



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ
ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ».

Μαρία Παπαδημητρίου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση
Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας ΕΚΠΑ

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Γρηγόρης Βασιλαματζής- Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχοθεραπειών ΕΚΠΑ

Μαρία Τζινιέρη Κοκκώση- Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας ΕΚΠΑ

Ελένη Λαζαράτου- Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ
ΜΑΙΟΣ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract.....	6
Εισαγωγή.....	8

ΜΕΡΟΣ Α: ΓΕΝΙΚΟ/ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ιστορική αναδρομή της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.....	10
2. Ψυχαναλυτική κατανόηση της σημασίας της μητρικής φροντίδας και σχέσης στην ανάπτυξη του παιδιού και προεκτάσεις στην ψυχοπαθολογία.....	13
2.1 Θεωρητικές απόψεις του Freud.....	13
2.2 Θεωρητικές απόψεις της M.Klein.....	13
2.3 Θεωρητικές απόψεις των Bowlby και Ainsworth.....	16
2.4 Θεωρητικές απόψεις των Kohut και Stern.....	18
2.5 Θεωρητικές απόψεις του Bion.....	18
2.6 Θεωρητικές απόψεις του Winnicott.....	20
2.7 Θεωρητικές απόψεις του Green.....	22
2.8 Θεωρητικές απόψεις του Spitz.....	23
2.9 Θεωρητικές απόψεις της Mahler.....	24
2.10 Έλλειμμα στη μητρική φροντίδα και ανάπτυξη οριακής ψυχοπαθολογίας.....	26
3. Το τραύμα στους οριακούς ασθενείς.....	27
3.1 Η έννοια του τραύματος.....	27
3.2 Ο ρόλος του τραύματος στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας.....	27
4. Ψυχοπαθολογία, Κλινική Εικόνα και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.....	30

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΙΔΙΚΟ/ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός.....	35
2. Μέθοδος.....	35
3. Θεραπευτικές παράμετροι στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.....	36
3.1 Η θεραπευτική συμμαχία ως έννοια.....	36
3.2 Η θεραπευτική συμμαχία στη θεραπεία των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.....	37
3.3 Η αντιμεταβίβαση ως έννοια.....	38
3.4 Αντιμεταβίβαση και οριακοί ασθενείς.....	40
3.5 Τραύμα και αντιμεταβίβαση.....	42
3.6 Το κενό και αντιμεταβίβαση.....	43
3.7 Μεταβιβαστικές-Αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις με τον οριακό ασθενή.....	45
3.8 Γενικά στοιχεία για τη θεραπευτική τεχνική.....	46
3.9 Το Πλαίσιο ως έννοια.....	47
3.10 Το Πλαίσιο και ο οριακός ασθενής.....	48
3.11 Η Εμπειρέχουσα/Συγκρατούσα λειτουργία στη θεραπεία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.....	52
4. Αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας/ Ερευνητικά δεδομένα.....	58
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς την συνδρομή συγκεκριμένων προσώπων, τα οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω.

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας και επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Κοκκώση Μαρία, για την υποστήριξη, την διαρκή διαθεσιμότητα, την ενθάρρυνση και τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μου παρείχε για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον εμπνευστή του παρόντος μεταπτυχιακού προγράμματος, Καθηγητή Ψυχιατρικής-Ψυχοθεραπειών, κ. Γ. Βασιλαματζή, καθώς και τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος, οι οποίοι κατά τη διάρκεια της διετούς φοίτησης, μου προσέφεραν πολύτιμη γνώση και ερεθίσματα που αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης για την παρούσα εργασία.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής της εργασίας μου που διέθεσαν τον χρόνο τους για την αξιολόγηση της παρούσας διπλωματικής.

Επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας είναι η Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας ΕΚΠΑ κ. Μαρία Τζινιέρη- Κοκκώση και μέλη της εξεταστικής επιτροπής είναι ο Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχοθεραπειών ΕΚΠΑ κ. Γρηγόρης Βασιλαματζής και η Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ κ. Ελένη Λαζαράτου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν μία ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, η οποία τις τελευταίες δεκαετίες έχει προβληματίσει τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, μέσα από την ανάδειξη των θεραπευτικών της παραγόντων, οι οποίοι είναι μείζονος σημασίας για την πορεία και έκβαση της θεραπείας. Αρχικά γίνεται αναφορά στην εξέλιξη μέσα στον χρόνο του όρου "οριακή διαταραχή προσωπικότητας" και παρουσιάζονται οι πιο σημαντικές ψυχαναλυτικές θεωρητικές απόψεις σχετικά με την παθογενετική σημασία της μητρικής φροντίδας. Επίσης γίνεται αναφορά στον ρόλο του τραύματος στην οριακή ψυχοπαθολογία και παρουσιάζεται η ψυχοπαθολογία-κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι οριακοί ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη τις δυσκολίες στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία των εν λόγω ασθενών, ορισμένες λειτουργίες του αναλυτή και του πλαισίου είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Μείζονος σημασίας θεραπευτική συνιστώσα είναι η θεραπευτική συμμαχία, η οποία με τους οριακούς ασθενείς είναι πολύ δύσκολη, εύθραυστη και ευμετάβλητη καθώς εξ αιτίας των χαοτικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ασθενούς, ο θεραπευτής τότε μετατρέπεται σε εχθρό και τότε σε εξιδανικευμένο σωτήρα. Η πρώιμη αναγνώριση του τραύματος συμβάλλει στην επίτευξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Στη θεραπεία το τραύμα επαναβιώνεται και ο θεραπευτής πρέπει να επινοήσει καινούργιους τρόπους για να βιωθεί με μη τραυματικό τρόπο. Στην ψυχαναλυτική εργασία με τους "δύσκολους" ασθενείς όπως ονομάζονται οι οριακοί ασθενείς, η αντιμεταβίβαση είναι κεφαλαιώδους σημασίας καθώς συχνά αποτελεί το κύριο πεδίο που θα καθορίσει την πορεία και την εξέλιξη της θεραπείας. Τα αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα κατά την πορεία της θεραπείας είναι έντονα και ισχυρά και εξουθενώνουν τον θεραπευτή. Μέσα από την συνεχή συνειδητοποίηση και επεξεργασία της αντιμεταβίβασης, ο θεραπευτής μπορεί να προσφέρει στον ασθενή μία συναισθηματικά επανορθωτική εμπειρία, η οποία μπορεί να τον βοηθήσει να καλύψει τα ελλείμματα που έχει βιώσει στην παιδική ηλικία. Το αναλυτικό πλαίσιο λειτουργεί αναλογικά με το μητρικό περιβάλλον που διευκολύνει και βοηθάει το βρέφος στην ανάπτυξή του. Επίσης παρουσιάζονται η προβλητική ταύτιση και η περιέχον-περιεχόμενο σχέση, η συγκρατούσα λειτουργία (holding function) και η εμπεριέχουσα λειτουργία (containing function) του αναλυτή, οι οποίες είναι ιδιαίτερα σημαντικές θεραπευτικές παράμετροι στη θεραπεία ασθενών με οριακή

διαταραχή προσωπικότητας καθώς λειτουργούν αναλογικά με παρόμοιες λειτουργίες στη σχέση μητέρας-βρέφους. Στη συνέχεια παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν πως η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική με τους οριακούς ασθενείς και πως μέσα από τη λειτουργία των θεραπευτικών της παραμέτρων και την εσωτερίκευση της αναλυτικής σχέσης αποτελεί διαδικασία ψυχικής αναδόμησης. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά την περιγραφή και κατανόηση της ψυχοπαθολογίας της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που αφορούν την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με την εν λόγω ψυχοπαθολογία. Επίσης στο πλαίσιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα διενεργηθεί εννοιολογική παρουσίαση των θεραπευτικών συνιστωσών που ενέχονται στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Κατά την παρουσίαση των θεραπευτικών παραμέτρων, παρατίθεται υλικό από κλινικές βινιέτες ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας σε μία προσπάθεια σύνδεσης του κλινικού υλικού με τη θεωρία.

Λέξεις κλειδιά: οριακός, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, αποτελεσματικότητα, ψυχοθεραπευτικές διαστάσεις.

ABSTRACT

Patients with borderline personality disorder constitute a particular group, which has troubled mental health experts over the past decades. The present paper presents the effectiveness of psychodynamic psychotherapy in the treatment of borderline personality disorder, by highlighting which therapeutic factors are of major importance in the progress and outcome of the treatment. Initially we set out how the term “borderline personality disorder” was used over time; the most important psychoanalytical theoretical views are presented concerning the pathogenic significance of maternal care. Mention is also made of the role of trauma in borderline personality disorder and the psychopathological / clinical picture displayed by borderline patients. Taking into consideration the difficulties that psychodynamic psychotherapy presents for such patients, certain of the functions of the analyst and the framework are of particular significance. The treatment alliance is a component of major therapeutic significance, difficult to achieve with borderline patients, fragile and variable, because, due to the chaotic object relations of the patient, the therapist is at times regarded as an enemy or an idealized savior. An early recognition of the trauma contributes to achieving a treatment alliance. In therapy the trauma is relived and the therapist must invent new ways to experience this in a non-traumatic manner. In psychoanalytic work with “difficult” patients, as borderline patients are known, countertransference is of great significance, as it often constitutes the main field that will define the progress and the evolution of treatment. Countertransference phenomena during the course of treatment are intense and powerful and exhaust the therapist. Through constant awareness and processing of countertransference, the therapist can offer the patient an emotionally restorative experience, which will assist the patient to cover the deficits experienced in childhood. The analysis framework functions similarly to the maternal environment, which facilitates and assists an infant in its development. We will also discuss the projecting identification and the container-contained relationship, the holding function and the containing function of the analyst, which are particularly significant treatment parameters in the treatment of patients with borderline personality disorder, as they function proportionately with the relationship between a mother and an infant. We proceed to present research data that confirm that psychodynamic psychotherapy is effective in borderline patients and how, through a function of its treatment parameters and through the internalization of the analysis relationship

constitutes a process of mental restructuring. The present paper uses a review of the literature to describe and comprehend the psychopathology of the borderline personality disorder and the studies that concern the effectiveness of psychodynamic psychotherapy in patients with the psychopathology in question. Within that review of the literature we shall carry out a conceptual presentation of the treatment components contained in psychoanalytic psychotherapy of patients with borderline personality disorder. This presentation of the treatment parameters will include materials from clinical vignettes of patients with borderline personality disorder in an attempt to link the clinical material with the theory.

Keywords: borderline, psychoanalytic psychotherapy, effectiveness, psychotherapeutic dimensions.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθώς με την πάροδο των χρόνων αυξάνονται ραγδαία οι ασθενείς που δεν μπορούσαν να ενταχθούν στις ήδη υπάρχουσες κατηγορίες ασθενών, δηλαδή που δεν είναι ούτε ψυχωτικοί, ούτε νευρωτικοί, αναγνωρίζεται πλέον η επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης για θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η εν λόγω διαταραχή θεωρείται ότι συνδέεται με τραυματικό ιστορικό κατά την παιδική ηλικία. Συνήθως οι γιατροί δεν κατανοούν ότι οι ασθενείς έχουν τη συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας και τους κατατάσσουν στις διαγνωστικές κατηγορίες των καταθλιπτικών ή αυτοκτονικών ασθενών. Οι οριακοί ασθενείς δεν συνεργάζονται εύκολα και δημιουργούν εμπόδια στη θεραπεία τους.

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία βασίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία και κλινική πράξη και έχει ως βασική αρχή ότι η συμπεριφορά του ανθρώπου καθορίζεται από ασυνείδητα κίνητρα και συγκρούσεις. Έχει παρατηρηθεί ότι η πορεία της θεραπείας με τον οριακό ασθενή κατακλύζεται από άγχη, επιθετικότητα και απόγνωση, στοιχεία τα οποία ο θεραπευτής θα χρειαστεί να μεταβολίσει και να επιστρέψει στον ασθενή ως μετασηματισμένα, δηλαδή από πρωτογενή στοιχεία σε συμβολικά, ώστε ο ασθενής να μπορεί να βιώσει μία επανορθωτική εμπειρία στη σχέση του με το αντικείμενο. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική για σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, όπως οι οριακές και ναρκισσιστικές διαταραχές. Οι θεραπευτικοί παράγοντες που επιδρούν στον ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι μείζονος σημασίας για την πορεία και έκβαση της θεραπείας.

Στο Α μέρος της παρούσας εργασίας θα γίνει αναφορά στην ιστορική αναδρομή του όρου "οριακή διαταραχή προσωπικότητας", στην ψυχαναλυτική κατανόηση της σημασίας της μητρικής φροντίδας και σχέσης στην ανάπτυξη του παιδιού, στη συμβολή του παιδικού τραύματος στην οριακή διαταραχή καθώς και στην ψυχοπαθολογία και την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι οριακοί ασθενείς. Στο Β μέρος θα αναδειχτούν οι θεραπευτικές συνιστώσες όπως η αντιμεταβίβαση, η θεραπευτική συμμαχία, το πλαίσιο, η περιέχουσα και συγκρατούσα λειτουργία, που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με οριακούς ασθενείς. Επίσης θα χρησιμοποιηθούν κλινικές βινιέτες σε συνδυασμό με τις θεραπευτικές συνιστώσες και θα γίνει αναφορά σε έρευνες που αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με τη συγκεκριμένη

κατηγορία ασθενών. Στο τέλος θα ακολουθήσει συζήτηση σχετικά με τα όσα παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

ΜΕΡΟΣ Α: ΓΕΝΙΚΟ/ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Ιστορική Αναδρομή της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

Ο περιγραφικός όρος "οριακός ασθενής" έχει διανύσει μεγάλη διαδρομή έως ότου διαμορφωθεί ως μία διαταραχή προσωπικότητας οριακού ή μεταιχμιακού τύπου. Χρησιμοποιήθηκε αρχικά για παθολογικές καταστάσεις για τις οποίες υπήρχε αμφιβολία κατά πόσο μπορούν να προσδιοριστούν στην κατηγορία των ψυχώσεων και των νευρώσεων και για τις οποίες υπήρχε η δυσκολία πολλές φορές να χαρακτηριστούν ως παθολογικές. Ο εν λόγω όρος ("οριακός" ή "μεθοριακός") συναντάται από τις αρχές του περασμένου αιώνα στην ψυχιατρική (Χαρτοκόλλη, 2010). Η ασάφεια που υπήρχε στις περιπτώσεις αυτές είχε ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται όροι όπως: «ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια», «ως εάν προσωπικότητα», «ψυχωτικός χαρακτήρας». Μετά τον Β παγκόσμιο πόλεμο επικράτησε η ιδέα ότι όλοι αυτοί οι όροι ανήκουν σε μία ιδιαίτερη διαγνωστική κατηγορία ασθενών που υπάγονται σε μία ευρεία κατηγορία, η οποία ορίζεται με τον όρο "οριακή διαταραχή προσωπικότητας" (ό.π).

