή χαρακτηριολογική διαταραχή	Κοινά χαρακτηριστικά	Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
1. Μοναξιά, αίσθημα κενού	1. Καταθλιπτική διάθεση:	1. Αισθήματα ενοχής.
2. Θυμός, ένδεια	πρώιμη έναρξη,	τύψεις
3. Επανειλημμένες αυτοκτονικές χειριστικές ενέργειες	επιμένουσα	2. Απόσυρση/διέγερση,
4. Απαιτητικότητα, εχθρότητα εξαρτημένες σχέσεις	2. Αισθήματα αναξιότητας, απελπισία	σοβαρή υποτονικότητα
5. Ανησυχία και αγωνία σχετικά με τις διαπροσωπικές απώλειες και τον αποχωρισμό	3. Έντονη επιθυμία για το αντικείμενο (χωρίς χειρισμούς)	3. Αυτοκτονικότητα
6. Ψευδαισθητική αυτάρκεια (με ιστορικό εξάρτησης)	4. Εξαρτητικότητα στις σχέσεις	4. Σταθερές σχέσεις
	5. Εύθραυστη αυτοεκτίμηση	5. Ανησυχία για καταστροφή και αποτυχίες
		6. Ευπρόσδεκτη η φροντίδα (με ιστορικό ανεξαρτησίας)

Πηγή: Gunderson & Phillips 1991

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία

- εκφράζεται άτυπα, και για αυτό το λόγο ο όρος που χρησιμοποιείται για να επιγραφεί είναι «Ασυναισθηματική Κατάθλιψη» με προεξάρχοντα συμπτώματα την ανηδονία, το αίσθημα κενού, τον θυμό και την έλλειψη ενοχικού ιδεασμού.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

- η Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας παρουσιάζει διάμεση **επικράτηση του** πληθυσμού **μεταξύ 1.6% με 5.9%**
- η διαταραχή **έχει επιπολασμό 6%- 10%** έχει στους εξωτερικούς ασθενείς
- Στους νοσηλευόμενους Ψυχιατρικούς ασθενείς αποτελεί το **15% με 20%.**
- Το ποσοστό είναι **αρκετά υψηλότερο για τις γυναίκες** από ότι για τους άνδρες καθώς **το 75%** που έχουν διαγνωσθεί με τη διαταραχή αυτή είναι γυναίκες.
- Η διαταραχή αυτή προσωπικότητας απαντάται **5 φορές συχνότερα μεταξύ συγγενών Α' βαθμού μεθοριακών ασθενών.**
- Στα μέλη οικογενειών των ατόμων με διάγνωση Μετايχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας υπάρχει **αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης : Συναισθηματικών Διαταραχών, κατάχρησης ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας.**

ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Η ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ BRD ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΤΟΥ ZANARINI ET AL 2003,06,11 , ΟΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΕ ΟΤΙ **ΟΙ ΜΙΣΟΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΣΤΗ 10ΕΤΙΑ ΜΙΑ ΣΤΑΘΕΡΗ ΥΠΟΧΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΟΜΩΣ ΠΑΡΕΜΕΙΝΑΝ ΑΣΧΗΜΕΣ.**
- Η Οριακή Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας έχει ως αφετηρία την περίοδο της **ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ** ζωής του ατόμου και είναι πιθανό οι πάσχοντες να είναι συναισθηματικά ασταθείς, παρορμητικοί, γεμάτοι θυμό και επιθετικοί.
- Η παρορμητικότητα και η ένταση των συναισθημάτων τους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, μπορεί να συμβάλουν στο να εμπλακούν σαν έφηβοι σε **επαναστατικές ομάδες**, απολαμβάνοντας τον θαυμασμό των μελών και την δημοτικότητά τους μέσα σε αυτές.
- **Ως ενήλικοι** πιθανό είναι να έχουν νοσηλευτεί επανειλημμένα λόγω της ανικανότητάς τους να ελέγξουν τις παρορμήσεις και τα συναισθήματά τους ή λόγω μιας **απόπειρας αυτοκτονίας**. Έχουν **ασταθείς και εκρηκτικές διαπροσωπικές σχέσεις και επαγγελματικά η κατάστασή τους συνήθως δεν είναι καλή.**
- Η παρορμητικότητα τους αρχίζει να μειώνεται καθώς το άτομο **πλησιάζει την ηλικία ΤΩΝ 30 ΕΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΨΗ ΣΧΕΣΗ** με κάποιον ή κάποια που θα δείξει μεγάλη υπομονή, κατανόηση και συμπαράσταση
- **Λειτουργικά στην καθημερινότητα** τους έχουν **χαμηλές αποδόσεις** και αυτό επηρεάζει τις προβλέψεις όσον αφορά τη μελλοντική τους δραστηριότητα μέσα στη κοινωνία
- Ωστόσο, παρατηρείται μια **σημαντική υποχώρηση** της συμπτωματολογίας μετά την **ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 40**

Στη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σωματόμορφης διαταραχής ή διαταραχής σχετιζόμενη με χρήση ουσιών οι πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας αυξάνονται.

- **Αν συνυπάρχει αντικοινωνική διαταραχή ή κακοποίηση στη παιδική ηλικία, η πρόγνωση είναι άσχημη**
- **Σύμφωνα με τα δεδομένα ερευνών, 3% με 10% των ασθενών αυτών έγιναν αυτόχειρες μέχρι την ηλικία των 30.**
- **Γενικά 5-8% (Lieb et al 2004).**

Υψηλός κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

- 8-10% αυτοκτονούν
- 60-70% προβαίνουν σε απόπειρες
- 60-80% αυτοτραυματίζονται

ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder

Ruifan Zeng a,n, Lisa J. Cohen b, Thachell Tanis b, Azra Qizilbash b, Yana Lopatyuk b, Zimri S. Yaseen b, Igor Galynker

Psychiatry Research 226 (2015) 361–367

- **Η συνοσηρότητα της ΟΔΠ αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά** σε ολόκληρο το δείγμα καθώς και στους ασθενείς με Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή και ιστορικό μανιοκαταθλιπτικών επεισοδίων ή ψυχωσικών συμπτωμάτων.
- **Η συνύπαρξη κάθε επιμέρους χαρακτηριστικού της ΟΔΠ αύξησε περαιτέρω τον πιθανότητες για προηγούμενες απόπειρες αυτοκαταστροφής στην ίδια ομάδα ασθενών** (εκτός των ασθενών με διπολική διαταραχή) και στους ασθενείς με ιστορικό μανιακού επεισοδίου.
- **Από τα διαγνωστικά κριτήρια της ΟΔΠ, μόνο οι ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις και η παρορμητικότητα ανεξάρτητα προέβλεπαν ιστορικό απόπειρας αυτοκαταστροφής.**

ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Ψυχοθεραπείες ή Ψυχοφάρμακα ;

- Όπως πολύ σωστά διαπιστώνει ο **M. Ballint** : “το απαραίτητο σκεύασμα για την υγεία δεν είναι το φιαλίδιο με τα φάρμακα ή τα χάπια αλλά ο τρόπος ,που αυτό συνταγογραφείται το ένα τρίτο της εργασίας κάθε γιατρού είναι καθαρή ψυχοθεραπεία.”
- Ο **E. Kandel** διαπιστώνει ότι όταν οι λέξεις «αγγίζουν τα φυλλοκάρδια μας» τότε προκαλούνται τροποποιήσεις των αλληλοσυνδέσεων των νευρωνικών συνάψεων (**plasticity**).