Ο Freud (1918), στο ιστορικό του ασθενούς του που είναι γνωστό ως "ο άνθρωπος με τους λύκους", παρουσιάζει έναν ασθενή με παρόμοιες με την οριακή διαταραχή εκδηλώσεις κλινικών συνδρόμων. Επίσης, καθώς έγραφε για την ναρκισσιστική νεύρωση περιέγραφε ασθενείς στους οποίους δεν ταίριαζε η διάγνωση της ψύχωσης, και οι οποίοι δεν μπορούσαν να βοηθηθούν με την κλασική ψυχανάλυση.

Στη συνέχεια, ο Adolph Stern, τη δεκαετία του 1930 αναφέρθηκε σε ασθενείς που ήταν ναρκισσιστικά ευάλωτοι και που δεν μπορούσαν να βοηθηθούν με την κλασική ψυχαναλυτική θεραπεία. Πρώτος ο Stern (1938), χρησιμοποίησε τον όρο "οριακός", έχοντας και ως κριτήριο την δυνατότητα εφαρμογής ή μη της ψυχανάλυσης. Συναντώνται στην πορεία οι όροι: «οριακός ασθενής», «οριακή κατάσταση», «οριακή οργάνωση προσωπικότητας» και «οριακό πρότυπο» (Σικελιανού, 2010).

Το 1949, οι Hoch και Polatin (1949) μίλησαν για "ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια" που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα "πανσεξουαλικότητας", "παν-νεύρωσης", και "πανάγχους". Όμως το πρόβλημα με αυτούς τους ασθενείς ήταν ότι δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί η διάγνωση με βάση αν ανήκαν σε κάποια τυπική διαγνωστική κατηγορία, καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια ούτε για νεύρωση ούτε για ψύχωση. Θεμελιώδης ήταν η συνεισφορά της Helene Deutsch (1942), η οποία μίλησε για τις «ως εάν» (as if) προσωπικότητες. Υποστήριξε ότι οι οριακοί ασθενείς είναι «ως εάν»

προσωπικότητες, δηλαδή ότι παίρνουν χαρακτηριστικά από το περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται.

Ο Robert Knight (1953), μίλησε για υπεροχή της πρωτογενούς έναντι της δευτερογενούς διεργασίας της σκέψης σε αυτούς τους ασθενείς, καθώς και για αδυναμία προστασίας απέναντι σε αρχέγονες παρορμήσεις . Τη δεκαετία του 1950 ο Knight περιέγραψε ασθενείς με ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια. Σταδιακά η ψυχιατρική κοινότητα ευαισθητοποιήθηκε στο φαινόμενο ενός οριακού συνδρόμου, κάτι που επιβεβαίωσε τη δεκαετία του 1960 ο Roy Grinker, ο οποίος μελετώντας για μεγάλο χρονικό διάστημα μία μεγάλη ομάδα ασθενών, παρατήρησε *τέσσερις βαθμίδες παθολογίας από την νεύρωση έως την ψύχωση* με ενδιάμεσες την ομάδα ασθενών με προβλήματα και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και την ομάδα με έλλειψη ταυτότητας. Οι Grinker et al (1968), μέσα από την εμπειρική μελέτη τους διαπίστωσαν πως οι ασθενείς αυτοί δεν καταλήγουν σε σχιζοφρένεια, ενώ σύμφωνα με την Schmeideberg (1959), παρουσιάζουν σταθερή αστάθεια σε όλη την πορεία της νόσου .

Ο Otto Kernberg (1967,1975) μίλησε για «οριακή οργάνωση προσωπικότητας» μέσα από τη σκοπιά της ψυχανάλυσης, αναφερόμενος σε ασθενείς με προβλήματα στη σχέση με το αντικείμενο, με υπερβολική χρήση πρώιμων αμυνών, με ευάλωτο-αδύναμο Εγώ, καθώς και με παλινδρόμηση σε αρχαϊκές διεργασίες σκέψης κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες, αν και γενικότερα με έλεγχο της πραγματικότητας. Μελετώντας τα ευρήματα του Knight κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι «οριακές καταστάσεις» που ως όρος χρησιμοποιούνταν την περίοδο εκείνη, παρουσιάζουν μία σταθερά παθολογική μορφή ψυχικής δομής, δηλαδή δεν ήταν ασαφείς και αμφίβολες που άλλοτε εμφανίζονται ως ψυχώσεις και άλλοτε ως νευρώσεις (ό,π, 1967). Ο Kernberg (1975) είναι αυτός που καθιέρωσε τον όρο «οριακή οργάνωση προσωπικότητας» και θεώρησε ότι πρόκειται για αυτοδύναμες διαταραχές που έχουν χαρακτηριστικά συμπτώματα, μηχανισμούς σκέψης και παθολογική συμπεριφορά. Μίλησε για «μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ», καθώς οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν ψυχοπιεστικές καταστάσεις, δεν μπορούν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και τη συμπεριφορά τους, αναφερόμενος σε «μετατόπιση προς αρχαϊκές διεργασίες σκέψης», καθώς όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις και έντονα συναισθήματα μπορεί να εμφανίσουν σκέψη που μοιάζει να μην έχει έλεγχο της πραγματικότητας. Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από «ειδικές αμυντικές λειτουργίες», με κυρίαρχη τη χρήση της σχάσης, και για «παθολογικές εσωτερικευμένες αντικειμενοτρόπες σχέσεις», καθώς η ικανότητά τους για κατανόηση της εμπειρίας του εαυτού και των άλλων και η

ικανότητα για απαρτίωση είναι ελλειμματική με αποτέλεσμα να κινούνται μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης και να εμφανίζουν διάχυση ταυτότητας. Ο Kernberg υποστηρίζει ότι η οριακή οργάνωση προσωπικότητας χαρακτηρίζει πολλές διαταραχές προσωπικότητας, όπως οι ναρκισσιστικές, παρανοειδείς, σχιζοειδείς, παιδικόμορφες, αντικοινωνικές και κυκλοθυμικές διαταραχές (ό.π.).

Ο A.Green (1975) μίλησε για ένα καινούργιο είδος ασθενών που πήγαιναν στη θεραπεία αλλά δεν επιθυμούσαν να ακούσουν τίποτα, βιώνοντας μία εμπειρία συγχώνευσης εαυτού και αντικειμένου. Είπε για αυτούς τους ασθενείς ότι υπάρχουν στο βάθος ζητήματα μη επαρκούς διαφοροποίησης εαυτού και αντικειμένου καθώς επίσης μία ιδιαίτερη ανάγκη του οριακού υποκειμένου να δομηθεί μέσω της παρουσίας του αντικειμένου.

Ο όρος " οριακές διαταραχές προσωπικότητας" αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1976, στο Διεθνές Συμπόσιο που πραγματοποιήθηκε στην Τορεκα του Κάνσας υπό την αιγίδα του Ψυχιατρικού Ιδρύματος Menninger και του NIMH με οργανωτή τον Πέτρο Χαρτοκόλλη , σε στενή συνεργασία με τον Otto Kernberg (Χαρτοκόλλης,2010).

Οι Grinker et all (1968) μίλησαν για υποκατηγορίες του οριακού συνδρόμου που συνθέτουν ένα φάσμα. Σύμφωνα με τον Meissner (1984, 1988), ο όρος: «οριακότητα» σε μία συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας θα ήταν περιοριστικός. Αναφέρεται σε υστερικό και σε σχιζοειδές συνεχές μέσα στο φάσμα. Σταδιακά εμφανίζεται η ιδέα για τη διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας σαν κάτι που εμφανίζεται ανάμεσα στην νεύρωση και στην ψύχωση (Kernberg, 1975, Χαρτοκόλλης 1990, 1991).

Στις αρχές του 1990 οι Zanarini et al (1990) εστίασαν σε περιγραφικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Αναφέρθηκαν σε έντονο άγχος εγκατάλειψης και απόρριψης, σε αυτοτραυματική συμπεριφορά και απόπειρες αυτοκτονίας με σκοπό οι ασθενείς αυτοί να χειριστούν το περιβάλλον τους. Επίσης αναφέρθηκε σε εμφάνιση φευγαλέας ή περιστασιακής ψυχωτικής σκέψης, σε παλινδρομήσεις στην θεραπεία, καθώς και σε δυσκολίες του θεραπευτή σε σχέση με τα αντιμεταβιβαστικά του συναισθήματα.

2. Ψυχαναλυτική κατανόηση της σημασίας της μητρικής φροντίδας και σχέσης στην ανάπτυξη του παιδιού και προεκτάσεις στην ψυχοπαθολογία.

Ιδιαίτερη σημασία στη δόμηση και ανάπτυξη του ψυχισμού του βρέφους έχει η σταθερή και κατάλληλη μητρική φροντίδα.

Το βρέφος ξεκινάει την εξελικτική του πορεία μέσα από ένα αδιαφοροποίητο αυτιστικό στάδιο για να διανύσει μία πορεία, ώστε να διαμορφωθεί σε μία αυτόνομη οργανωμένη ψυχική μονάδα, η οποία να είναι διαφοροποιημένη από τα πρόσωπα του περιβάλλοντος, από τα αντικείμενά της. Μέσα σε μία τέτοια πορεία, ιδιαίτερης σημασίας είναι η ποιότητα της σχέσης με τη μητέρα (Mc Williams, 1994, 2012).

2.1. Θεωρητικές απόψεις του Freud.

Ο Freud (1926) στο έργο του *Αναστολές, συμπτώματα και Άγχος*, αλλάζει την άποψή του για το τραύμα και το άγχος. Εγκαταλείπει την ιδέα ότι η συσσώρευση της libido που δεν έχει αποφορτιστεί μετατρέπεται σε άγχος και διατυπώνει τη δεύτερη θεωρία του για το άγχος, η οποία ισχύει έως και σήμερα. Εισάγει τον όρο: «τραυματική κατάσταση», ονομάζοντας έτσι την μαζική εισροή ερεθισμάτων, την οποία το Εγώ δεν μπορεί να αντιμετωπίσει με αποτέλεσμα να κατακλύζεται από διεγέρσεις που δεν μπορεί να διαχειριστεί και συνεπώς να δημιουργείται αίσθηση αβοηθητότητας και να αναδύεται το αυτόματο άγχος. Το υποκείμενο είναι εκτεθειμένο σε τραυματικές καταστάσεις σε όλη τη βρεφική και παιδική ηλικία όπου το Εγώ δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς και είναι ανώριμο. Τέτοιες τραυματικές καταστάσεις είναι το Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα, ο φόβος ευνουχισμού, η απώλεια της μητέρας, η απώλεια της αγάπης της μητέρας, η απώλεια της αγάπης του Υπερεγώ (ό.π.). Εάν υπάρξουν καθηλώσεις στη σχέση μητέρας-παιδιού κατά την προοιδιπόδεια περίοδο τότε μπορεί να αναπτυχθεί ψυχοπαθολογία.

2.2 Θεωρητικές απόψεις της M.Klein.

Η Klein (Segal, 1964, 1999) θεωρεί ότι το βρέφος φαντασιώνει από την αρχή και λέει ότι και ο πιο πρωτόγονος ψυχισμός μπορεί να φτιάξει μία εικόνα. Υποστηρίζει ότι το

Εγώ υπάρχει από την αρχή της ζωής (αν και είναι ακόμη ανοργάνωτο και ανώριμο). Θεωρεί λοιπόν ότι ο ψυχισμός από τη γέννηση μπορεί να δημιουργήσει σχέσεις όχι μόνο πραγματικές αλλά και φαντασιωσικές. Τα αντικείμενα που έχουν αφετηρία τις σωματικές αισθήσεις (π.χ. το στήθος που ταΐζει ή προκαλεί πείνα), αποτελούν ένα είδος συνεχούς που ξεκινάει από τη σωματική αίσθηση και φτάνει στην αναπαράσταση και την ασυνείδητη φαντασίωση. Άλλα αντικείμενα είναι καλά και άλλα είναι κακά, διωκτικά για το βρέφος. Οι πρώτες σχέσεις αντικειμένου δημιουργούνται με τα μερικά αντικείμενα και κυρίως με το στήθος της μητέρας, το οποίο βιώνεται ως «καλό» ή «κακό». Η Klein μίλησε για τα ανωτέρω εντάσσοντάς τα σε ένα εξελικτικό σχήμα, το οποίο περιλαμβάνει την *παρανοειδή-σχιζοειδή θέση* και την *καταθλιπτική θέση*. Η *παρανοειδής θέση* αντιστοιχεί στον δεύτερο με τρίτο μήνα ζωής και η *καταθλιπτική* στο δεύτερο εξάμηνο του πρώτου έτους. Κατά την *παρανοειδή-σχιζοειδή θέση*, το βρέφος ζει σε μία πολωμένη πραγματικότητα ανάμεσα στη libido και στην ενόρμηση του θανάτου. Η Klein θεωρεί ότι υπάρχει η ενόρμηση του θανάτου, ο ψυχισμός την αντιλαμβάνεται από την αρχή της ζωής, αυτό δημιουργεί άγχος θανάτου και εκτροπή του σε εξωτερικό, διωκτικό αντικείμενο. Τότε ο μαστός βιώνεται ως κακός και απειλητικός για το Εγώ και γεννώνται αισθήματα καταδίωξης. Έτσι ο αρχικός φόβος του ενστικτού του θανάτου μετασχηματίζεται σε φόβο ενός διώκτη. Τα διωκτικά αντικείμενα θα εισχωρήσουν στο Εγώ και θα δημιουργηθεί το παρανοειδές άγχος. Επίσης μέρος της ενόρμησης του θανάτου μεταστρέφεται σε επιθετικότητα εναντίον των διωκτών. Παράλληλα το Εγώ διαθέτοντας και τη libido κάνει μία σχέση με το ιδεώδες αντικείμενο, προβάλλεται σε αυτό. Κάτι ιδεώδες είναι κάτι δυνατό (έχει παντοδυναμία). Δηλαδή η libido προβάλλεται για να δημιουργήσει ένα αντικείμενο που θα ικανοποιήσει τον ενστικτώδη αγώνα του Εγώ για τη συντήρηση της ζωής. Άρα από την αρχή το Εγώ σχετίζεται με δύο αντικείμενα, καθώς το πρωταρχικό αντικείμενο, ο μαστός, διαχωρίζεται σε δύο μέρη: στο ιδεώδες και στο διωκτικό στήθος (στο καλό και στο κακό αντικείμενο). Η φαντασίωση του ιδεώδους αντικειμένου συγχωνεύεται και επιβεβαιώνεται με τα ικανοποιητικά βιώματα αγάπης και τροφής από την πραγματική εξωτερική μητέρα, ενώ η φαντασίωση της καταδίωξης συγχωνεύεται και επιβεβαιώνεται με τις πραγματικές εμπειρίες αποστέρησης και πόνου. Έτσι λοιπόν οι ικανοποιήσεις από την εξωτερική πραγματικότητα έχουν ιδιαίτερη σημασία στη *σχιζοειδή-παρανοειδή θέση*, ώστε να κρατούν υπό έλεγχο την εκφοβιστική καταδίωξη, ενώ η αποστέρηση αποτελεί και απειλή αφανισμού από τους διώκτες. Τα σημεία καθήλωσης των ψυχώσεων και της σοβαρής ψυχοπαθολογίας κατά την Klein εδρεύουν

στις πρώιμες φάσεις της βρεφικής ηλικίας. Στην *παθολογική παρανοειδή-σχιζοειδή* θέση, εάν το άγχος είναι υπερβολικό τότε τα προβαλλόμενα μέρη εκρήγνυνται σε μικρά κομμάτια, προβάλλονται στα αντικείμενα και τα «σπάνε» με τη σειρά τους σε μικρά κομμάτια και αυτά γίνονται πολύ καταδιωκτικά (αβάσταχτη καταδίωξη). Ο στόχος αυτής της βίαιης προβλητικής λειτουργίας είναι διπλός: αφενός το βίωμα της πραγματικότητας εδώ γίνεται αντιληπτό ως δίωξη, ως διάσπαση του Εγώ και είναι προσπάθεια απαλλαγής από κάθε αντίληψη και αφετέρου καταστρέφεται ο αντιληπτικός μηχανισμός. Τα αντικείμενα αυτά ο Bion (1956) τα ονομάζει "παράξενα αντικείμενα". Δηλαδή όταν το άγχος είναι υπερβολικό, όταν η καταδίωξη είναι υπερβολική τότε δημιουργείται ψυχοπαθολογία.

Οι ικανοποιήσεις από την εξωτερική πραγματικότητα έχουν μεγάλη σημασία στη *σχιζοειδή- παρανοειδή θέση*. Εφόσον, οι καλές εμπειρίες υπερισχύσουν τότε ο βρεφικός ψυχισμός βιώνει μία ήπια εμπιστοσύνη στο ιδεώδες αντικείμενο. Η καταδίωξη, η σχάση μειώνονται και υπάρχει μία ανοχή της επιθετικότητας του εαυτού, οπότε το Εγώ απαρτιώνεται. Τα καλά και τα κακά αντικείμενα γίνονται σιγά σιγά ένα, το εξωτερικό αντικείμενο και αυτό απαρτιώνεται οπότε προχωράει ο ψυχισμός στην *καταθλιπτική θέση* (ό.π.).

Η *καταθλιπτική θέση* είναι θέση κατά την οποία το βρέφος σχετίζεται με τη μητέρα ως ολόκληρο αντικείμενο και όχι πλέον ως μερικό αντικείμενο. Το βρέφος κατά την *καταθλιπτική θέση* έρχεται αντιμέτωπο με την αμφιθυμία, το μίσος και την αγάπη, κατανοεί ότι αφορούν στο ίδιο πρόσωπο και πρέπει να τα αντέξει, ότι στη φαντασίωση έχει καταστρέψει το αντικείμενο. Τα καινούργια συναισθήματα της καταθλιπτικής θέσης είναι το πένθος για το αντικείμενο που νιώθει ότι έχει καταστρέψει και η ενοχή ότι έχει χάσει το καλό αντικείμενο μέσω της ίδιας του της καταστροφικότητας. Για την Klein η επεξεργασία της καταθλιπτικής θέσης είναι η επεξεργασία του πένθους. Όσο πιο καλά έχει κανείς καταφέρει να επεξεργαστεί το πρωταρχικό πένθος όταν συνέβη, τόσο πιο καλά θα επεξεργαστεί τις επόμενες απώλειες στη ζωή του. Αυτό γίνεται με την επανόρθωση. Η επανόρθωση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος των ωριμοποιητικών διαδικασιών και αποτελεί τρόπο εξόδου από την *καταθλιπτική θέση*. Σιγά σιγά το υποκείμενο καταλαβαίνει ότι το αντικείμενο δεν έχει καταστραφεί, αλλά ότι δεν είναι το τέλει αντικείμενο. Το αποκαθιστά ώστε να είναι ένα ολόκληρο αντικείμενο, το οποίο έχει επιβιώσει της καταστροφής του, και του δείχνει ότι η καταστροφικότητά του δεν ήταν αυτή που φανταζόταν. Το σημείο καθήλωσης στην ψύχωση βρίσκεται κατά

Klein στην *παρανοειδή-σχιζοειδή θέση και στην αρχή της καταθλιπτικής θέσης*. Όσο περισσότερη είναι η επεξεργασία της καταθλιπτικής θέσης τόσο περισσότερη είναι η εξέλιξη στο νευρωτικό επίπεδο και τόσο καλύτερη η επεξεργασία αυτού που καλείται να επεξεργαστεί κανείς αργότερα στη ζωή του. Όταν όμως η επεξεργασία δεν υπήρξε επαρκής, τότε το Εγώ θα είναι πιο αδύναμο, θα έχει σταθερό άγχος, η σχέση με την πραγματικότητα θα είναι πιο φτωχή και μπορεί να δημιουργηθεί ψύχωση.

Με τη θέση της Klein για τα εσωτερικά κακά αντικείμενα συμφωνεί και ο Fairbairn (1941,1943,1944,Mitchell,S,1981) αλλά μιλάει και για εξωτερικά κακά αντικείμενα τα οποία είναι αυτά που εσωτερικεύονται. Ο Fairbairn αναφέρεται σε *κακοποιητικά αντικείμενα και πραγματικά κακοποιητικά αντικείμενα* και υποστηρίζει ότι μόνο τα κακά εξωτερικά αντικείμενα εσωτερικεύονται και όχι τα καλά.

2.3 Θεωρητικές απόψεις των Bowlby και Ainsworth.

Ο Bowlby αντιτίθεται στην Klein, καθώς τόνισε τη σπουδαιότητα της πραγματικής εμπειρίας του παιδιού, σε σύγκριση με τη φαντασιωσική. Σύμφωνα με τον Bowlby όταν το πρόσωπο που φροντίζει το βρέφος (η μητέρα) ανταποκρίνεται όταν αυτό εκδηλώνει δυσφορία ώστε να το ηρεμεί, τότε λειτουργεί ως βάση ασφάλειας, και έτσι το παιδί μπορεί να εξερευνήσει το περιβάλλον του αναπτύσσοντας τις ικανότητες του και τις σχέσεις του με τους άλλους. Ο Bowlby (1988) διατύπωσε τη θεωρία του δεσμού (Attachment theory). Θεώρησε πως το βρέφος έχει έμφυτη την ανάγκη να αναπτύξει συναισθηματικό δεσμό με το πρόσωπο που το φροντίζει (τη μητέρα), ότι αναπτύσσει προσκόλληση σε αυτήν, η οποία θα χρησιμεύσει ως ασφαλής βάση για εξερεύνηση και αποχωρισμό. Υποστήριξε πως το είδος της προσκόλλησης που θα αναπτύξει με τη μητέρα του, θα διαμορφώσει τον τρόπο που θα σχετίζεται αργότερα στις διαπροσωπικές του σχέσεις και πως ο πρώιμος αποχωρισμός μητέρας- βρέφους το βλάπτει. Ο δεσμός αυτός αναπτύσσεται σταδιακά. Αρχικά το βρέφος δεν καταλαβαίνει ποια είναι τα πρόσωπα που το φροντίζουν, σταδιακά όμως αναγνωρίζει τα οικεία σε αυτό πρόσωπα και δυσφορεί στα ξένα. Εάν η μητέρα είναι σταθερή παρουσία και ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού τότε εκείνο αποκτά ασφάλεια και εμπιστοσύνη και είναι έτοιμο να αποχωριστεί τη μητέρα για να εξερευνήσει το περιβάλλον χωρίς να φοβάται ότι εκείνη θα εξαφανιστεί. Η εμπιστοσύνη, η αυτοπεποίθηση, η αυτοεκτίμηση και η συναισθηματική ωριμότητα είναι αποτέλεσμα της πρώτης αυτής σχέσης που δημιουργείται με τον φροντίζοντα γονέα. Σύμφωνα με τον Bowlby (1973) οι πρώιμες

αλληλεπιδράσεις με τη μητέρα καθώς επαναλαμβάνονται δημιουργούν τη βάση των ψυχονοητικών αναπαραστάσεων του ατόμου με τις οποίες θα ρυθμίζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Στη συνέχεια, η M. Ainsworth (1978) διατύπωσε την έννοια της «ασφαλούς βάσης». Δηλαδή, το βρέφος με βάση την ασφάλεια που νιώθει κοντά στη μητέρα του όταν αυτή φροντίζει τις ανάγκες του, αναπτύσσει την ικανότητα να εξερευνά το περιβάλλον και να αποκτά νέες δεξιότητες. Εάν η μητέρα δεν είναι διαθέσιμη ή δεν είναι σταθερή στις ανάγκες του βρέφους της για ασφάλεια και φροντίδα, τότε αυτό θα αναπτύξει *ανασφαλή δεσμό*. Στη συνέχεια αναπτύσσοντας τη θεωρία του Bowlby, διατύπωσε τέσσερις τύπους προσκόλλησης:

1^{ος} τύπος: *Η ασφαλής προσκόλληση*: Σε αυτό τον τύπο προσκόλλησης, καθώς η μητέρα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους, αναπτύσσεται ισχυρός συναισθηματικός δεσμός με αυτή. Το βρέφος δείχνει άγχος και κλαίει όταν φεύγει η μητέρα, και όταν εκείνη επιστρέφει, τότε εκείνο σταματά και ανακουφίζεται. Το παιδί που αναπτύσσει ασφαλή προσκόλληση αναπτύσσει θετική εικόνα εαυτού και εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στο περιβάλλον, καθώς και υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις αργότερα στη ζωή του.

2^{ος} τύπος: *Ο ανασφαλής δεσμός προσκόλλησης*, ο οποίος διακρίνεται σε: α) *Απορριπτικό-αποφευκτικό δεσμό*: Εδώ, κατά την επιστροφή του γονέα το παιδί δείχνει αδιαφορία και συνεχίζει να ασχολείται με το παιχνίδι του. Δηλαδή, υπάρχει αποκοπή της συναισθηματικής πλευράς του δεσμού. Στην περίπτωση αυτή, η μητέρα αντιδρά στις ανάγκες του παιδιού με απόρριψη και θυμώνει όταν το παιδί αντιδρά έντονα. Το παιδί βιώνει φόβο απόρριψης και κρύβει τα αρνητικά του συναισθήματα, ώστε να γίνεται αποδεκτό. Επίσης διατηρεί απόσταση από τους άλλους.

3^{ος} τύπος: *Αγχώδης-αμφιθυμικός δεσμός προσκόλλησης*: Το παιδί, ενώ δείχνει ότι θέλει να προσεγγίσει τον γονέα, την ίδια στιγμή τον αποφεύγει. Συχνά παρατηρείται η ίδια αμφιθυμία στην ανταπόκριση του γονέα στις ανάγκες του παιδιού. Η μητέρα μπορεί να είναι απρόβλεπτη για το πώς να αντιδράσει απέναντι στο βρέφος. Στην περίπτωση αυτή το παιδί εμφανίζει επιθετικότητα και ασκεί πίεση για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του. Εμφανίζει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν έχει εμπιστοσύνη στους άλλους.

4^{ος} τύπος: *η αποδιοργανωμένη προσκόλληση*: Το βρέφος νιώθει έντονη ανασφάλεια, φόβο και άγχος και δεν γνωρίζει εάν μπορεί να εμπιστευτεί τον γονέα. Εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν υποστεί κακοποίηση ή έχουν

αντιμετωπίσει τραυματικές απώλειες των δικών τους γονιών ή που έχουν ψυχοπαθολογία. Καθώς ο γονιός είναι απρόβλεπτος στο πώς αντιδρά στις ανάγκες του παιδιού, το παιδί αναπτύσσει φόβο και βρίσκεται συνεχώς σε κατάσταση εγρήγορσης. Έτσι αποκτά χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ότι δεν αξίζει και το περιβάλλον θεωρείται επικίνδυνο και απρόβλεπτο.