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ



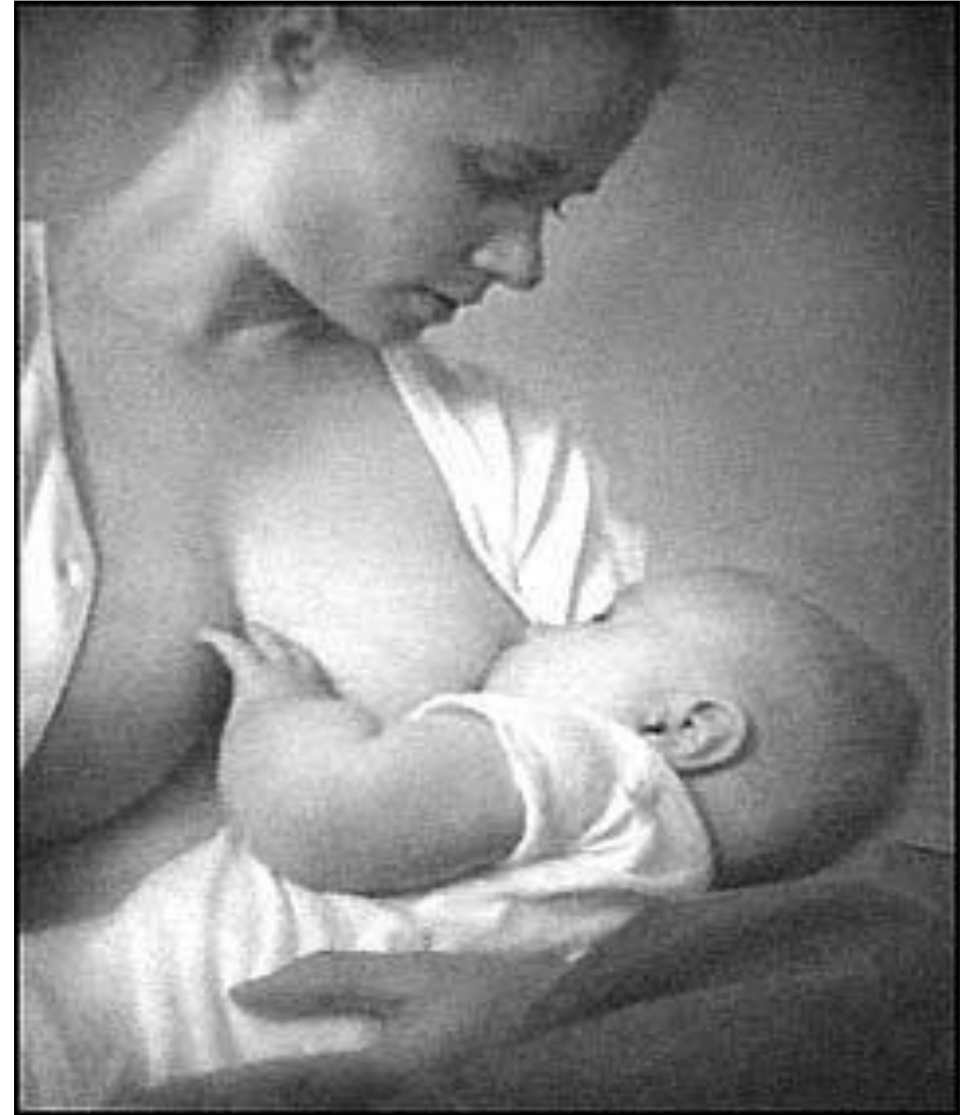
- Σύμφωνα με τον *Stern et al 2001* πιθανόν οι **πρώιμες εμπειρίες** να αποθηκεύονται ασυνείδητα ως **άδηλη γνώση των σχέσεων** οι οποίες αποτελούν κατά κανόνα τους **βασικούς νόμους της συμπεριφοράς** και του τρόπου που απευθυνόμαστε στους άλλους και εξασκούν επιρροές στην διαμόρφωση των μετέπειτα σχέσεων με το αντικείμενο

ΣΥΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

- Σύμφωνα με τον J.Rüegg :
Επίμονοι συλλογισμοί ή συναισθήματα θλίψης αυξάνουν την δραστηριότητα στους διακόπτες των νευρωνικών κυκλωμάτων του προμετωπιαίου φλοιού και του gyrus cinguli
- Η αλλαγή αυτή δηλ. της **πλαστικότητας των νευρωνικών δομών** αποθηκεύεται στην μνήμη.
- **Αντίστροφα αυτοί οι νευρώνες** μπορούν μέσω διαταραχής του μεταβολισμού κάποιων νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, ή νοραδρεναλίνης) να προκαλέσουν παρόμοιους συλλογισμούς και **καταθλιπτικά αισθήματα.**
- Ιδιαίτερα τα παιδικά τραύματα εγγράφονται στην μνήμη και μαθαίνονται όπως όλα τα βιώματα μέσω αλλαγών τις πλαστικότητας των συνοπτικών διασυνδέσεων των νευρωνικών κυκλωμάτων του νευρικού συστήματος (νευρωνική πλαστικότητα) αυτά τα περιεχόμενα μνήμης τα «**Εγγράμματα**» αποθηκεύονται σε πολύπλοκα νευρωνικά δίκτυα και κατευθύνονται από μεγάλο αριθμό νευρώνων.

Το σύστημα της άδηλης μνήμης

- Το σύστημα της **άδηλης μνήμης** αναπτύσσεται μέσα από ένα πλέγμα από προτύπων, κανόνων και πολύπλοκων σχέσεων
- Οι **αισθητηριακές και συναισθηματικές καταστάσεις και εμπειρίες** ενεργοποιούν και προκαλούν **μεταβολές του αποθηκεμένου περιεχομένου της άδηλης μνήμης**(διαμέσου των δομών του Μεταιχμιακού συστήματος)



Ο ρόλος της Άδηλης μνήμης



- Η ενεργοποίηση της **“Άδηλης μνήμης** επιτυγχάνεται μέσα από αισθητηριακές και συναισθηματικές καταστάσεις και εμπειρίες δηλ. **από την υποκειμενική σχέση**
- Η μήτρα των ασυνείδητων σχέσεων παραμένει άρρητη στην μεταβίβαση αλλά σκηνοθετείται από τη στάση του Αναλυτή.(Josef 1981)

ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΔΠ

- Οι Μεταιχμιακοί **αν έχουν περίεργη εμφάνιση το κατανοούν ως ένα βαθμό** πως σε κάποιους μπορεί να φαίνονται περίεργοι, ενώ οι ψυχωτικοί το αγνοούν και τρομάζουν (η αίσθηση πως δεν τον καταλαβαίνουν του δημιουργεί μεγάλη σύγχυση).
- Τα συμπτώματα των μεταιχμιακών είναι ασθένειες από **στρες, διαταραχή πανικού, ζητούν ανακούφιση από την κριτική των άλλων, δεν ανέχονται την αμφιθυμία και το διφορούμενο κλίμα, θέλουν άμεση ευχαρίστηση** κλπ.
- **Βιώνουν τις παρεμβάσεις του θεραπευτή ως επιθετικές.**
- **Δεν διαθέτουν παρατηρησιακό Εγώ.** Ξέρουν μόνο πως κάποια πλευρά του Εγώ τους δέχεται έντονη κριτική.
- Είναι πιο **δύσκολη η θεραπευτική συμμαχία** απ' ότι με τους νευρωτικούς ασθενείς.
- Στόχος του θεραπευτή η αντιμετώπιση των συναισθηματικών καταιγίδων του μεταιχμιακού ασθενή. Η θεραπεία κρατά περίπου 2 έτη.
- **Οι μεταιχμιακοί ασθενείς όταν αισθάνονται εγγύτητα προς ένα πρόσωπο πανικοβάλλονται** (φόβος εγκόλπωσης και απολύτου ελέγχου), όταν αισθάνονται μόνοι βιώνουν μια δραματική εγκατάλειψη. Ούτε μέσα ούτε έξω από τις σχέσεις, ακόμη και την θεραπευτική. Αυτό είναι η παγίδα τους. Αναζητούν βοήθεια και ταυτόχρονα την απορρίπτουν.

ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΔΠ

- Η συγκρουσιακή ζωή τους είναι κουραστική και για τους ίδιους και για τους άλλους και συχνά καταρρέουν.
- Βιώνουν την δυσκολία αποχωρισμού – εξατομίκευσης.
- Ασκούν ισχυρή μεταβίβαση και αντιστέκονται στις ψυχολογικές ερμηνείες. Κάνουν πως συμφωνούν, αλλά δεν τις πιστεύουν.
- Εξιδανικεύουν και καταβαραθρώνουν τους ψυχαναλυτές τους.
- Ο θεραπευτής νιώθει την αντιμεταβίβαση να σώσει το μικρό πληγωμένο παιδί στον μεταιχμιακό ασθενή (συμπάθεια) ή να φανεί σκληρός απέναντι σ' αυτόν τον « χειριστικό » προσκολλητικό ασθενή. Και οι δυο αντιδράσεις του θεραπευτή είναι λανθασμένες. Δεν πρέπει οι μεταιχμιακοί να θεωρούνται χειριστικοί σαν τους ψυχοπαθητικούς ασθενείς γιατί δεν έχουν δόλο, αλλά ανάγκη για ανθρώπινη ζεστασιά.

- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΑΚΤΙΚΗ:
- Με μια άμεση τεχνική όπως υποδεικνύει ο Μέντζος 1991 και στηριζόμενη στη θετική θεραπευτική σχέση
- . Η αξιοπιστία του αντικειμένου-θεραπευτή και **εμπαθητική** του στάση (Benedetti 1983, 1999) βοηθάει να ενταχθεί το ψυχωτικό βίωμα στη πραγματικότητα και μετριασθεί ο θυμός και η επιθετικότητα.
- Όχι «μόνο μέσα από τη λάμψη στα μάτια της μητέρας» (Kohut) ,αλλά και μέσα από τη θεραπευτική μάτια ο ασθενής θα μπορέσει να ενδοβάλει αρκετά καλά αντικείμενα και να διαμόρφωση ένα ώριμο αντικειμενικό υπερεγώ, συνεργικό με τον Ιδεώδη- Εαυτό και τα Ιδανικά του Εαυτού.
- Ο θεραπευτής καλείται συχνά να αντέξει μια **βίαιη καταστροφική Αρνητική μεταβίβαση να την λεκτικοποιήσει άμεσα και να την ονομάσει και όχι να την ερμηνεύσει.**
- Σύμφωνα με τον Kenberg όσο **πιο πρωτόγονη είναι η μεταβίβαση τόσο πιο δραστήριος αλλά και εν εγρήγορση πρέπει να είναι ο Θεραπευτής.**

τα 5 βασικά σημεία της θεραπείας

Το πλησίασμα με δόσεις, η συν-συναισθησία (Empathy). Η προσπάθεια να θεραπεύσουμε τέτοιους ασθενείς με τις κλασσικές μεθόδους οδηγεί σχεδόν πάντα στην απρόοπτη διακοπή της θεραπείας τους (Drop-out). Γι' αυτό ο θεραπευτής πρέπει να προσφέρει όμως πολύ προσεκτικά μία δυνατότητα **πλησιάζματος και συν-υπάρχει (Mitsein).**

Η ψυχική ανάγκη του ασθενούς γίνεται αντιληπτή **μέσω της μετάθεσής μας στα βάσανά του (Benedetti).** Πρέπει να τον καταλάβουμε και να γίνουμε το **“υποκατάστατο-Εγώ”** του. Μία αναλυτική παθητικότητα χωρίς ζεστασιά, αλλά και μία χωρίς στόχο και όρια ενεργητικότητα υποκινούν μόνο τις αντιστάσεις των ασθενών. Γι' αυτό και αποφεύγονται. Αυτό αποτελεί μία θεραπευτική στάση αλλά όχι μέθοδο.