2.4 Θεωρητικές απόψεις των Kohut και Stern.

Ο Kohut (1971) θεωρούσε πως η ανάπτυξη του εαυτού στο βρέφος, συντελείται μέσα από τις αποκρίσεις φροντίδας και επιβεβαίωσης από τη μητέρα (από το πρόσωπο που φροντίζει) και υποστήριξε πως όταν η μητέρα δεν διαθέτει ικανότητα ενσυναισθητικής κατανόησης την οποία το παιδί χρειάζεται ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται, τότε δημιουργείται εσωτερικό έλλειμμα με αποτέλεσμα να προσπαθεί να αναπληρώσει το έλλειμμα αυτό μέσω των άλλων, ώστε να καλύψει τις λειτουργίες που δεν έχουν καλυφθεί, τις λειτουργίες «εαυτού και αντικειμένου». Ο Kohut τόνισε πως εάν οι αποκρίσεις της μητέρας εκλείπουν ή είναι ελλειμματικές, τότε δημιουργείται μεγάλη ναρκισσιστική ευαλωτότητα .

Ο D.Stern (1985,1989) τόνισε τον ρόλο της διαπροσωπικής υπόστασης της ανάπτυξης και τον θεμελιώδη ρόλο των συναισθημάτων-συγκινήσεων. Σύμφωνα με τον Stern η ανάπτυξη και η μάθηση του παιδιού είναι διαρκής και συνεχιζόμενη από την αρχή της ζωής. Μέσα από τις έρευνές του συμπέρανε πως η αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μέσα από αυτήν ενισχύεται η σωματική ανάπτυξη του βρέφους. Ο Stern είπε πως μητέρα και βρέφος μοιάζουν σαν δύο βιρτουόζοι χορευτές σε τέλειο συγχρονισμό. Υποστήριξε ότι το παιδί αναπτύσσει την αίσθηση του εαυτού καθώς μοιράζεται τα συναισθήματά του και αλληλεπιδρά με τους άλλους. Οι διαδράσεις αυτές εγγράφονται στον ψυχισμό του βρέφους και μπορούν να πυροδοτήσουν συναισθηματικές αντιδράσεις στη μελλοντική ζωή του παιδιού. Ο Stern δημιούργησε τον όρο «motherese», αναφερόμενος στην ικανότητα της μητέρας να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί τα συναισθήματα του βρέφους της.

2.5 Θεωρητικές απόψεις του Bion.

Ο Bion (1962b) αναφέρθηκε στη σχέση *περιέχοντος- περιεχομένου* ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, η οποία αποτελεί τη βάση της ανθρώπινης εμπειρίας. Τα

πρωτόγονα ερεθίσματα του βρέφους προβάλλονται μέσα στη μητέρα και περιέχονται σ' αυτή. Η μητέρα τα βιώνει, τα κατανοεί και τα επιστρέφει πίσω μετασηματισμένα. Δηλαδή, το *περιέχον* που λειτουργεί, επεξεργάζεται και μεταβολίζει πράγματα και τα επιστρέφει. Το ίδιο κάνει σιγά σιγά και το *περιεχόμενο*. Όταν η μητέρα προσπαθεί να βγάλει ένα νόημα γι' αυτό που συμβαίνει στο βρέφος της όταν το μωρό δυσφορεί (π.χ. ότι αυτό κρυνώνει), από όλα αυτά που θα σκεφτεί δίνει ένα νόημα και ανταποκρίνεται (σκεπάζει το μωρό, το κουνάει κ.λ.π.) και αυτό το ηρεμεί. Με αυτόν τον τρόπο, το βρέφος παίρνει μία εικόνα για αυτό που ένιωθε ως αόρητο, την παίρνει πίσω σαν αγκάλιασμα, σαν χάδι, σαν παρηγορητικά λόγια. Αυτό συμβαίνει πολλές φορές μεταξύ μητέρας και βρέφους, και έτσι δημιουργείται η σκέψη, δημιουργείται αίσθημα ασφάλειας, μεγαλύτερη συνοχή του Εγώ του βρέφους καθώς και ενδυνάμωση της αντοχής του στις ματαιώσεις. Αυτή η δυνατότητα, στις περιπτώσεις των ατόμων με σοβαρή ψυχοπαθολογία είναι πολύ περιορισμένη. Εάν η μητέρα αποτύχει στη διαδικασία αυτή τότε ο ψυχισμός του βρέφους δεν μπορεί να προστρέξει σε μία εικόνα και να δώσει νόημα σε αυτό που συμβαίνει. Ο Bion (ό.π.), μίλησε για την έννοια της «ονειροπόλησης» (reverie), η οποία είναι η ικανότητα της μητέρας να δέχεται τις προβλητικές ταυτίσεις του βρέφους της. Η μητέρα μέσω της reverie, υποδέχεται τον τρόπο που της προβάλλει το βρέφος και επιτελεί τη λειτουργία *α*. Η λειτουργία *α* είναι μία υποθετική λειτουργία, η οποία έχει την ικανότητα να τροποποιεί τη λειτουργία των αισθήσεων. Ο ψυχισμός της μητέρας πρέπει να βρίσκεται σε μία κατάσταση ήρεμης δεκτικότητας για να αντιληφθεί και να δεχτεί τα αισθήματα του βρέφους και να τους προσδώσει νόημα (π.χ. το άγχος θανάτου). Η μητέρα θα πρέπει να αναγνωρίσει κάτι περισσότερο από το ότι το μωρό αναζητά την παρουσία της. Μέσω της λειτουργίας *α*, τα στοιχεία *β* (τα οποία είναι αρχαϊκά στοιχεία που δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ψυχική κατάσταση του ατόμου και πρέπει να μεταμορφωθούν σε κάτι άλλο για να αναπτυχθεί η ψυχική ζωή) μετατρέπονται σε στοιχεία *α* και τότε: μπορεί κανείς να ονειρευτεί, να σκεφτεί, να διαμορφώσει τομείς συνειδητού-ασυνειδήτου, μπορεί κανείς να έχει επίγνωση του εαυτού του, να διακρίνει τον εαυτό του από την εμπειρία του, να κοιμάται και να ξυπνάει φυσιολογικά. Δηλαδή μέσω της ενδοβολής μίας δεκτικής μητέρας με κατανόηση, που δίνει νόημα στα συναισθήματα του βρέφους, εκείνο αρχίζει να αναπτύσσει την ικανότητα να στοχάζεται τις ψυχικές καταστάσεις. Εάν η μητέρα είναι ανίκανη για αυτή τη νοηματοδοτούσα αντανάκλαση μέσα από την ονειροπόληση, τότε το βρέφος δεν θα λάβει αίσθηση νοήματος και θα βιώσει εμπειρία απογυμνωμένη από νόημα που καταλήγει στην τρομακτική αίσθηση του αγνώστου (ακατονόμαστος

τρόμος). Όταν υπάρχει παθολογική γραμμή ανάπτυξης, τότε κυριαρχούν τα στοιχεία β, δεν ελέγχεται η πραγματικότητα, δεν υπάρχει *reality testing* και δεν μπορεί κανείς να διακρίνει τι ανήκει στο μέσα και τι στο έξω (ό.π.).

2.6 Θεωρητικές απόψεις του Winnicott.

Ο Winnicott (1962) ήταν από τους πρώτους ψυχαναλυτές που κατανόησαν τη βασική ρυθμιστική λειτουργία της μητέρας για το βρέφος, δηλαδή οργάνωση των ενορμήσεων και μείωση της έντασης. Υποστήριξε πως δεν υπάρχει βρέφος χωρίς τη μητέρα του και ότι αποτελούν ενιαία δυάδα. Στο έργο του *Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον* (1965, 2003) αναφέρει ότι υπάρχει στον πυρήνα της πραγματικότητας αυτό που ονομάζει «αληθής εαυτός» και έχει στόχο να ωριμάζει. Στον βαθμό που η μητέρα αποτυγχάνει να περιβάλλει το παιδί, τότε δημιουργείται στο παιδί ο «ψευδής εαυτός». Η μητέρα οφείλει να είναι προστατευτική ασπίδα για το παιδί. Όταν η μητρική λειτουργία διαχείρισης των αγχών του παιδιού δεν υπάρχει ή καταρρέει, τότε δημιουργείται τραύμα. Το βρέφος πρέπει να βοηθηθεί να περάσει από τη φάση του είναι στη φάση του γίνεσθαι. Αποτυχία της μητέρας προκαλεί τον «αφανισμό» του βρέφους. Ο Winnicott (1956a) μίλησε για την «πρωταρχική μητρική ενασχόληση», η οποία είναι η ικανότητα της μητέρας να ταυτίζεται με το μωρό της. Λέει ότι αναπτύσσεται βαθμιαία. Χρειάζεται μεγάλο χρονικό διάστημα προσαρμογής στις ανάγκες του βρέφους. Αυτή η ειδική ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα που γεννά, χαρακτηρίζεται από τη συνειδητή αλλά ταυτόχρονα και βαθιά ασυνείδητη ταύτιση της μητέρας με το μωρό της. Μία καταθλιπτική μητέρα δεν μπορεί να το κάνει αυτό. Το βρέφος στη φάση αυτή είναι πλήρως εξαρτημένο σωματικά και ψυχικά από τη μητέρα. Το νεογέννητο έρχεται στον κόσμο με ιδιοσυγκρασιακές ιδιαιτερότητες, με έμφυτες εξελικτικές τάσεις (περιοχές ελεύθερες από συγκρούσεις στο Εγώ), με κινητικότητα, με ευαισθησίες και με ενορμήσεις που διαπλέκονται στις εξελικτικές τάσεις. Η μητέρα παρέχει στο παιδί το πλαίσιο όπου θα λειτουργήσουν οι εξελικτικές τάσεις, θα βιωθούν οι κινήσεις και θα ιδιοποιηθεί τις αισθήσεις του μωρού για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Αν η μητέρα αποτύχει σ' αυτό τον ρόλο, τότε το μωρό θα βιώσει την απειλή της ανυπαρξίας. Οι πρώτες ανάγκες του παιδιού σχετίζονται με το σώμα του και μόνο αργότερα διαμορφώνονται ως ανάγκες του Εγώ. Οι ανάγκες του Εγώ αναδύονται μέσα από τη φαντασιωσική επεξεργασία της σωματικής εμπειρίας. Ο Winnicott (1962) ξεχωρίζει τρία φαινόμενα στην ανάπτυξη του Εγώ. Τα φαινόμενα αυτά αντιστοιχούν σε δραστηριότητες του περιβάλλοντος:

«Η συγκρότηση- απαρτίωση»: Αντιστοιχεί στο holding (κράτημα).

«Η προσωποποίηση»: Αντιστοιχεί στη σωματική φροντίδα (handling).

«Αναφορά-σχέση με το αντικείμενο» (η παρουσίαση του αντικειμένου- object presenting). Αντιστοιχεί στην παρουσίαση αντικειμένων και προσώπων του περιβάλλοντος.

Με τη λειτουργία του *holding*, ο Winnicott αναφέρεται στον τρόπο που η μητέρα κρατάει το βρέφος, έτσι ώστε αυτό να νιώθει προστατευμένο τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Η μητέρα λειτουργεί ως αλεξιδιευερτικό σύστημα προστατεύοντας το παιδί από τα εξωτερικά ερεθίσματα που θα το απειλούσαν (π.χ. ισχυροί θόρυβοι κ.λ.π.) μέχρι το παιδί να μπορεί να διαχωρίζει το μέσα από το έξω, τον εαυτό του από τον άλλο κλπ. Μέσα από την επαναληπτικότητα της φροντίδας που δίνει η μητέρα στο βρέφος, φιλτράρει έντονα εσωτερικά ερεθίσματα του βρέφους (π.χ. φόβους, ενορμήσεις, αγωνίες κ.λ.π).

Ο όρος *handling* αναφέρεται στο ότι μέσα από τον χειρισμό του βρέφους, καθώς η μητέρα το φροντίζει, το βρέφος ενοποιεί σώμα και ψυχή. Το σωστό holding και handling συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, αλλά εάν δεν γίνει σωστά, τότε θα τραυματίσει ψυχολογικά το παιδί. Η μητέρα μέσα από την παρουσία και τη φροντίδα της βοηθάει το παιδί να αναπτύξει το Εγώ του και να μπορέσει να διαφοροποιηθεί από αυτήν. Ο Winnicott (1992, 2001) υποστηρίζει πως εάν κάτι συμβεί και διακοπεί η συνέχεια στη σχέση μητέρας- παιδιού, τότε κάτι χάνεται που είναι δύσκολο να αναπληρωθεί .Το βρέφος δεν είναι μόνο του, αλλά αποτελεί μέρος μίας σχέσης. Η μητέρα στην αρχή πρέπει να αφοσιωθεί στη φροντίδα του. Όταν έρθει η στιγμή που το βρέφος θα εγκαταλείψει την προστασία της μητέρας, όσο πιο σταθερό αντικείμενο υπήρξε η μητέρα και αν είχε την ικανότητα να προσαρμόζεται στις ανάγκες του και αν άντεξε την επιθετικότητά του και επιβίωσε, τόσο η μετάβαση του παιδιού θα είναι ομαλή και το παιδί θα έχει τις ψυχικές δυνάμεις για να αντιμετωπίσει το περιβάλλον. Εάν το *handling* και το *holding* δεν είναι επαρκή ή απουσιάζουν, το βρέφος ακόμη και αν θηλάζει δεν αναπτύσσεται σωστά (ό.π.).