Βασικής σημασίας είναι το **“πλησίασμα με δόσεις”** (Stefano's 1973) και η ικανότητα να **συγκρατούμε τις πρόωρες ερμηνείες.**

Ο θεραπευτής μπορεί να πάρει το ρόλο της μητέρας που παρακολουθεί από απόσταση **(take-care, holding function)** το παιδί, όπως την περιγράφει ο Winnicott 1965.

Μέσω της σχέσης θεραπευτή-ασθενούς καθίσταται δυνατή η ενδοβολή του image μίας «καλής-ανεκτικής μητέρας» .

Μέσω της διαδικοποίησης και του συν-υπάρχει βοηθά ο θεραπευτής **ως μαία την ψυχική επαναγέννηση του ασθενούς** και τον οδηγεί στην αποδέσμευση (Διαλλινά 1986).

Η “**συμμετοχική ερμηνεία**” (Benedetti, 1980) των εικαστικών έργων του ασθενούς μπορεί να παίζει μεγάλο θεραπευτικό ρόλο. Κάτω από τον όρο αυτό, εννοούμε όχι μόνο την έκφραση του ενδιαφέροντος του θεραπευτού, αλλά και την ενεργητική συμμετοχή του θεραπευτού, ως εκπροσώπου του ασθενούς, μέσω των δικών του φαντασιώσεων, ονείρων και συνειρμών. Πολλές φορές μπορούμε να υπερνικήσουμε την λεκτική δυσκολία του ασθενούς μέσω της εξωλεκτικής επικοινωνίας (ζωγραφική κλπ.).

Αντιμετωπίζουμε λοιπόν τους ασθενείς αυτούς όπως αντιμετωπίζουμε τους ψυχωτικούς

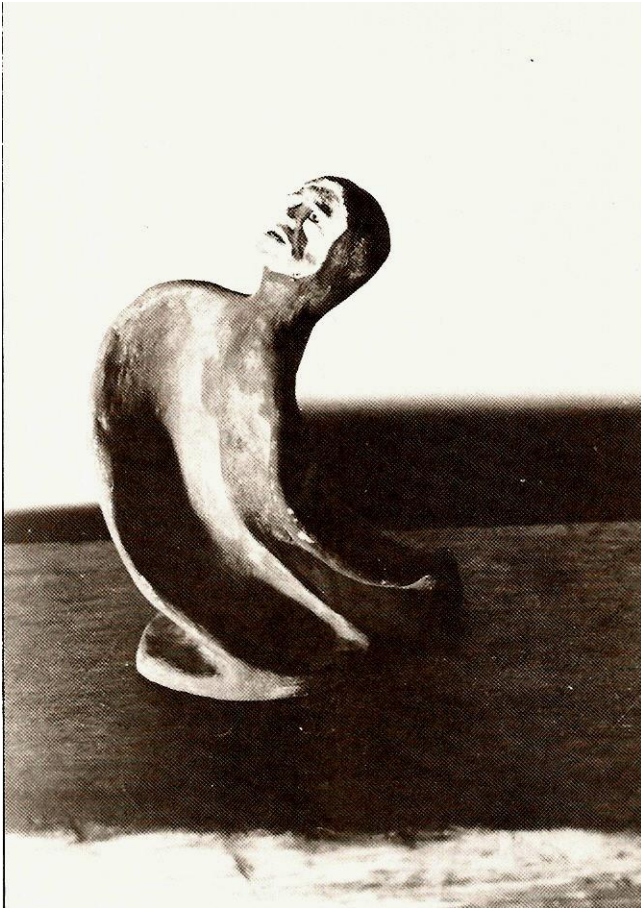
Μελέτη και επεξεργασία της αντιμεταβίβασης, διότι και εδώ (όπως και στους ψυχωτικούς) **τα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα είναι έντονα και απειλούν να οδηγήσουν τον στην αδιαφορία ή σε άσκοπες ερμηνείες** με αποτέλεσμα την διακοπή της θεραπείας.

Οι ασθενείς αυτοί (μέσω των προβλητικών ταυτοποιήσεων) μάς μεταδίδουν τα ισχυρά αισθήματα **κενού-μοναξιάς, αβοηθησίας, θυμού και επιθετικότητας** τα οποία και τους κατέχουν. Ο ρόλος του θεραπευτού είναι να τα υπομείνει αναγνωρίζοντας τα μέσα του, να τα επεξεργασθεί και τελικά να τα αποδεχθεί και να τα ενσωματώσει στην ιστορία του ασθενούς.



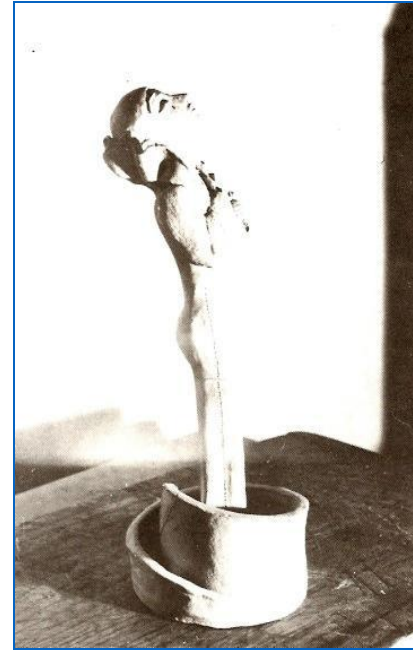
- Η επαναενεργοποίηση και η διεργασία
«της αρνητικής μεταβίβαση»
- υποστηριζόμενη από μια
« βασική θετική διάθεση αντιμεταβίβασης»
- είναι η προϋπόθεση για μια αλλαγή στις
πραγματικές αντικειμενοτρόπες σχέσεις, για
το μετριασμό της απολυτότητας του υπερεγώ
η του ιδεώδους—Εγώ με αποτέλεσμα όχι
μόνο :
- συναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές
- αλλά και βιολογικές (H. Bleichmar 1996).

προοδευτική ψυχοπαθολογία του Benedetti



- Οι τερατώδεις φιγούρες ξεπρόβαλαν απο το περιθώριο του εσωτερικού της χώρου. Μ' αυτόν τον τρόπο έγιναν απτές, απέκτησαν χώρο, διαχωρίστηκαν. Τελικά οριοθετήθηκαν εκεί όπου προηγουμένως η αθέατη παρουσία τους προκαλούσε την απώλεια των ορίων της. Αυτές εμφανίζονταν απο μια άποψη ως καταδιώκοντα φαντάσματα.
- Τμήματα-εαυτού της ασθενούς αναμιγνύονται εδώ με τερατώδεις αναπαραστάσεις αντικειμένων. Με τις μορφοποιήσεις αυτές η ασθενής φαινόταν πως επανασύνδεε και μας μετέφερε κάτι από τη μακρινή της προηγούμενη ύπαρξη.

- Ο πιερότος ήταν λοιπόν ένα «μεταβατικό υποκείμενο» ,που εμπεριέχει ασυνείδητα μέρη προερχόμενα τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους θεραπευτές τους και ζούσε βουβό ανάμεσα στις δύο.
- Η θεραπεύτρια ονειρεύτηκε ότι η ασθενής απέκτησε ένα όμορφο καλοφτιαγμένο γιο. Η ασθενής δημιούργησε μία μορφή, που κατά τη γνώμη της ήταν μια δυσπλασία, ενώ στην πραγματικότητα ήταν ένα καλοκαμωμένο όμορφο ανθρωπάκι. Στο δημιούργημα αυτό αντιπροσωπεύονται συγχρόνως η ασθενής και η θεραπεύτρια και μας καταδεικνύει, μέσα από τις εσωτερικές του αντιγνώμεις, την παραδοξότητα και την ενότητα της δυαδικοποίησης.



Αυτό το ψάρι, αν το αντιληφθούμε
διαλεκτικά, είναι η πρώτη ένδειξη για
επικοινωνία χωρίς χώρο, χωρίς μήτρα,
χωρίς νερό. Το ψάρι βρίσκεται στην
αμμώδη παραλία και προσπαθεί να
αναπνεύσει. Έχει έλλειψη από νερό,
δηλαδή οξυγόνο, διότι αυτό μπορεί να
του το δώσει μόνον η μητέρα.

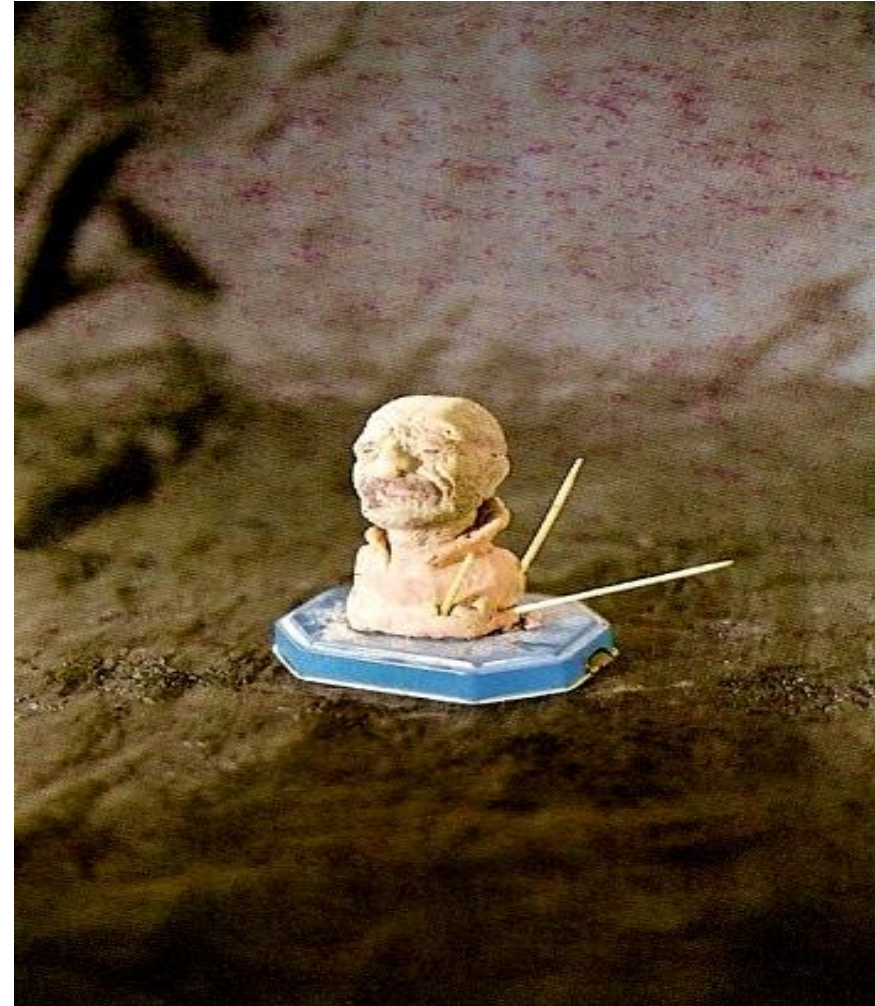


Λίγο πριν από την ψυχική γέννησή της,

η Κάτια χάρισε στη θεραπεύτριά της την τελευταία της φιγούρα. Αυτή παρουσίαζε έναν Τούρκο, δολοφονημένο από τους νεοναζί στην Ούλμ και συγχρόνως σχολίασε ότι:

« ο Τούρκος δεν είναι πια τυφλός και άπατρις (Ο θάνατος τον είχε ελευθερώσει, δεν ήταν πια ένας μετανάστης εργάτης. Η φιγούρα αυτή μας έδινε την εντύπωση ότι, αν και νεκρή, ήταν ευχαριστημένη. »

.....



Συμπέρασμα

Η ανάγκη, λοιπόν, μιας ψυχιατρικής, η οποία θα επέμβει στη διαμόρφωση ενός **νέου διαλόγου μεταξύ ιατρών και ασθενών** για να βοηθήσει

- 1) στην αναγνώριση των ενδοβλημένων φόβων και στην αυτογνωσία
- 2) στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και της σταθεροποίησης μιας θετικής εικόνας Εαυτού.

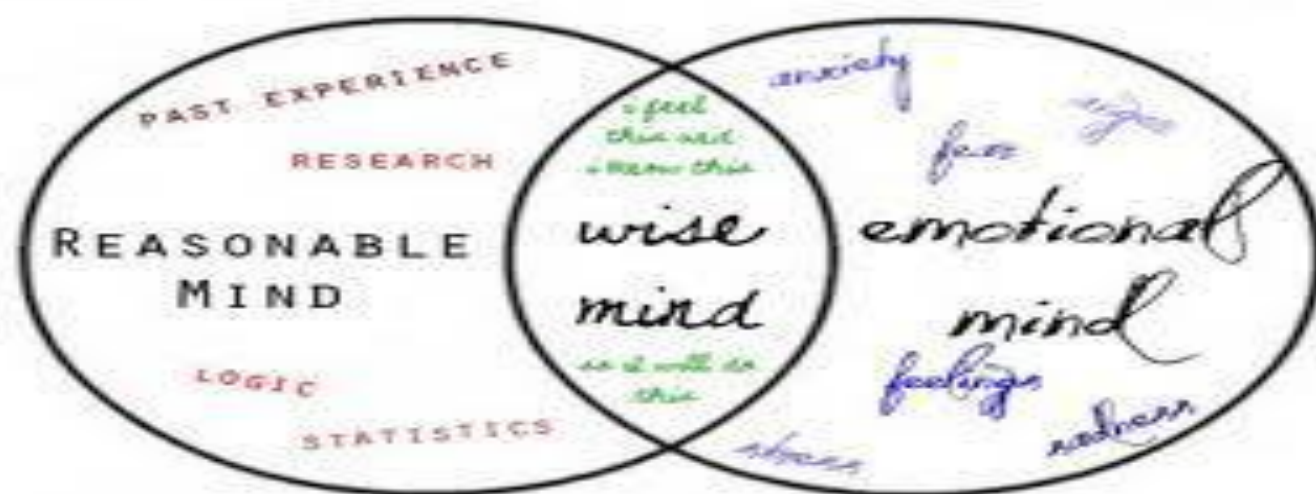
Όμως δεν αρκεί μόνον η παρακολούθηση των ασθενών με ψυχοφάρμακα ή ψυχοθεραπεία

αλλά και η στήριξη των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με σεμινάρια, ομάδες Ballint, Ombudsman Rounds και εποπτείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ



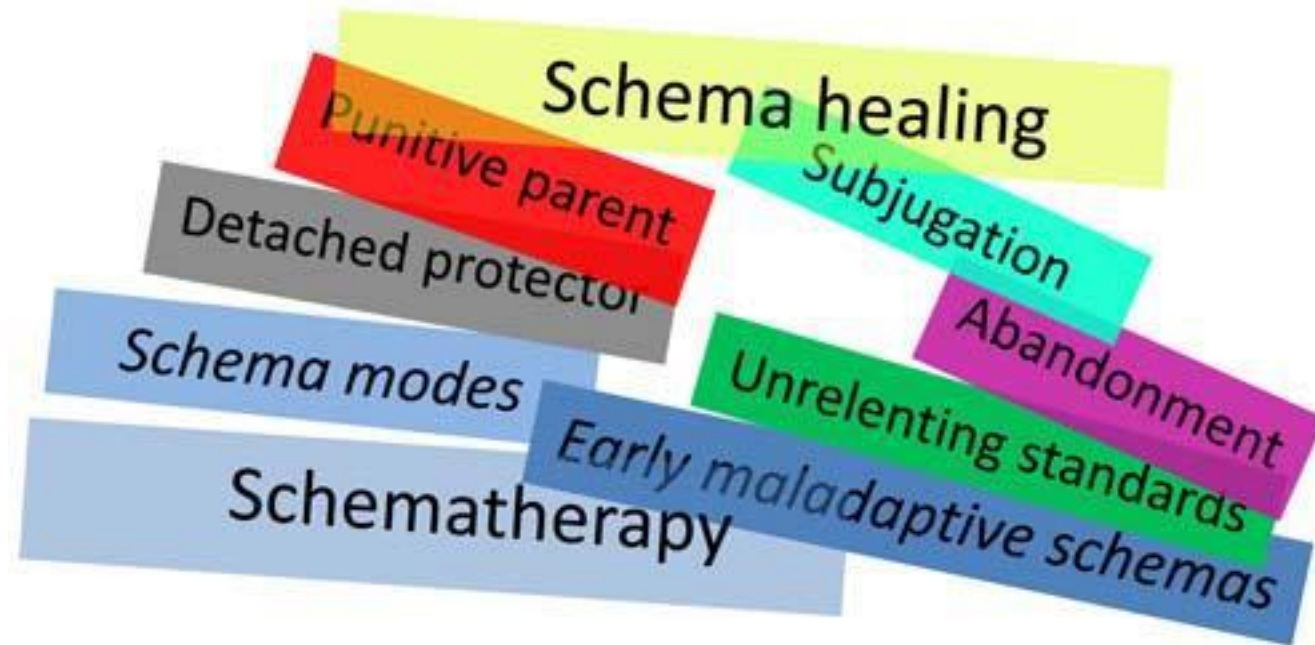
Dialectical Behavior Therapy



Η Δυναμική / Γνωσιακή Συμπεριφοριστική (DBT)