Ο Winnicott παραλληλίζει τον *καλό* και τον *κακό μαστό* της θεωρίας της Klein με το επαρκές και ανεπαρκές holding και handling. Τονίζει ότι το Εγώ με την ψυχολογική έννοια βασίζεται στο σωματικό Εγώ και ότι η προσωποποίηση δηλώνει τη διεργασία που επιτρέπει στο πρόσωπο και στην ψυχή του μωρού να συνδεθεί με το σώμα του και

τις σωματικές λειτουργίες του, και επιτρέπει στις ενορμήσεις του Εκείνο να συνδεθούν με τις ικανοποιήσεις τους (ό.π,1960). Θεωρεί ότι όλος ο πρώτος χρόνος της ζωής μπορεί να ονομαστεί *φάση κρατήματος (holding)*, στην οποία φάση κυριαρχούν πρωτογενείς διεργασίες όπως: *ο πρωτογενής ναρκισσισμός, η πρωτογενής ταύτιση, ο αυτοερωτισμός.*

«Η παρουσίαση του αντικειμένου»: Ο μαστός προσφέρεται με τέτοιο τρόπο από τη μητέρα, ώστε το βρέφος έχει την ψευδαίσθηση ότι αυτό είναι που δημιουργεί τον μαστό- αντικείμενο. Έτσι το βρέφος νιώθει παντοδυναμία, δηλαδή ότι το αντικείμενο που αναμένει αποκτά υπόσταση. Εδώ βρίσκονται οι απαρχές της δημιουργικότητας και της ικανότητας του παιδιού να νιώθει έντονα συναισθήματα στις σχέσεις του με τους άλλους χωρίς να απειλείται από αυτά (ό.π).

Ο Winnicott (1954) αποδέχεται την *καταθλιπτική θέση* της Klein και θεωρεί ότι είναι επίτευγμα του μωρού που γίνεται στην εποχή του αποθηλασμού. Δεν θεωρεί ότι ο όρος «καταθλιπτική θέση» είναι καλός γιατί υποδηλώνει συναισθηματική διαταραχή. Προτείνει τον όρο «στάδιο ενδιαφέροντος». Η κατάθλιψη εκδηλώνεται μόνο αν έχουν αποτύχει οι ψυχικές διεργασίες στη θέση αυτή. Αν η φάση αυτή δεν διαρκέσει αρκετά τότε δημιουργείται παθολογία του Εγώ. Ο Winnicott (1969) μίλησε για την *εμπειρία της αμοιβαιότητας* μεταξύ μητέρας και παιδιού. Οι σιωπηλές αντιδράσεις συνιστούν ένα είδος πρώιμης επικοινωνίας. Εάν η επικοινωνία αυτή δεν είναι σιωπηλή, τότε έχει αποτύχει. Η επικοινωνία είναι είτε σιωπηλή (όπου η αξιοπιστία θεωρείται δεδομένη) είτε τραυματική (όπου προκαλείται αρχαϊκό άγχος). Η σιωπηλή επικοινωνία θεωρείται ως μία από τις αξιόπιστες συμπεριφορές που προστατεύει το μωρό από αυτόματες αντιδράσεις ενάντια στις παραβιάσεις που προέρχονται από την εξωτερική πραγματικότητα και προκαλούν τραύματα. Εάν το τραύμα είναι πολύ πρώιμο, τότε το βρέφος έχει εμπειρία ολοκληρωτικού αφανισμού, ψυχοκατακλυσμαία.

2.7 Θεωρητικές απόψεις του Green.

Ο A. Green (1983) μίλησε για το σύμπλεγμα της «νεκρής μητέρας», περιγράφοντας μία κατάσταση στην οποία η μητέρα αν και ζωντανή, ουσιαστικά είναι απύουσα. Δεν εμφανίζεται αρχικά ως κατάθλιψη και έχει ψυχογένεση παρόμοια με αυτή που περιέγραψε ο Abraham (1911, στο Bleichmar H,B.1996), δηλαδή στην αρχή υπάρχει μία μητέρα ζωντανή που αγαπάει το παιδί και μετά εξ αιτίας κάποιας απώλειας ή μίας

αποτυχίας που της έχει προκαλέσει ναρκισσιστικό τραύμα, παύει να ενδιαφέρεται και η ζωντάνια που αντλούσε το παιδί από τη μητέρα παγώνει. Το παιδί βιώνει εμπειρία καταστροφής και δεν μπορεί να νοηματοδοτήσει την αλλαγή της μητέρας με αποτέλεσμα το πένθος της μητέρας να δημιουργεί μία ανάλογη κατάσταση στο παιδί, δηλαδή το *κενό-λευκό πένθος* που μπορεί να έχει επιπτώσεις στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις που θα αναπτύξει στο μέλλον, στον ναρκισσισμό του και που μπορεί να το οδηγήσει αργότερα σε *λευκή/ κενή κατάθλιψη*.

2.8 Θεωρητικές απόψεις του Spitz.

Σύμφωνα με τον Spitz (1965) η ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού δεν θα εξελιχθεί ομαλά αν οι διεργασίες της εξέλιξης και της ωρίμανσης δεν αναπτύσσονται αρμονικά. Το εξαρτημένο αντανακλαστικό ρυθμίζει σωματικές διαδικασίες και ψυχική κατάσταση (π.χ. ρυθμίζεται η πείνα και το μωρό ηρεμεί). *Μέσα από τις ρυθμιστικές λειτουργίες, επιτυγχάνεται μία προσδοκία.* Η προσδοκία μπορεί να αναπαρασταθεί ως επιθυμία. Αυτές οι γέφυρες αποτελούν ορόσημα ανάπτυξης του εγκεφάλου και ορόσημα ανάπτυξης. Ο Spitz υποστήριξε πως το εξωτερικό αντικείμενο σχηματίζει την πρώτη γέφυρα μεταξύ των σωματικών διαδικασιών και της ψυχικής δραστηριότητας δηλαδή την προσδοκία. Υπάρχουν αλληλουχίες ρύθμισης και σε ένα βιολογικό επίπεδο μητέρας-βρέφους. Η μητέρα είναι και βιολογικό ον που ρυθμίζει το ψυχολογικό του βρέφους. Ο Spitz θεωρεί τη μητέρα ως «βοηθητικό Εγώ» του παιδιού. Επίσης τονίζει τη σημασία των έμφυτων κληρονομικών τάσεων. Αναφέρει τρία στάδια εξέλιξης:

1) «Το προαντικειμενοτρόπο στάδιο ή χωρίς αντικείμενο»: Το σωματικό και το ψυχικό δεν είναι διαχωρισμένα στο βρέφος. Δεν υπάρχουν οι έννοιες του μέσα και του έξω, του Εγώ-μη Εγώ. Η μητέρα αποτελεί το φράγμα μεταξύ του μωρού και του εξωτερικού περιβάλλοντος, έτσι ώστε τα εξωτερικά ερεθίσματα να μην ενοχλούν το μωρό.

2) «Το στάδιο του προδρόμου του αντικειμένου»: Στον δεύτερο περίπου μήνα της ζωής εμφανίζεται ο πρώτος οργανωτής: το χαμόγελο. Το νεογέννητο χαμογελάει σε οποιοδήποτε πρόσωπο. Η ακουστική και ηχολαλική μίμηση στα ψελλίσματα αποτελεί ένδειξη πως το μωρό περνάει από την αντίληψη των ερεθισμάτων από το εσωτερικό του σώματος στην αντίληψη των ερεθισμάτων που προέρχονται από έξω. Το μωρό αρχίζει να αποκτά συνείδηση μέσα από την αντίληψη. Αναλαμβάνει το ίδιο να θέσει σε

λειτουργία το φράγμα για τα ενοχλητικά ερεθίσματα που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον. Η libido απευθύνεται στο καλό αντικείμενο και η επιθετικότητα στο κακό.

3) «Το στάδιο του λιβιδινικού αντικειμένου»: Στους 8 μήνες παρατηρείται ο δεύτερος οργανωτής: το άγχος του 8^{ου} μήνα. Όταν πλησιάζει κάποιος ξένος το μωρό, τότε εκείνο κλαίει και εκδηλώνει τη δυσφορία του. Πρόκειται για την πρώτη εκδήλωση πραγματικού άγχους και όχι για φόβο. Δηλαδή, στο συγκεκριμένο στάδιο υπάρχει το γνωστικό επίτευγμα του μωρού ως προς το να διακρίνει τους γνωστούς από τους αγνώστους στο επίπεδο της διάκρισης και στο επίπεδο της σύγκρισης με μία μνημονική εικόνα. Προς το τέλος του 2^{ου} χρόνου εμφανίζεται η άρνηση, το πρώτο «όχι». Η πρώτη αφηρημένη έννοια που δομεί το παιδί μέσα από τους μηχανισμούς μίμησης και ταύτισης. Το λιβιδινικό αντικείμενο είναι η μητέρα μέσα από την ενοποίηση των εικόνων της καλής και κακής μητέρας (ό.π.).

Οι *ψυχικοί οργανωτές* αντιπροσωπεύουν μεθόδους ρύθμισης, οι οποίες επιτρέπουν στον ψυχισμό να διατηρήσει την ομοιόστασή του. Ο οργανωτής πρέπει να σταθεροποιηθεί μέσα από τη σχέση με το περιβάλλον. Κάθε οργανωτής αντιπροσωπεύει νέους τρόπους λειτουργίας στον ψυχισμό του βρέφους (Taylor,1987).

2.9 Θεωρητικές απόψεις της Mahler.

Η Margaret Mahler (Mahler et al,1975) υποστηρίζει ότι η ψυχολογική γέννηση του ατόμου χρειάζεται χρόνο για να επιτευχθεί και δεν συμπίπτει με τη βιολογική γέννηση. Θεωρεί ότι η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από τις εξής φάσεις κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής:

A) «Η φυσιολογική αυτιστική φάση» (έως την 4^η εβδομάδα από τη γέννηση): Εδώ το βρέφος βρίσκεται σε ένα κλειστό σύστημα αυτοδιατήρησης. Τον περισσότερο χρόνο κοιμάται και ξυπνάει για να τραφεί και λειτουργεί αντανακλαστικά. Βρίσκεται σε κατάσταση απόλυτου πρωτογενούς ναρκισσισμού. Το βρέφος δεν ξεχωρίζει ότι η μητέρα είναι έξω από τον εαυτό του, δεν μπορεί να ξεχωρίσει τον εαυτό του από το εξωτερικό περιβάλλον. Προς το τέλος της φάσης αυτής το κέλυφος αρχίζει να σπάει και γίνεται η είσοδος στην επόμενη φάση.

B) «Η φυσιολογική συμβιωτική φάση» (2 έως 12 μηνών):Στη φάση αυτή η μητέρα και το βρέφος βρίσκονται μέσα σε ένα κοινό περίβλημα. Εδώ το βρέφος νιώθει ότι οι ικανοποιήσεις προέρχονται από τη μητέρα ενώ οι στερήσεις από το περιβάλλον. Η

μητέρα μέσα από τις φροντίδες που παρέχει στο βρέφος το βοηθάει να αναπτύξει το Εγώ του.

Γ) «Φάση αποχωρισμού- εξατομίκευσης» (8 μηνών έως 3 ετών): Η Mahler (Mahler et al, 1975) περιγράφει εδώ δύο έμφυτες κατευθύνσεις ανάπτυξης του βρέφους: Η πρώτη χαρακτηρίζεται από το ότι η εσωτερική επένδυση της ενέργειας κατευθύνεται προς τα έξω, και έτσι υπάρχει *διαφοροποίηση, αποχωρισμός από τη μητέρα, δημιουργία του ορίου*. Η δεύτερη χαρακτηρίζεται από την κινητική ωρίμανση του παιδιού. Στη φάση αποχωρισμού-ατομικοποίησης η Mahler διακρίνει 4 υποστάδια, υποστηρίζοντας ότι έχουν ιδιαίτερη σημασία στην ψυχοπαθολογία του παιδιού και του ενήλικου:

α) «Διαφοροποίηση και ανάπτυξη της εικόνας του σώματος» (περίπου στους 4-5 μήνες). Είναι στάδιο διαφοροποίησης και ανάπτυξης της εικόνας του σώματος. Η επένδυση της λιβιδινικής ενέργειας στρέφεται προς τα έξω. Εδώ υπάρχουν τα πρώτα σημάδια διαφοροποίησης του βρέφους και το χαμόγελο ευχαρίστησης. Επίσης το βρέφος ξεχωρίζει τα οικεία πρόσωπα και βγαίνει από τη συμβιωτική σχέση με τη μητέρα.

β) «Εξάσκηση» (δοκιμασίες): Αρχίζει στον 9^ο- 12^ο μήνα έως τον 15^ο μήνα. Η λιβιδινική ενέργεια επενδύεται στην κίνηση και στη μάθηση. Το παιδί αρχίζει να εξερευνά το περιβάλλον έχοντας ως σημείο ενδιαφέροντος τη μητέρα όπου νιώθει ασφάλεια με την παρουσία της.

γ) «Επαναπροσέγγιση»: Αρχίζει τον 15^ο -24^ο μήνα. Το παιδί εξερευνά το περιβάλλον και επιδιώκει να τραβάει την προσοχή της μητέρας, την οποία χρησιμοποιεί ως βάση ασφάλειας (15^ο-18^ο-20^ο μήνα). Στον 18^ο έως τον 22^ο-24^ο μήνα παρατηρείται μία κρίση προσέγγισης. Εδώ αναπτύσσονται η ενδοσκόπηση, η μίμηση, το παιχνίδι, ο συμβολισμός κ.λ.π.

δ) «Συναισθηματική μονιμότητα του αντικειμένου-σταθεροποίηση της ατομικότητας»: Εάν η εικόνα της μητέρας έχει επενδυθεί θετικά, με την εσωτερική της το παιδί αποκτά συναισθηματική μονιμότητα του αντικειμένου. Το παιδί φτάνει σε αυτή τη μονιμότητα περίπου στον τρίτο χρόνο ζωής. Η μητέρα είναι πηγή ευχαρίστησης και οδύνης. Πρέπει να ενοποιηθεί το καλό και κακό αντικείμενο. Κατά τη Mahler, η επιτυχής ανάπτυξη του παιδιού είναι η ανάπτυξη μέσα από τη διεργασία αποχωρισμού και η δημιουργία σταθερής ταυτότητας από το παιδί. Σύμφωνα με τη Mahler η αρχή της ψύχωσης βρίσκεται στο δεύτερο εξάμηνο από τη γέννηση ή στον δεύτερο χρόνο του

παιδιού. Το παιδί αρχίζει να χάνει την παντοδυναμία του, επειδή αρχίζει να χάνει τη σκιά της μητέρας του. Η μητέρα μπορεί να δίνει διπλά μηνύματα στο παιδί οπότε συμβαίνουν παλινδρομήσεις (ό.π.).