- Θεραπεία αναπτύχθηκε από τον **Turner (1993-994)** και επικεντρώνεται περισσότερο στη διαχείριση της παρορμητικότητας και το θυμού.
- Αρχικός στόχος είναι ο ασθενής να κατανοήσει τους τρόπους με τους οποίους αυτός αντιστέκεται και με αυτό τον τρόπο να ανακαλύψει μεθόδους αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής που αναπόφευκτα θα παρουσιαστούν στη ζωή του, αναπτύσσοντας παράλληλα λιγότερο παρορμητικές διαπροσωπικές σχέσεις. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης απεδείχθησαν θετικά.
- Υιοθετώντας το μοντέλο της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής θεραπευτικής προσέγγισης, **ο Beck et al (1990)** κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ λειτουργούν με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα **αρνητικά σχήματα**:
 - ο κόσμος **είναι επικίνδυνος και κακόβουλος**
 - οι ίδιοι είναι **εύθραυστοι και αδύναμοι**
 - οι ίδιοι δεν είναι **αποδεκτοί από τους άλλους**
- Αυτό καθιστά απαραίτητη τη μεγαλύτερη ευελιξία του θεραπευτή στις προσεγγίσεις του προκειμένου να μπορέσει να ανταποκριθεί επιτυχώς στην ιδιοσυγκρασία του εκάστοτε ασθενούς.
- **ΈΧΕΙ ΤΗΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΥΠΟΧΟΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤ'ΑΘΛΙΨΗΣ 60% ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ 80% ΚΑΙ ΚΑΛΗ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ.**

Schema Therapy



Θεραπεία Σχημάτων (Schema Therapy) αποτελεί ένα απαρτιωτικό/συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας το οποίο έχει αναπτυχθεί από τον **Jeffrey Young**

- Υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η Θεραπεία Σχημάτων έχει ενδείξεις για θεραπευόμενους που αντιμετωπίζουν χρόνιες χαρακτηρολογικές δυσκολίες, δυσκολίες στον τομέα του σχετίζεσθαι με **σημαντικούς άλλους**, ενώ αποτελεί μια εκ των τεκμηριωμένα αποτελεσματικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για θεραπευμένους με Διαταραχές Προσωπικότητας.
- Το μοντέλο προέρχεται από την **Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία**, ωστόσο αντλεί και ενσωματώνει στοιχεία, εξίσου δυναμικά, από θεραπευτικές παρεμβάσεις εστιασμένες στο συναίσθημα, όπως είναι η **Θεραπεία Gestalt**, καθώς και από Θεωρίες οι οποίες καθοδηγούν **Ψυχοδυναμικού τύπου Ψυχοθεραπείες**, όπως είναι η Θεωρία των **Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων**, και, κυριότερα, η **Θεωρία του Δεσμού**. (Η Θεωρία του **Δεσμού (Attachment Theory)** αποτελεί μια δυναμική και διαρκώς αναπτυσσόμενη θεωρία που οφείλει την καταγωγή της στον πρωτεργάτη της, John Bowlby, ψυχίατρο & κλινικό θεραπευτή, καθώς και στην συνεργάτιδά του Mary Ainsworth, αναπτυξιακή ψυχολόγο με εστίαση στην βασική έρευνα, ενώ η Θεωρία έχει μετεξελιχθεί σημαντικά με τη συνεισφορά σημαντικών ερευνητών-Ψυχολόγων & Ψυχιάτρων καθώς και Ψυχαναλυτών της Σχολής των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων, μερικοί εκ των οποίων είναι οι: Mary Main, Inge Bretherton, Peter Fonagy, Arietta Slade και Jeremy Holmes.)

Η Θεραπεία Σχημάτων για τη μεθοριακή (ή οριακή) διαταραχή προσωπικότητας

Μια μεγάλη μελέτη αποτελεσματικότητας έδειξε ότι ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να επιτευχθεί η πλήρης ανάκαμψη σε ολόκληρη την πλήρη γκάμα των συμπτωμάτων.

Η ελεγχόμενη μελέτη, που περιλαμβάνεται στο περιοδικό Archives of General Psychiatry, (Josephine Giesen-Bloo, MSc; Richard van Dyck, et al 2006)

δείχνει ότι είναι αναφορικά με κάποια κριτήρια αποτελεσματικότητας **περισσότερο από δύο φορές πιο αποτελεσματική από μια πιο παραδοσιακή ψυχοδυναμική προσέγγιση, την Εστιασμένη στη Μεταβίβαση Ψυχοθεραπεία (TFP).**

Η Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD) θεωρείτο έως πρόσφατα ως δύσκολα αντιμετωπίσιμη, με λίγη επιστημονική αιτιολόγηση για τη μακροπρόθεσμη θεραπεία. Η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι **η Θεραπεία Σχημάτων οδηγεί σε πλήρη ύφεση αναφορικά με κάποια κριτήρια ψυχοπαθολογίας σε περίπου 50% των ασθενών, και σε σημαντική βελτίωση στα δύο τρίτα.** Η επιτυχία της θεραπείας συνδέεται στενά με την διάρκεια και την ένταση της (δύο συνεδρίες την εβδομάδα για 3 χρόνια).

Διάρκεια της Θεραπείας Σχημάτων:”

Η θεραπεία Σχημάτων αποτελεί μία μέσης ή μακράς διάρκειας θεραπευτική παρέμβαση.

Οι συνήθεις χρόνοι κυμαίνονται από ένα έως τρία έτη με συχνότητα συνεδριών μία ή δύο φορές εβδομαδιαίως

Mentalization Based Therapy



- Η Εν-νόηση (mentalization) συνδέεται στενά με ένα βασικό ανθρώπινο χαρακτηριστικό: **την ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε και να διαχωρίζουμε τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τα συναισθήματά μας από αυτά των άλλων.**
- Η Εν-νόηση βοηθά να **κατανοούμε τα κίνητρα των πράξεων** μας καθώς και **των ανθρώπων γύρω μας**. Αυτό είναι δυνητικά σημαντικό, καθώς μπορεί να βοηθά στο να **ελέγχουμε τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις μας και να δημιουργούμε ουσιαστικές και πλήρης νοήματος διαπροσωπικές σχέσεις.**

MBT-BPD (Mentalization Based Therapy for Borderline Personality Disorder)

·
αποτελεί μια διαρκώς εξελισσόμενη και πολύπλευρη θεωρία που περικλείει στοιχεία από μεγάλη πληθώρα ψυχολογικών εννοιών και **απαρτιώνει ένα μεγάλο εύρος ψυχολογικών ρευμάτων:**

- της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας,
- της Ψυχανάλυσης,
- της Θεωρίας του Δεσμού,
- των Γνωσιακών Νευροεπιστημών κ.α.

Η βάση της «**Ψυχοθεραπείας Βασισμένη στην Εν-νόηση**» (Mentalization Based Therapy) εστιάζει ακριβώς σε αυτή την αποκλειστικά ανθρώπινη λειτουργία, ως θεραπευτική παρέμβαση.

Η «Ψυχοθεραπεία Βασισμένη στην Εν-νόηση» αρχικά αναπτύχθηκε για τη θεραπεία της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder) και αποτελεί μέθοδο με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα για την **Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (N.I.C.E.** 2009)**, ενώ τελευταία χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών.

MBT-BPD (Mentalization Based Therapy for Borderline Personality Disorder)

Η Εν-νόηση (mentalization) συνδέεται στενά με ένα βασικό ανθρώπινο χαρακτηριστικό: την ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε και να διαχωρίζουμε τη συμπεριφορά, τις σκέψεις και τα συναισθήματά μας από αυτά των άλλων.

βοηθά να κατανοούμε τα κίνητρα των πράξεων μας καθώς και των ανθρώπων γύρω μας. Αυτό είναι δυνητικά σημαντικό, καθώς μπορεί να βοηθά στο να ελέγχουμε τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις μας και να δημιουργούμε ουσιαστικές και πλήρης νοήματος διαπροσωπικές σχέσεις.

αποτελεί μια διαρκώς εξελισσόμενη και πολύπλευρη θεωρία που περικλείει στοιχεία από μεγάλη πληθώρα ψυχολογικών εννοιών και απαρτιώνει ένα μεγάλο εύρος ψυχολογικών ρευμάτων:

- της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας,
- της Ψυχανάλυσης,
- της Θεωρίας του Δεσμού,
- των Γνωσιακών Νευροεπιστημών κ.α.

Η βάση της «Ψυχοθεραπείας Βασισμένη στην Εν-νόηση» (Mentalization Based Therapy) εστιάζει ακριβώς σε αυτή την αποκλειστικά ανθρώπινη λειτουργία, ως θεραπευτική παρέμβαση.