2.10 Έλλειμμα στη μητρική φροντίδα και ανάπτυξη οριακής ψυχοπαθολογίας.

Σύμφωνα με τον Kernberg (1975), η οριακή οργάνωση προσωπικότητας οφείλεται σε *καθήλωση στην υποφάση της επαναπροσέγγισης* κατά Mahler (1975), (γύρω στους 16 έως 24 μήνες) εξαιτίας του ότι η μητέρα δεν ήταν διαθέσιμη να φροντίσει τις ανάγκες του βρέφους της είτε λόγω υπερβολικής ιδιοσυστασιακής επιθετικότητας του βρέφους είτε λόγω της ανεπάρκειάς της να λειτουργήσει στον μητρικό ρόλο, είτε και εξαιτίας συνδυασμού και των δύο παραγόντων.

Οι Masterson και Rinsley (1975) σε σχέση με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, μίλησαν επίσης για *την υποφάση της επαναπροσέγγισης* κατά Mahler αλλά θεώρησαν ότι το πρόβλημα δεν είναι η υπερβολική ιδιοσυστατική επιθετικότητα αλλά η συμπεριφορά της μητέρας, η οποία αντιμετωπίζει δυσκολία και σύγκρουση στο να αφήσει το παιδί να αυτονομηθεί και να μεγαλώσει και έτσι το παιδί νιώθει ότι αν μεγαλώσει και γίνει ανεξάρτητο, η μητέρα θα πάψει να το αγαπά ενώ αν παραμείνει εξαρτημένο, οι ανάγκες του θα διαιωνίζονται. Έτσι θα αισθάνεται φόβο εγκατάλειψης και θα έχει κατάθλιψη κάθε φορά που θα βρίσκεται μπροστά στην προοπτική της αυτονόμησης ή του αποχωρισμού. Αργότερα ο Rinsley (1989) μίλησε για ένα μοντέλο ελλείμματος ή ανεπάρκειας, θέση την οποία είχε υποστηρίξει και ο Adler (1985), ο οποίος είπε ότι εάν η μητέρα δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί επαρκώς στον ρόλο της, δεν φρόντισε τις ανάγκες του παιδιού και δεν ήταν συναισθηματικά διαθέσιμη τότε το παιδί δεν μπόρεσε να διαμορφώσει ένα εσωτερικό αντικείμενο που να μπορεί να του παρέχει ηρεμία, ανακούφιση και υποστήριξη με αποτέλεσμα να είναι στη ζωή του αργότερα ευάλωτο σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις και να αντιμετωπίζει συναισθήματα κενού, κατάθλιψη και προσκολλώμενη εξάρτηση.

Ο Gunderson (1984) τόνισε πως στην οριακή ψυχοπαθολογία, η γονεϊκή λειτουργία είναι ανεπαρκής σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης του παιδιού και όχι μόνο στην υποφάση της *επαναπροσέγγισης*.

3. Το τραύμα στους οριακούς ασθενείς.

3.1. Η έννοια του τραύματος

Η λέξη «τραύμα» προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «τιτρώσκω» που σημαίνει διατρυπώ, πληγώνω, τραυματίζω. Ο όρος «ψυχικό τραύμα» είναι δανεισμένος από την ιατρική επιστήμη. Όταν αναφερόμαστε στο ψυχικό τραύμα, αναφερόμαστε στον βίαιο κλονισμό, στη ρήξη (λύση συνέχειας), στις συνέπειες στο σύνολο της οργάνωσης (Laplanche κ Pontalis, 1967).

3.1. Ο ρόλος του τραύματος στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η οριακή οργάνωση είναι μία *μετατραυματική λειτουργία*, η οποία στηρίζεται σε ένα τραύμα, το οποίο δεν μπορεί να αφομοιωθεί με αποτέλεσμα να επανεμφανίζεται διαρκώς. Οι οριακοί ασθενείς έχουν εκτεθεί πολύ πρώιμα σε τραυματικές συνθήκες κατά την κρίσιμη περίοδο δόμησης του ψυχισμού. Στην οριακή παθολογία, το τραύμα είναι πολύ σημαντικό, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση του αρχαϊκού στοιχείου στην προσωπικότητα, δηλαδή τραυματικά στοιχεία που μπορεί να παραμένουν σιωπηλά και να έρχονται διαρκώς στο προσκήνιο (Καραμανωλάκη, 2014). Όταν υπάρχουν τραύματα αποχωρισμού ή μη εμπραθητική μητέρα, ή κατάρρευσης της μητρικής λειτουργίας, τότε δημιουργείται η οριακή δομή προσωπικότητας με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία σε σταθερές, λειτουργικές σχέσεις και δυσκολία στη δημιουργικότητα του ατόμου. Το άτομο παρουσιάζει δυσκολία να αναπτύξει δημιουργικές δραστηριότητες, καθώς και δυσκολία σε καταστάσεις που δημιουργούν συγκινήσεις γιατί δεν μπορεί να τις ρυθμίσει. Το τραύμα μπορεί να παραμένει ενεργό ακόμα κι αν δεν έχουν βιωθεί μεταγενέστερα τραύματα. Μπορεί να θεωρηθεί ότι το άτομο αποζητά απεγνωσμένα να δημιουργήσει μεταγενέστερες αναμνήσεις για κάποιο τραύμα το οποίο είναι πρώιμο, άρρητο, μη ειπωμένο. Γίνεται δηλαδή προσπάθεια να αποδοθεί απεγνωσμένα μία εικόνα σε αυτό που είναι άρρητο. Όσο πιο παθολογικές είναι οι πρωταρχικές σχέσεις, τόσο πιο πολύ φανταζόμαστε ότι υπάρχει ένα τραύμα. Οι οριακοί και ναρκισσιστικοί ασθενείς υποφέρουν από έντονη οδύνη και απόγνωση εξαιτίας των αρχαϊκών τραυμάτων που τους έχουν συμβεί. Είναι ασθενείς που έχουν έλλειμμα στο να αναπαραστήσουν και να απωθήσουν τις τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες όμως παραμένουν στον ψυχισμό τους ως *ξένα σώματα* (ό.π.). Στη θεραπεία, η

εργασία με ασθενείς που παρουσιάζουν οριακού τύπου παθολογία μπορεί να διέλθει μέσα από την αναβίωση του τραύματος και της συμβιωτικής σχέσης με τη μητέρα (το πρωταρχικό αντικείμενο), καθώς δεν έχει επιτευχθεί ο αποχωρισμός και η διαφοροποίηση του εαυτού (Κοκκώση,2014). Στη θεραπεία, παρατηρείται επίσης έλλειμμα στη λειτουργία της σκέψης, καθώς το πρώιμο ψυχικό τραύμα δεν μπορεί να αναπαρασταθεί στη σκέψη, μεταμφιέζεται και επαναλαμβάνεται με διάφορους τρόπους.

Στον οριακό ασθενή υπολείπεται η λειτουργία *α*. Όπως έχει προαναφερθεί, η σχέση *περιέχον- περιεχόμενο* και η επιτέλεση της λειτουργίας *α*, στη σοβαρή ψυχοπαθολογία είναι πολύ περιορισμένη, και έτσι δεν μπορούν να μετατραπούν τα ακατέργαστα αισθητηριακά εντυπώματα (στοιχεία *β*) σε ψυχικά περιεχόμενα τα οποία να έχουν νόημα ώστε να χρησιμοποιηθούν για σκέψη (στοιχεία *α*). Εάν η μητέρα αποτύχει στην περιέχουσα διαδικασία, τότε ο ψυχισμός του παιδιού και αργότερα του ενήλικα, δεν μπορεί να προσδώσει νόημα σε αυτό που του συμβαίνει. Έτσι ο ψυχισμός θα έχει περιοχές που δεν θα έχουν εικόνες, θα έχει πολύ πόνο και θα προσπαθεί να αποβάλλει το δυσάρεστο για να μην πονάει. Με αυτό τον τρόπο θα παρουσιάζει άμυνες όπως σχάση, προβλητική ταύτιση, εκδραμάτιση (acting out), σωματοποιήσεις, αποεπένδυση του αντικειμένου. Εφ'όσον η εμπειρία του πόνου είναι αφόρητη στο άτομο με οριακή διαταραχή, τότε αυτό θα προσπαθήσει να σβήσει τη σχέση με το αντικείμενο για να μη του τη θυμίζει, αλλά επίσης, καθώς δεν θέλει να ακούει τη φωνή του αντικειμένου, θα καταργήσει και το αντιληπτικό σύστημα π.χ. το αυτί (κατά την αναπτυξιακή περίοδο).

Όσον αφορά τον τύπο του τραύματος, από έρευνες έχει βρεθεί ότι στους οριακούς ασθενείς, το 10% και περισσότερο έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και ότι τα life events είναι πολύ περισσότερα από ό,τι στους άλλους ασθενείς (van der Kolk, 1994). Επίσης, έχει αποδειχθεί η σύνδεση του τραύματος με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, κυρίως με ψυχικά τραύματα κακοποίησης, σωματικής, συναισθηματικής, σεξουαλικής και τραύματα παραμέλησης (Herman et al,1989, Zanarini et al,2000).Τραύμα παραμέλησης- εγκατάλειψης ειδικά στην αρχή της ζωής, οδηγεί σε διαταραχές συμπεριφοράς, αυτοτραυματισμούς, διατροφικές διαταραχές, χρήση ουσιών, απόπειρες αυτοκτονίας.

Οι Zanarini και Frankenburg (1997) δίνουν έμφαση σε τρεις σημαντικούς παράγοντες στην δημιουργία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας: Θεωρούν ότι υπάρχει *τραυματικό οικογενειακό περιβάλλον με παραμέληση, με έλλειψη ανταπόκρισης στα συναισθήματα και τις ανάγκες του παιδιού και με πρώιμους, διαρκείς αποχωρισμούς.*

Επίσης δίνουν έμφαση σε μία *ευάλωτη και ευαίσθητη ιδιοσυγκρασία που έχει γενετική βάση* και ως τρίτο παράγοντα θεωρούν τα *διάφορα τραυματικά εκλυτικά γεγονότα*.

4. Ψυχοπαθολογία, Κλινική Εικόνα και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας

Με την έννοια «προσωπικότητα» αναφερόμαστε στο διακριτό όλο που αποτελείται από σχετικά μόνιμες τάσεις και σχήματα συμπεριφοράς ενός ατόμου, τα οποία κυρίως αναπτύσσονται σταδιακά μέσα από την πορεία βιοψυχοκοινωνικής του ωρίμανσης (Μάνος, 2008). Οι διαταραχές προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM, ταξινομούνται σε τρεις ομάδες εκ των οποίων η κάθε μία περιλαμβάνει συγκεκριμένα γνωρίσματα, χαρακτηριστικά και συμπτώματα. Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του οριακού ασθενούς δεν περιορίζεται στη διάγνωση του DSM. Πρόκειται για ευρεία μορφή μέσα στον ψυχολογικό χάρτη. Ανήκει σε μία ευρύτερη περιοχή που δεν είναι ούτε νεύρωση ούτε ψύχωση. Ο όρος «οριακή διαταραχή προσωπικότητας» αφορά σε ένα φάσμα ψυχοπαθολογίας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιαίτερα ζητήματα στη σχέση με το αντικείμενο.

Η σκέψη του ασθενούς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από ελλιπή ψυχοποίηση και αναστοχαστική λειτουργία, είναι *concrete σκέψη*, δηλαδή είναι μονοδιάστατη, χωρίς συνειρμούς, είναι μη ψυχολογική σκέψη (Gabbard, 2004, 2010) και θα μπορούσε να ειπωθεί ότι παραπέμπει στη *μηχανιστική σκέψη* (Marty P, de M'Uzan M, 1962). Σύμφωνα με τους Fonagy κ Target (1997, σελ. 679) η *αναστοχαστική λειτουργία* θα μπορούσε να οριστεί ως « αναπτυξιακό επίτευγμα που επιτρέπει στο παιδί να ανταποκρίνεται όχι μόνο στη συμπεριφορά των άλλων, αλλά και στην αντίληψή του για τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες, τα σχέδιά τους κ.ο.κ.». Όταν το παιδί αναπτύσσει ασφαλή συναισθηματικό δεσμό με τη μητέρα, τότε μπορεί να κατανοεί τους άλλους, τα συναισθήματά τους, να διακρίνει πώς το ίδιο τους αντιλαμβάνεται και πώς είναι αυτοί στην πραγματικότητα (νοητικοποίηση), κάτι που δεν έχει επιτευχθεί στην συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών. Ο οριακός ασθενής εμφανίζει ψυχικό κενό και ελλείμματα, απουσία δομών και νοήματος. Το κενό εμφανίζεται μέσα από τα λόγια, μέσα από τα σωματικά συμπτώματα, μέσα από τα φάρμακα. Οι εχθρικές διαπροσωπικές σχέσεις και οι εκδραματίσεις είναι προσπάθεια να καλύψει τα βασικά κενά. Οι βασικοί μηχανισμοί ψυχοπαθολογίας είναι η αποεπένδυση από το αντικείμενο, η ρήξη των δεσμών και των σχέσεων, η ρήξη με το αντικείμενο, στοιχεία που οδηγούν στη δημιουργία αυτών των κενών. Στη θεραπεία ο οριακός ασθενής εμφανίζει πολλά ψυχοσωματικά συμπτώματα, δεν φέρνει όνειρα και τα όνειρά του έχουν έντονη πολυαισθητηριακή πλευρά, με χαμηλούς συμβολισμούς και ένα στοιχείο πρωιμότητας, που δεν μπορεί να ερμηνευτεί. Ο οριακός ασθενής στη θέση

της *ψυχοποίησης* κάνει *περάσματα στην πράξη*. Η πράξη είναι πιο γρήγορη από τη σκέψη. Τα περάσματα στην πράξη έχουν χαρακτήρα εκφόρτισης όπως και οι σωματοποιήσεις.