Η «Ψυχοθεραπεία Βασισμένη στην Εν-νόηση» αρχικά αναπτύχθηκε για τη θεραπεία της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder) και αποτελεί μέθοδο με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα για την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (N.I.C.E.** 2009), ενώ τελευταία χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών.

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ . Εστιασμένη στη Μεταβίβαση Ψυχοθεραπεία (TFP).



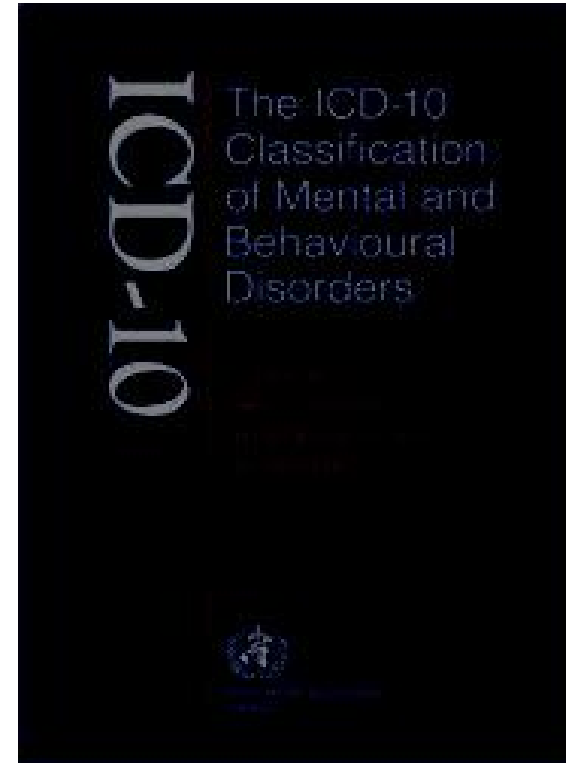
- Από τις μελέτες της μοριακής βιολογίας έχουμε ενδείξεις ότι η έκφραση των γονιδίων :
- επηρεάζεται από σοβαρούς περιβαλλοντολογικούς παράγοντες **όπως τις πρώιμες εμπειρίες, τα τραύματα και την διαδικασία της μάθησης και της μνήμης.**
- **Επιγενετικές μεταβολές των γονιδίων καθορίζουν την έκφραση τους.**
- . Νέες επιγενετικές μελέτες των Leuzinger -Bohleber 2016 συνδέουν την συχνή χαμηλή μητρική αντίδραση στα βρέφη σε πρόσφυγες στην μετατροπή της **μεθελίωσης στα ανάλογα γονίδια κατάσταση όμως αναστρέψιμη μέσω ψυχοθεραπείας** (Goldberg, 2009; Lb 20015; Suchman et al. 2013)
- Οι νευροαπεικονιστικές μελέτες αποδεικνύουν ότι όχι μόνο η γνωσιακή αλλά και η **ψυχοδυναμική** έχει μετρήσιμες επιδράσεις στον εγκέφαλο. Επιπροσθέτως η **ψυχοθεραπεία μετατρέπει την λειτουργία και τον μεταβολισμό του εγκέφαλου σε εξειδικευμένες περιοχές του**

Ψυχαναλυτική Θεραπεία:

- **Εκφραστική τεχνική:** Ο ασθενής ενθαρρύνεται να εκφραστεί. Ο θεραπευτής θα τον βοηθήσει να αντιληφθεί το νόημά τους.
 - Εκφραστική τεχνική και η διαφύλαξη των ορίων
 - Εκφραστική τεχνική και λεκτική έκφραση αντιθετικών συναισθηματικών καταστάσεων
 - Εκφραστική τεχνική και ερμηνεία πρωτόγονων αμυνών
 - Εκφραστική τεχνική και ανατροφοδότηση κι ερμηνεία από τον ασθενή
 - Εκφραστική τεχνική και προαγωγή της εξατομίκευσης και αποθάρρυνση της παλινδρόμησης
 - Εκφραστική τεχνική και ερμηνεία στη διάρκεια της αδράνειας
 - Εκφραστική τεχνική και σεβασμός στα δεδομένα της αντιμεταβίβασης

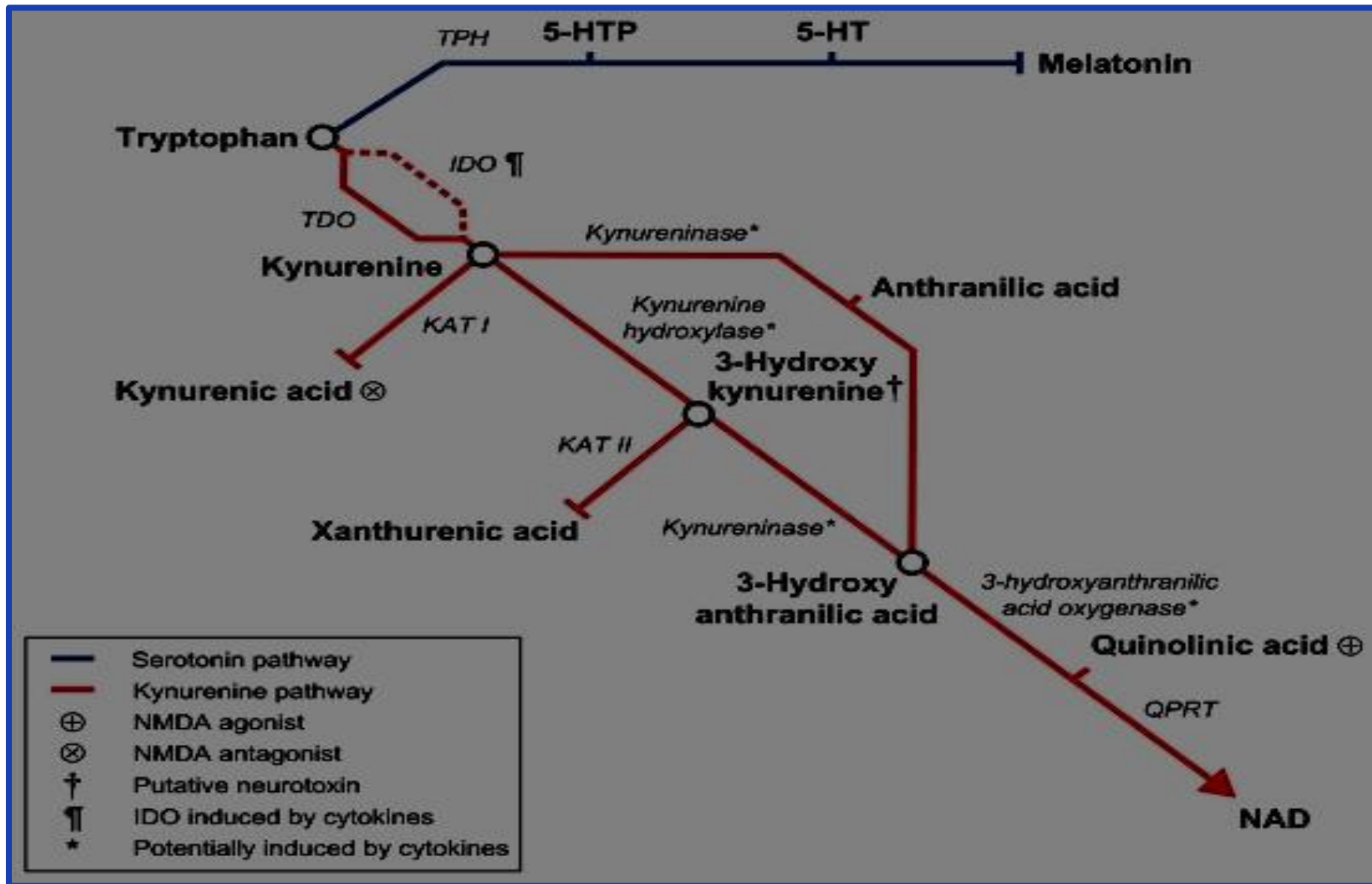
Ταξινόμηση

- Το πέμπτο κεφάλαιο του ICD-10 κατηγοριοποιεί τις διαταραχές προσωπικότητας σε :
 - παρανοειδή,
 - σχιζοειδή,
 - αντικοινωνική,
 - **συναισθηματικά ασταθή** (οριακού και παρορμητικού τύπου),
 - οιστριονική,
 - ψυχαναγκαστική
 - αποφευκτική



Ιστορικά Στοιχεία

- Αρεταίος
- Theofile Bonet -----} folie maniaco-melancholique (1664)
- Charles H. Hughes (1884) και J.C Rosse (1890)----}οριακή τρέλα
- Kraepelin (1921) -----}"ευερέθιστη προσωπικότητα"
- Adolf Stern-----}"οριακός/οριακότητα" (ήπια σχιζοφρένεια)
- DSM-II---} κυκλοθυμική προσωπικότητα
- DSM-III---} ΟΔΠ (μέχρι σήμερα)