Χρησιμοποιεί *αρχαϊκές άμυνες* όπως την προβλητική ταύτιση (η οποία λόγω της έντονης χρήσης της μπορεί να προκαλέσει σύγχυση εαυτού-αντικειμένου), τη σχάση, την εξιδανίκευση και την υποτίμηση. Σύμφωνα με τον Kernberg (1975,2007) η σχάση χρησιμοποιείται για να μη μολυνθούν και καταστραφούν τα καλά από τα κακά μέρη του εαυτού και για να αποκτήσει το Εγώ βασική δομή. Η σχάση αποσκοπεί στην εμπόδιση του συναισθήματος της αμφιθυμίας και έτσι ο φθόνος υπερσχύει της ζωής και της αγάπης και επικρατούν τα κακά αντικείμενα. Η αμφιθυμία προϋποθέτει επαρκή ασφάλεια και εμπιστοσύνη, δηλαδή την επικράτηση των καλών αντικειμένων κάτι που δεν υπάρχει στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν «διάχυση της ταυτότητας» (Kernberg,1976), δηλαδή υπάρχει δυσκολία διατήρησης μίας σταθερής εικόνας εαυτού μέσα στον χρόνο και επικρατεί ένα αίσθημα μη αυθεντικότητας του εαυτού, ο οποίος έχει ταυτόχρονα αντιφατικά μεταξύ τους χαρακτηριστικά στοιχεία, παρουσιάζουν αμεταβόλιστες, ακραία καλές και κακές εικόνες εαυτού και αντικειμένου που δεν συνδέονται και που κρατώνται ξεχωριστά με τη χρήση πρώιμων μηχανισμών άμυνας. Στην κλινική εικόνα η διάχυση ταυτότητας γίνεται εμφανής με ποικίλους τρόπους: π.χ. αν ζητηθεί στον οριακό ασθενή να περιγράψει τον εαυτό του, θα το κάνει με μεγάλη δυσκολία, αν ερωτηθεί για τους στόχους του στο μέλλον, για να περιγράψει τα αντικείμενα (σύζυγο, γονείς, σύντροφο κ.λ.π.) θα έχει επίσης μεγάλη δυσκολία. Για να νιώσει αυτόνομος καταφεύγει σε αυτοτραυματισμούς, σε τροποποιήσεις του σώματος ώστε να επιτύχει μία διάχυση. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς αυτοτραυματίζονται, κόβονται, ασκούν βία στον εαυτό και στους άλλους. Το κίνητρο είναι μία απεγνωσμένη προσπάθεια μέσα από το σώμα να επιτύχουν αίσθημα ταυτότητας, το οποίο είναι επισφαλές.

Ενώ το Εγώ του ψυχωτικού είναι κατακερματισμένο και απειλείται με κατάρρευση, το Εγώ του οριακού ασθενούς είναι πιο οργανωμένο αν και αδύναμο, διασπασμένο και μη απαρτιωμένο. Ο έλεγχος της πραγματικότητας είναι επαρκής, αν και είναι δυνατό να υπάρχουν βραχεία ψυχωτικά επεισόδια, ιδίως σε καταστάσεις έντονου stress ή χρήσης ουσιών κ.λ.π.(Green,1984, 2002).

Οι οριακοί ασθενείς δεν μπορούν να επεξεργαστούν και να εκφράσουν σύνθετες συναισθηματικές καταστάσεις (Kernberg, 1984). Τα συναισθήματα που βιώνουν δεν έχουν μεταβολιστεί και είναι ακραία, έντονα και αντιφατικά. Μπορεί να είναι αρνητικά ή θετικά. Επίσης δεν κάνουν συνειρμούς και φαντασιώσεις. Επειδή υπάρχει απουσία εσωτερικού καλού αντικειμένου, το οποίο να λειτουργεί ρυθμιστικά και ανακουφιστικά, ο οριακός ασθενής εκτονώνει τις συναισθηματικές του εμπειρίες μέσω του σώματος (αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, κοψίματα κ.λ.π.), μέσω της συμπεριφοράς (εκδραματίσεις, κατάχρηση ουσιών κ.λ.π) και μέσω των αντικειμένων (Kernberg, 1975,2007). Οι οριακοί ασθενείς είναι πολύ ευαίσθητοι σε κάθε αύξηση του άγχους και παρουσιάζουν ανεπάρκεια στο αλεξιδιεγερτικό τους σύστημα. Με την έννοια «αλεξιδιεγερτικό σύστημα», ο Freud (1920,1926) αναφέρεται στον μηχανισμό που χρησιμοποιεί το ψυχικό όργανο για να προστατευτεί από τη συσσώρευση και υπερβολική ένταση των ερεθισμάτων, ο οποίος αν υποστεί ρήξη τότε μπορεί να οδηγήσει σε ψυχικό τραυματισμό. Οι οριακοί θεωρούνται «ως εάν» (as if) προσωπικότητες, δηλαδή παίρνουν χαρακτηριστικά από το περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται.

Στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας συναντάμε ελάχιστη απαρτίωση του Υπερεγώ με αποτέλεσμα αυτοί οι ασθενείς να έχουν έλλειμμα στο να βιώνουν συναισθήματα ενοχής, και επίσης, έχουν έλλειμμα στο να νοιάζονται για τα αντικείμενα. Δεν μπορούν να πενήθουν για τα καλά, χαμένα αντικείμενα και παρουσιάζουν οργή που συνδυάζεται με αίσθημα ανικανότητας και ήττας (Kernberg,1975,2007). Εξ αιτίας του ότι παρεμβάλλονται μη συντεθειμένες εικόνες εαυτού και αντικειμένου, ο οριακός ασθενής δεν μπορεί να εσωτερικεύσει βαθύτερα τις επιταγές της κοινωνικής πραγματικότητας. Αυτό, ο Bion (1970) το περιέγραψε ως «δυσανεξία της πραγματικότητας» στον οριακό.

Σύμφωνα με τους Fonagy και Target (2000) ο οριακός ασθενής έχει ανάγκη το αντικείμενο, το οποίο χρησιμοποιεί με διάφορους τρόπους ιδίως με τη συνεχή χρήση της προβλητικής ταύτισης, εξαιτίας του ότι έχει επισφαλή αίσθηση της ταυτότητας, και με αυτό τον τρόπο, προσπαθεί να αποκαταστήσει μία αίσθηση της ταυτότητάς του. Για τον λόγο αυτό συνάπτει εξαρτητικές σχέσεις με το αντικείμενο, δυαδικές, ανακλητικού τύπου σχέσεις. Δηλαδή, προσκολλάται στον άλλο έχοντας τρομερή ανάγκη τη φυσική του παρουσία, και όταν ο άλλος απομακρύνεται απειλείται από άγχος αποχωρισμού και εγκατάλειψης. Δηλαδή, οι σχέσεις του είναι σχέσεις που χαρακτηρίζονται από έντονη

μεταβλητότητα, οι οποίες διχοτομούνται, δηλαδή πρώτα εξιδανικεύονται και μετά υποτιμούνται. Είναι ναρκισσιστικού τύπου σχέσεις, όπου ο άλλος πρέπει να είναι συνεχώς παρών και να ελέγχεται. Η βασική αντικειμενοτρόπος σχέση στον οριακό ασθενή είναι η σχέση θύματος-θύτη. Ο οριακός ασθενής κινείται ανάμεσα στη συγχώνευση και τη διαφοροποίηση. Οι σχέσεις του είναι ευάλωτες, έντονες και ιδιαίτερα ασταθείς. Από τη μία έχει διαρκώς ανάγκη τον άλλο, από την άλλη αισθάνεται ότι ο άλλος τον απορρίπτει και είναι υπερευαίσθητος στην κριτική (Χαρτοκόλλης,2010). Θέλει να αναπαρασταθούν οι ψυχικές του καταστάσεις με το αντικείμενο, αλλά φοβάται γιατί το αντικείμενο έτσι όπως το έχει ζήσει είναι ένα αντικείμενο κακό, διωκτικό που είτε παρεισφρεί είτε λείπει άρα είναι επικίνδυνο και έτσι θέλει να το κρατάει σε ακινησία.

Στη θεραπευτική σχέση, ο ασθενής χρειάζεται τον θεραπευτή ως αντικείμενο, αλλά αυτό που επιζητά είναι να ακούει συνεχώς τα βήσάνά του γιατί αν ξεκολλήσει από μία τέτοια θέση, αν δεχτεί μία άλλη τάξη συναισθημάτων εκτός από την πικρία και τον φόβο, τότε απειλείται η ισορροπία του και βρίσκεται σε θέση αδυναμίας. Οι αντικειμενοτρόπες σχέσεις είναι περισσότερο μερικής παρά ολικής φύσης, υπάρχει σχέση σε απόλυτα καλές και απόλυτα κακές πλευρές του εαυτού και του άλλου (Gabbard,2004,2010).Δηλαδή, ο οριακός ασθενής δεν διαθέτει απαρτιωμένη εικόνα του εαυτού του και των άλλων. Επίσης, δεν έχει κατακτήσει τη *σταθερότητα του αντικείμενου* και έτσι όταν αυξάνει ο ψυχικός πόνος και η επιθετικότητα τότε βιώνει έντονο άγχος ψυχικής κατάρρευσης εξ αιτίας του φόβου καταστροφής όλων των καλών μερών του Εγώ από τα κακά μέρη.

Σύμφωνα με τον Green (1975) ο οριακός ασθενής σε σχέση με το αντικείμενο είναι ανάμεσα σε άγχος παρείσφρυσης και σε ένα άγχος εγκατάλειψης- αποχωρισμού. Το μεν παρεισφρυτικό αντικείμενο τον καταδιώκει, από την άλλη πλευρά η απουσία του αντικείμενου είναι τόσο μεγάλη που δεν μπορεί να φτάσει σε μεταφορική εικόνα στο μυαλό και παγώνει σε κάτι εξιδανικευμένο. Δηλαδή, υπάρχουν δύο βλαπτικές καταστάσεις για τον ψυχισμό: *παρείσφρυση και απουσία*. Εάν ο ψυχισμός αντιληφθεί ότι είναι απόν το αντικείμενο, βασίζεται στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μόνο το απόν, το μη ικανοποιητικό. Έχουμε λοιπόν ένα αντικείμενο το οποίο βιώνεται είτε ως κενό στον ψυχισμό είτε σαν μία δεσποτική παρουσία (κάποιος διώκτης).Δημιουργείται έτσι εσωτερικά μία σχέση μεταξύ καταδίωξης και απουσίας που του παρέχει κάποια ισορροπία γιατί έτσι έχει μάθει να επιβιώνει.

Ο οριακός ασθενής έχει θέμα ορίων που σημαίνει ότι έχει ελλιπή εσωτερική συγκρότηση. Σύμφωνα με την Ποταμιάνου (1993) εμφανίζει άγχος οριοθέτησης, καθώς επιθυμεί να θέσει όρια εσωτερικά και εξωτερικά, αλλά ταυτόχρονα επιθυμεί και την κατάργησή τους.

Η σεξουαλικότητα των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από προγεννητικές εκδηλώσεις. Είναι τμηματική και εμφανίζει έντονη επιθετικότητα. Επίσης, οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν ασάφεια φύλου και αναστολή στη σεξουαλική διείσδυση. Η σεξουαλικότητα υπάρχει κυρίως μέσα από την αφή, το δέρμα, την επιφάνεια του σώματος και όχι το βάθος του.

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ/ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας αναφορικά με το θέμα της οριακής ψυχοπαθολογίας και της αποτελεσματικότητας της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε οριακούς ασθενείς, και κυρίως ο εντοπισμός και η παρουσίαση των θεραπευτικών παραγόντων και διαστάσεων που έχουν συνάφεια με τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά και συνθήκες της εν λόγω θεραπείας.

2. Μέθοδος.

Στην παρούσα εργασία θα χρησιμοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά την περιγραφή και κατανόηση της ψυχοπαθολογίας της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που αφορούν στην αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με την εν λόγω ψυχοπαθολογία. Χρησιμοποιήθηκαν ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Google Scholar, PebWeb, καθώς και η ηλεκτρονική βάση δεδομένων του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών. Δόθηκαν οι λέξεις κλειδιά: *borderline, psychoanalytic psychotherapy, efficacy, outcome, psychotherapeutic dimensions*. Προέκυψαν 200 βιβλιογραφικές αναφορές και από αυτές επελέγησαν 130, οι πλέον συναφείς με το συγκεκριμένο θέμα της παρούσας μελέτης. Στο πλαίσιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα διενεργηθεί εννοιολογική παρουσίαση των θεραπευτικών συνιστωσών που ενέχονται στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η εννοιολογική μελέτη σύμφωνα με τον Wallerstein (2009), εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας. Επίσης θα χρησιμοποιηθούν κλινικές βινιέτες σε συνδυασμό με τις θεραπευτικές συνιστώσες που συμπεριλαμβάνονται στην εννοιολογική μελέτη.

3.Θεραπευτικές παράμετροι στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Στη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με ασθενείς που παρουσιάζουν οριακή διαταραχή προσωπικότητας, εντοπίζονται ως οι πλέον σημαντικοί θεραπευτικοί παράγοντες η θεραπευτική συμμαχία, η αντιμεταβίβαση και το θεραπευτικό πλαίσιο.

3.1 Η θεραπευτική συμμαχία ως έννοια.