Αναπτυξιακό Μοντέλο

- Σύμφωνα με **το Αναπτυξιακό Μοντέλο** της Ψυχαναλυτικής Θεωρίας η εκδήλωση της διαταραχής αυτής **σχετίζεται άμεσα με μια σοβαρή δυσλειτουργία στο οικογενειακό περιβάλλον κατά την πρώιμη παιδική ηλικία** και υποστηρίζει ότι το αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργικής σχέσης είναι να αναπτύσσει το παιδί
 1. **ευαλωτότητα στον αποχωρισμό,**
 2. **εύθραυστο Εγώ**
 3. **μια συγκεχυμένη αίσθηση ταυτότητας .**

ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Combined treatment of borderline personality disorder with interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy: Predictors of response

Silvio Bellino, Paola Bozzatello, Filippo Bogetto

Psychiatry Research 226 (2015) 284–288

Δείγμα 27 ασθενών επιλέχθηκε για συνδυασμένη θεραπεία με 20 – 40 mg Fluoxetine και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για ΟΔΠ για 32 εβδομάδες. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη της θεραπείας και την 32^η εβδομάδα με συνέντευξη για την συλλογή δημογραφικών στοιχείων και κλινικών παραμέτρων καθώς και με κλίμακες αξιολόγησης

προέκυψε ότι:

οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού ΟΔΠ και βασικών συμπτωμάτων της νόσου όπως φόβος εγκατάλειψης, συναισθηματικής αστάθειας και κρίση ταυτότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να βοηθηθούν **από μια συνδυασμένη θεραπεία με fluoxetine και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία προσαρμοσμένη στη ΟΔΠ.**

ΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΜΗ ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ (CONTINGENCY)

ΒΡΕΦΟΣ ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ
ΤΩΝ 3 ΜΗΝΩΝ



ΕΡΕΘΙΣΜΑ ΑΠΟΛΥΤΩΣ
ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟ



ΑΥΤΟΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΑ
ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ
ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ

ΠΡΟΣΩΠΟ
ΑΝΑΦΟΡΑΣ



τύποι συνεδριών

- Ο Μέντζος προτείνει **3 τύπους συνεδριών (Α,Β,С)**: Στις συνεδρίες τύπου **Α** προτείνει ανά 2-3 εβδομάδες θεραπευτικές συναντήσεις διάρκειας 20-30, όπου επιτυγχάνετε μια θετική και ελαφρά εξιδανικευμένη Μεταβίβαση. Ο ίδιος πιστεύει, ότι εξέλιξη της θεραπείας εξαρτάται κυρίως από τη θεραπευτική στάση ως «πρότυπο», δηλ σταθερή, επιβεβαιωτική αλλά και σχετικά απόμακρη και όχι από τις υποστηρικτικές ερμηνείες.
- Όπως ομολογεί μια ασθενής σε ανάλυση **«Η απόλυτη συχνότητα, η τακτικότητα των συνεδριών και η αξιοπιστία ήταν σωτήριες για μένα ...»**(M. Leuyinger-Bohleber, 2005)
- Στις συνεδρίες τύπου **Β** μια φορά εβδομαδιαίως επικεντρώνεται κυρίως σε παρόντα προβλήματα και λιγότερο στην ερμηνεία της μεταβίβασης, όπως και ο Arieti (1983) εν αντιθέσει με τις συνεδρίες τύπου C.
- Οι συνεδρίες τύπου **С** ακολουθούν τους κανόνες της ψυχανάλυσης και στηρίζονται στην ερμηνεία της μεταβίβασης.



- Αναγνώριση εκφράσεων προσώπου
 - Οι ασθενείς με ΟΔΠ παρουσιάζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα – όταν αντιλαμβάνονται ερεθίσματα που τα κατηγοριοποιούν ως αρνητικά – στην αμυγδαλή, στη νησίδα του Reil, στον οπίσθιο φλοιό του προσαγωγίου, στα ανώτερα και κατώτερα βρεγματικά λοβία, στο σφηνοειδές κα προσφηνοειδές λοβίο
- Ρύθμιση συναισθήματος (emotion regulation)
- Συσχέτιση συναισθήματος-ανώτερων γνωσίων (emotion-cognition interactions)
- Καταάσταση ανάπαυσης (resting state)
- Αίσθηση πόνου (pain sensation)

ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review

Kirsten Barnicot ., Christina Katsakou, Nyla Bhatti, Mark Savill, Naomi Fearn, Stefan Priebe

Clinical Psychology Review 32 (2012) 400–412

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Barnicot et al, επιχείρησε την αναζήτηση πρόσφατων ερευνών σχετικά με τους παράγοντες πρόβλεψης αλλαγών των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας ασθενών με ΟΔΠ.

Από αυτή προέκυψε ότι οι ασθενείς με σοβαρότερου βαθμού ΟΔΠ μπορεί **να έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες για βελτίωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας.**

Συμπέρασμα:

Η ανάγκη, λοιπόν, μιας ψυχιατρικής, η οποία θα επέμβει στη διαμόρφωση ενός νέου διαλόγου μεταξύ ιατρών και ασθενών για να βοηθήσει

1)στην αναγνώριση των ενδοβλημένων φόβων και στην αυτογνωσία

2)στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και της σταθεροποίησης μιας θετικής εικόνας Εαυτού

Δεν αρκεί μόνον η παρακολούθηση των ασθενών με ψυχοφάρμακα ή ψυχοθεραπεία αλλά και η στήριξη των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού με σεμινάρια, ομάδες Ballint, Ombudsman Rounds και εποπτείες.

Η Θεραπεία Σχημάτων για τη μεθοριακή (ή οριακή) διαταραχή προσωπικότητας

Josephine Giesen-Bloo, MSc; Richard van Dyck, MD, PhD; Philip Spinhoven PhD; Willem van Tilburg MD, PhD; Carmen Dirksen, PhD; Thea van Asselt, Msc; Ismay Kremers, PhD; Marjon Nadort, MSc; and Arnoud Arntz, PhD. (2006): **Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: a randomized trial of Schema focused therapy versus Transference focused therapy.** Archives of General Psychiatry, Vol. 63, No. 6, pp. 649-658.

Μια μεγάλη μελέτη αποτελεσματικότητας έδειξε ότι ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να επιτευχθεί η πλήρης ανάκαμψη σε ολόκληρη την πλήρη γκάμα των συμπτωμάτων. Η ελεγχόμενη μελέτη, που περιλαμβάνεται στο περιοδικό Archives of General Psychiatry, δείχνει ότι είναι αναφορικά με κάποια κριτήρια αποτελεσματικότητας **περισσότερο από δύο φορές πιο αποτελεσματική από μια πιο παραδοσιακή ψυχοδυναμική προσέγγιση**, την Εστιασμένη στη Μεταβίβαση Ψυχοθεραπεία (TFP).

Η Μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD) θεωρείτο έως πρόσφατα ως δύσκολα αντιμετωπίσιμη, με λίγη επιστημονική αιτιολόγηση για τη μακροπρόθεσμη θεραπεία. Η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι η Θεραπεία Σχημάτων οδηγεί σε πλήρη ύφεση αναφορικά με κάποια κριτήρια ψυχοπαθολογίας σε περίπου 50% των ασθενών, και σε σημαντική βελτίωση στα δύο τρίτα. Η επιτυχία της θεραπείας συνδέεται στενά με την διάρκεια και την ένταση της (δύο συνεδρίες την εβδομάδα για 3 χρόνια).

Josephine Giesen-Bloo, MSc; Richard van Dyck, MD, PhD; Philip Spinhoven PhD; Willem van Tilburg MD, PhD; Carmen Dirksen, PhD; Thea van Asselt, Msc; Ismay Kremers, PhD; Marjon Nadort, MSc; and Arnoud Arntz, PhD. (2006): **Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: a randomized trial of Schema focused therapy versus Transference focused therapy.** Archives of General Psychiatry, Vol. 63, No. 6, pp. 649-658.

Διάρκεια της Θεραπείας Σχημάτων:

Η θεραπεία Σχημάτων αποτελεί μία μέσης ή μακράς διάρκειας θεραπευτική παρέμβαση.

Οι συνήθεις χρόνοι κυμαίνονται από ένα έως τρία έτη με συχνότητα συνεδριών μία ή δύο φορές εβδομαδιαίως.

ΕΙΔΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΔΠ:

- Καταθλιπτικός με Μετايχμιακή οργάνωση της προσωπικότητας
- Ναρκισσιστής με Μετايχμιακή οργάνωση της προσωπικότητας
- Παρανοϊκός με Μετايχμιακή οργάνωση της προσωπικότητας

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ακόλουθες διαταραχές:

- Ιστριονική, Ναρκισσιστική, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας.
- Συναισθηματικές Διαταραχές.

ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΔΠ

- Παλινδρόμηση – αρχαϊκές άμυνες [υποτίμηση (καταβαράθρωση), άρνηση, προβλητική ταύτιση, διχοτόμηση]. Οι Μετ αιχμιακοί κι οι ψυχωτικοί **υιοθετούν υπέρμετρα πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας** σε αντίθεση με τους νευρωτικούς.
- **Δύσκολο να διακριθούν από τους ψυχωτικούς ασθενείς.** Οι μετ αιχμιακοί ανταποκρίνονται για λίγο καιρό στην ερμηνεία των μηχανισμών από τον θεραπευτή, ενώ οι ψυχωτικοί τρομάζουν εντελώς.
 Παράδειγμα:
 Υποτίμηση: ...
 Θεραπευτής: πιστεύω ότι θα ένιωθες νικημένος αν δεν μου πρόσαπτες τα παραπάνω και δεν με υποτιμούσες. Ξέρεις, όμως πως με χρειάζεσαι. *(Ο μετ αιχμιακός εν μέρει θα το δεχόταν, ο ψυχωτικός θα το αντιμετώπιζε με τρόμο.)*
- Μετ αιχμιακοί και ψυχωτικοί **δεν μπορούν να περιγράψουν τον εαυτό τους ή σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα με συνέχεια και συνέπεια.**
- Οι Μετ αιχμιακοί **δεν αντιλαμβάνονται το ενδιαφέρον του θεραπευτή για την πολυπλοκότητα της προσωπικότητάς τους.**
- Οι Μετ αιχμιακοί **αντιδρούν με εχθρότητα σ' αυτούς που αμφισβητούν την απαρτιότητα της προσωπικότητάς τους.**
- **Δυσκολεύονται στα ερωτηματολόγια προσωπικότητας.** Δεν έχουν όμως τον τρόπο που παρουσιάζει ένας ψυχωτικός σχιζοφρενής, Οι ψυχωτικοί δεν αντιδρούν με εχθρότητα προς τις ερωτήσεις ταυτότητας όπως οι μετ αιχμιακοί, αλλά με ανησυχία.

- Ο Στ. Μέντζος προτείνει μια ελαφρώς θετικά χρωματισμένη εξιδανικευμένη μεταβίβαση, που βοηθά στο ξεπέρασμα των κρίσεων και στην ανάκτηση της ναρκισσιστικής ομοιόστασης..
- Όχι «μόνο μέσα από τη λάμψη στα μάτια της μητέρας» (Kohut), αλλά κο τη θεραπευτική μάτια ο ασθενής θα μπορέσει να ενδοβάλει αρκετά καλ αντικείμενα και να διαμόρφωση ένα ώριμο αντικειμενικό υπereγώ, συν τον Ιδεατό-Εαυτό.
- Στη ψύχωση όμως ο κόσμος των συμβόλων καταρρέει, το παραλήρημα ασυμβολικό σύμφωνα με τον Benedetti. Ο θεραπευτής καλείτε να ε σχέε εκπολιτίσει το αρχαϊκό πρωτόγονο Υπέρ-Εγώ του καταθλιπτικού ασθενή.
- Στη Κατάθλιψη κάθε προσπάθεια προσαρμογής στη πραγματικότητα συν ισχυρές αντιστάσεις. Ο ασθενής αρνείται κάθε αλλαγή κάθε ανάπτυξη κ αναπτύσσει ισχυρές αντιστάσεις, όπως και συχνά βίαιες αρνητικές μεταί εκδραματίσεις.
- Μια παθητική και σαδο-μαζοχιστική ροπή συσχετίζεται άμεσα με τις δυο σκέψη και στη συμβολοποίηση σύμφωνα με τον Taylor 2005. Αυτή προέ προβλήματα, που προέκυψαν κατά το χωρισμό του Εαυτού από το Αντικ οποία συγχρόνως και τα επιτείνει.
- Μετά από μια σημαντική επιτυχία καταθλιπτικά επεισόδια η αυτοκαταστροφικές ενέργειες δεν είναι σπάνιες (Μέντζος 1991, Taylor 2005).



- **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ**

- Κατά την επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει η έλλειψη ομοιογενών θεραπευτικών προτάσεων και τεχνικών.
- Η Schöttler (1981) πρότεινε, σύμφωνα με μία εκτεταμένη έρευνα με ψυχοθεραπείες αλεξιθυμικών ασθενών, ένα χωρισμό της θεραπείας σε 4 φάσεις (Α, Β, C-πρωκτική και D-οιδιποδιακή φάση). Οι παρατηρήσεις της συμπίπτουν σε πολλά σημεία με τις δικές μας εμπειρίες. Όπως η Schöttler βλέπουμε τους ασθενείς μας 1-2 φορές εβδομαδιαίως για 30-45 λεπτά. Παρατηρήσαμε επίσης ότι είναι απαραίτητο ένα χρονικό διάστημα 2-3 χρόνων για μία σταθεροποίηση (Stabilisierung) με την έννοια της σταθεροποίησης του Εγώ. Μόνο μετά από αυτό το χρονικό διάστημα είναι ο ασθενής ικανός για μία κλασσική περαιτέρω ψυχοαναλυτική ψυχοθεραπεία. Ως εκ τούτου χωρίζουμε την θεραπεία μας σε δύο φάσεις, Α και Β.
- Φάση Α (η οποία και αντιστοιχεί με τις φάσεις Α και Β της Schöttler): Αυτή η πρώτη φάση της θεραπείας είναι απαραίτητη, 1) λόγω της αρχαϊκής φύσης της άμυνας: (σχάση, προβλητική ταυτοποίηση(5), 2) λόγω των ναρκισσιστικών ελλειμμάτων στο Εγώ και την οριακή οργάνωση της προσωπικότητας, 3) του κινδύνου ενεργοποίησης πυρηνικού ψυχωτικού άγχους και 4) του μεγάλου κινδύνου μίας αρχαϊκής παλινδρόμησης(6). Για τον λόγο αυτό αποτελούν το κέντρο της θεραπείας: Η συμβολοποιητική λειτουργία του θεραπευτού, η επεξεργασία των αισθημάτων αντιμεταβίβασης, όπως και η συν-συναισθησία (Empathy): δηλ. στρατηγικές οι οποίες είναι γνωστές από τις ψυχοθεραπείες των ψυχώσεων.
- Searles 1965, Benedetti 1980, Loch 1972, Laing 1960, From-Reichmann 1950, Federn 1952.

- **Φάση Β:** Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ή κλασσική ψυχανάλυση κατά περίπτωση.
- (1) Μεταβίβαση: είναι η συναισθηματική σχέση του ασθενούς προς τον θεραπευτή. Αντιμεταβίβαση το αντίθετο.
- (2) Εαυτοαναπαράσταση: η εσωτερική εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας και αποτελείται από προβολές της εικόνας που έχουν οι άλλοι για εμάς.
- (3) Splitting: μη ώριμος αρχαϊκός μηχανισμός άμυνας του Εγώ, όπου έχουν απόσχιση των συναισθημάτων από την αιτία που τα προκαλεί.
- (4) Οριακή δομή προσωπικότητας είναι μεταξύ ψύχωσης και νεύρωσης.
- (5) Προβλητική ταυτοποίηση: προβολή συναισθημάτων σε άλλους και μη αναγνώριση ως οικείων.
- (6) Παλινδρόμιση σε πρώιμα στάδια της ψυχικής εξέλιξης με κίνδυνο την ψύχωση.
- (7) Μεταβιβαστική νεύρωση: Εκφραση του Freud. Είναι η κατάσταση που έχει επιτευχθεί η μεταβίβαση συναισθημάτων του ασθενούς στον θεραπευτή. Προϋπόθεση απαραίτητη για την επιτυχία της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.
- (8) Σημαντική έκφραση: Σημαντικός εκ του σημαίνω - σημαινόμενο

- Ο Στ. Μέντζος προτείνει μια ελαφρώς θετικά χρωματισμένη εξιδανικευμένη μεταβίβαση, που βοηθά στο ξεπέρασμα των κρίσεων και στην ανάκτηση της ναρκισσιστικής ομοιόστασης..
- Όχι «μόνο μέσα από τη λάμψη στα μάτια της μητέρας» (Kohut), αλλά κο τη θεραπευτική μάτια ο ασθενής θα μπορέσει να ενδοβάλει αρκετά καλ αντικείμενα και να διαμόρφωση ένα ώριμο αντικειμενικό υπereγώ, συν τον Ιδεατό-Εαυτό.
- Στη ψύχωση όμως ο κόσμος των συμβόλων καταρρέει, το παραλήρημα ασυμβολικό σύμφωνα με τον Benedetti. Ο θεραπευτής καλείτε να ε σχέε εκπολιτίσει το αρχαϊκό πρωτόγονο Υπέρ-Εγώ του καταθλιπτικού ασθενή.
- Στη Κατάθλιψη κάθε προσπάθεια προσαρμογής στη πραγματικότητα συν ισχυρές αντιστάσεις. Ο ασθενής αρνείται κάθε αλλαγή κάθε ανάπτυξη κ αναπτύσσει ισχυρές αντιστάσεις, όπως και συχνά βίαιες αρνητικές μεταί εκδραματίσεις.
- Μια παθητική και σαδο-μαζοχιστική ροπή συσχετίζεται άμεσα με τις δυο σκέψη και στη συμβολοποίηση σύμφωνα με τον Taylor 2005. Αυτή προέ προβλήματα, που προέκυψαν κατά το χωρισμό του Εαυτού από το Αντικ οποία συγχρόνως και τα επιτείνει.
- Μετά από μια σημαντική επιτυχία καταθλιπτικά επεισόδια η αυτοκαταστροφικές ενέργειες δεν είναι σπάνιες (Μέντζος 1991, Taylor 2005).