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μείζονος σημασίας θεραπευτική συνιστώσα, η οποία δίνει τη δυνατότητα να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στη θεραπεία, ώστε ασθενής και θεραπευτής να συνεργάζονται με εποικοδομητικό τρόπο.

Ο M.Eigen (1992) είπε πως ο πιο δύσκολος στόχος στη θεραπευτική διαδικασία είναι να δημιουργήσει πηγές στήριξης που θα βοηθήσουν τον θεραπευόμενο να αντέξει τη θεραπεία.

Ο όρος "θεραπευτική συμμαχία" υπονοήθηκε αρχικά από τον Freud (1913), ο οποίος υποστήριξε πως χρειάζεται να περιμένει κανείς να αναπτυχθεί μία σύνδεση του ασθενούς με τον γιατρό του για να ξεκινήσει η ψυχαναλυτική διαδικασία.

Ο Sterba (1934) πρότεινε πρώτος τον όρο "Συμμαχία του Εγώ" (ego alliance), λέγοντας πως για να επιτευχθεί η συμμαχία θα πρέπει ο αναλυτής να συμμαχήσει με το υγιές μέρος του Εγώ του ασθενούς, έτσι ώστε ο ασθενής να διαχωρίζει τις φαντασιώσεις του για τη θεραπεία από την πραγματικότητα της θεραπείας.

Η Zetzel (1956) ήταν αυτή που εισήγαγε τον όρο "θεραπευτική συμμαχία" και είπε πως για να μπορέσει ο ασθενής να κατανοήσει τον μηχανισμό της μεταβίβασης στη θεραπεία θα πρέπει να έχει δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης με τον θεραπευτή. Επίσης, για ασθενείς που δυσκολεύονται να εμπιστευτούν, πρότεινε να χρησιμοποιούν οι αναλυτές περισσότερο υποστηρικτικές τεχνικές, ώστε οι ασθενείς αυτοί να μπορέσουν να νιώσουν ασφάλεια με τον αναλυτή τους. Υποστήριξε πως η θεραπευτική συμμαχία συνδέεται με τη σχέση μητέρας-παιδιού κατά την περίοδο που εκείνο προχωρά στο να αποκτήσει δική του ταυτότητα.

Η θεραπευτική συμμαχία βασίζεται σε αυτό που κατά Erikson (1968) ονομάζεται "βασική εμπιστοσύνη", η οποία έχει αναπτυχθεί μέσα από τις θετικές εμπειρίες που ο ασθενής έχει από το περιβάλλον του στο παρελθόν, κάτι που στους οριακούς ασθενείς δεν συμβαίνει σε επαρκή βαθμό ή καθόλου.

3.2 Η θεραπευτική συμμαχία στη θεραπεία των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό θεραπευτικό παράγοντα στη θεραπεία των οριακών ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από μία πολύ αδύναμη, εύθραυστη και ευμετάβλητη θεραπευτική συμμαχία, καθώς εξαιτίας των χαοτικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων του οριακού ασθενούς, ο θεραπευτής μετατρέπεται τότε σε εχθρό και τότε σε εξιδανικευμένο σωτήρα. Για αυτό είναι πολύ σημαντικό να δοθεί στον ασθενή η δυνατότητα να κατανοήσει ότι η θεραπεία δεν είναι υποχρεωτική αλλά ότι είναι επιλογή του θεραπευόμενου προκειμένου να εργαστεί με ενισχυμένο κίνητρο και να βοηθηθεί στα ζητήματα που αντιμετωπίζει. Η θεραπευτική συμμαχία με ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, απειλείται από την έντονη χρήση των πρωτόγονων μηχανισμών άμυνας από αυτούς τους ασθενείς για αυτό και ο θεραπευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει τη δράση αυτών των μηχανισμών και να μπορεί να τους αντιμετωπίσει. Ο Kernberg (1976,2012) υποστηρίζει ότι με τους οριακούς ασθενείς, η εγκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας είναι πολύ δύσκολη εξαιτίας της αρνητικής μεταβίβασης που αναπτύσσουν, η οποία ενεργοποιεί πρώιμες άμυνες. Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας αισθάνονται έντονη δυσπιστία προς τον θεραπευτή και είναι πολύ αμυντικοί στη θεραπεία. Τη μία στιγμή εξιδανικεύουν τον θεραπευτή και την άλλη τον υποτιμούν θεωρώντας ότι δεν μπορεί να τους βοηθήσει. Κάποιες φορές λόγω της έντονης χρήσης του μηχανισμού της διχοτόμησης (splitting), μπορεί να θεωρούν ότι ο θεραπευτής είναι καλοπροαίρετος και μετά από λίγο ότι δεν μπορούν να τον εμπιστευτούν, ότι θέλει να τους εκμεταλλευτεί ή ότι δεν ενδιαφέρεται για αυτούς, Όταν βιώνουν πίεση δεν αισθάνονται ότι παίρνουν σταθερά φροντίδα από τον θεραπευτή, καθώς προβάλλουν σε αυτόν τα κακά εσωτερικά αντικείμενα και την αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους (Χαρτοκόλλης,2010). Παρουσιάζουν έντονο φόβο εγκατάλειψης και έχουν την προσδοκία ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι πάντοτε διαθέσιμος. Ο οριακός ασθενής φοβάται πολύ την εγγύτητα, καθώς όταν η απόσταση ανάμεσα σε αυτόν και το αντικείμενο υπερβεί κάποιο όριο αισθάνεται άγχος εγκατάλειψης, ενώ αν πλησιάσει πολύ το αντικείμενο τότε απειλείται από άγχος διείσδυσης . Για να μην κινδυνεύσει η θεραπευτική σχέση από την εκδραμάτιση της μεταβίβασης, ο θεραπευτής χρειάζεται να διορθώνει τις διαστρεβλώσεις που κάνει ο ασθενής σχετικά με το πως αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του, αλλά και τον ίδιο, καθώς επίσης χρειάζεται να τίθενται σαφή και ρεαλιστικά όρια τόσο στη θεραπεία όσο και στο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς

(ό.π.). Για να ενισχυθεί η θεραπευτική συμμαχία, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εξηγείται πολύ καλά στον ασθενή ότι χρειάζεται να τηρείται το θεραπευτικό πλαίσιο και το θεραπευτικό συμβόλαιο, καθώς και να τίθενται όρια προστασίας του εαυτού όπου είναι απαραίτητο. Αν διατηρείται η εξιδανίκευση του θεραπευτή, θα χρειαστεί να μεταβληθεί προοδευτικά και προσεκτικά από τη θεραπεία. Οι οριακοί ασθενείς έχουν δυσκολία να δουν ότι ο θεραπευτής προσπαθεί συνεργαζόμενος μαζί τους να τους βοηθήσει.

Οι Gunderson και Chu (1993) υποστήριξαν ότι η πρόωγη αναγνώριση του τραύματος ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία στην θεραπεία με οριακούς ασθενείς.

Προκειμένου να διαφυλαχθεί η θεραπευτική συμμαχία, όταν ο θεραπευτής κρίνει ότι χρειάζεται να προβεί σε κάποια ερμηνεία, είναι πολύ σημαντικό να έχει προετοιμάσει το έδαφος της θεραπείας και να έχει δημιουργήσει υποστηρικτικό κλίμα μέσα από μία ενσυναισθητική στάση αποδοχής της εμπειρίας του θεραπευόμενου (Gabbard,2000,2012). Το κλινικό υλικό που ακολουθεί μπορεί να φωτίσει περισσότερο το θέμα της θεραπευτικής συμμαχίας:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

3.3 Η αντιμεταβίβαση ως έννοια.

Ο όρος "Αντιμεταβίβαση" είναι κεφαλαιώδους σημασίας στην ψυχαναλυτική τεχνική. Σύμφωνα με το "Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης" των Laplanche και Pontalis (1986, σελ.57) η αντιμεταβίβαση ορίζεται ως « το σύνολο ασυνείδητων αντιδράσεων του ψυχαναλυτή απέναντι στον ψυχαναλυόμενο και πιο συγκεκριμένα στη μεταβίβασή του».

Ο Freud αρχικά θεωρούσε την αντιμεταβίβαση εμπόδιο, το οποίο οφείλεται σε άλυτες συγκρούσεις του αναλυτή και γι' αυτό σύστηνε ανάλυση σε τακτά χρονικά διαστήματα. Θεώρησε ότι ο συγκεκριμένος όρος αναφερόταν στις ασυνείδητες αντιδράσεις που νιώθει ο αναλυτής απέναντι στη μεταβίβαση του ασθενούς. Δηλαδή, για τον Freud η αντιμεταβίβαση ήταν μία αντίδραση στη μεταβίβαση του αναλυόμενου και η κύρια έννοιά του ήταν ότι ο αναλυτής δεν πρέπει να χάσει την ουδετερότητα και την αποχή του και ότι θα πρέπει να είναι αδιαφανής και σαν καθρέφτης με τους ασθενείς (Quinodoz,2013). Ωστόσο, το 1912 ο Freud θεωρεί ότι ο αναλυτής θα πρέπει να

στρέφει το ασυνείδητό του σαν ένα αντιληπτικό όργανο απέναντι στο ασυνείδητο του ασθενούς.

Μέχρι τα μέσα του εικοστού αιώνα επικρατούσε σιγή για το θέμα της αντιμεταβίβασης. Εξάιρεση θα αποτελέσει ο Ούγγρος ψυχαναλυτής Sandor Ferenczi (1921), ο οποίος ήταν ο πρώτος που διατύπωσε αντιρρήσεις και υποστήριξε πως χρειάζεται να υπάρχει μεγαλύτερη διαπλοκή μεταξύ ασθενούς και αναλυτή μιλώντας για μία "ενεργό τακτική". Ο Ferenczi μίλησε για συνεχή χρήση της αντιμεταβίβασης ως εργαλείου προκειμένου να κατανοήσει τί συμβαίνει με τον θεραπευόμενο, και διαπίστωσε πως οι αντιστάσεις και το αδιέξοδο στην αναλυτική διαδικασία ενίοτε οφείλονται στην αντιμεταβίβαση του αναλυτή.

Τη δεκαετία του 1940, ο Racker ορίζει την αντιμεταβίβαση ως τη ζωντανή ανταπόκριση στη μεταβιβαστική κατάσταση. Ο Racker (1968,2007) συσχετίζει την προβληματική ταύτιση με την αντιμεταβίβαση ανάλογα με το είδος των ταυτίσεων του αναλυτή. Μιλάει για δύο είδη ταύτισης: 1) τη σύστοιχη, εάν ο αναλυτής ταυτιστεί με τον εαυτό του ασθενούς και 2) τη συμπληρωματική, εάν ο αναλυτής ταυτιστεί με τα αντικείμενα του ασθενούς (δηλαδή όταν γίνεται αποδέκτης της προβολής ενός αντικειμένου του ασθενούς).

Ο Hinshelwood (1999) αναφέρει πως αν ο αναλυτής κατανοεί την αντιμεταβίβασή του και δεν την εκδραματίζει, τότε αυτό μπορεί να γίνει ιδιαίτερα βοηθητικό εργαλείο στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Σύμφωνα με τη Heimann (1950), η οποία θεωρούσε ότι η αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την κατανόηση του ασθενούς, η αντιμεταβίβαση δεν δημιουργείται μόνο από την αναλυτική σχέση αλλά την δημιουργεί ο ασθενής, αποτελεί μέρος της προσωπικότητάς του. Ο Gabbard (1995) αναφέρει ότι οι περισσότερες θεωρητικές σχολές αποδέχονται ότι η αντιμεταβίβαση είναι κάτι που δημιουργείται από τον ασθενή και τον θεραπευτή, καθώς δύο υποκειμενικότητες κατά την πορεία της θεραπείας βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση.

Η αντιμεταβίβαση, η οποία περιλαμβάνει τη συνολική συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο, θεωρείται πολύτιμο θεραπευτικό και διαγνωστικό εργαλείο που δίνει σημαντική πληροφόρηση στον θεραπευτή για τον ψυχικό κόσμο του ασθενούς.

3.4 Αντιμεταβίβαση και οριακοί ασθενείς.

Στην ψυχαναλυτική εργασία με τους "δύσκολους" ασθενείς όπως ονομάζονται οι οριακοί και οι ψυχωτικοί ασθενείς, η αντιμεταβίβαση είναι κεφαλαιώδους σημασίας καθώς από αυτήν συχνά εξαρτάται η πορεία της θεραπείας.

Σύμφωνα με τη Segal (1981) ο αναλυτής θα πρέπει να είναι "ανοικτός" σε αυτά που νιώθει, ενώ παράλληλα θα πρέπει να διατηρεί και μία απόσταση, ώστε να επεξεργάζεται τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του απέναντι στον ασθενή. Η σύνδεση μεταξύ ασθενούς-θεραπευτή μπορεί να συμβεί στην επικοινωνιακή στιγμή των προβλητικών ταυτίσεων, μέσα από μία κατάσταση δεκτικότητας του αναλυτή δηλαδή την ονειροπόληση στην οποία μπορεί να βρεθεί ο θεραπευτής (Βασιλαματζής, 2015).

Ο Bion (1970) υποστηρίζει ότι ο αναλυτής πρέπει να είναι "δίχως μνήμη και επιθυμία". Με αυτή τη φράση εννοούσε ότι δεν πρέπει να είναι προκατειλημμένος και να λειτουργεί βάσει σχεδίου, αλλά πρέπει να λειτουργεί βιώνοντας την αντιμεταβίβασή του. Το να έχει ο θεραπευτής μία επιθυμία για τον ασθενή είναι ύποπτο. Μπορεί να είναι άμυνα απέναντι σε δική του συναισθηματική ενοχή. Η μνήμη, επίσης, μπορεί να είναι επιλεκτική, δηλαδή ο αναλυτής χρειάζεται να είναι ενήμερος ότι αν κάτι θυμάται ή θέλει κάτι για τον ασθενή του (π.χ. να τον σώσει ή να τον διώξει), ότι αυτό μπορεί να έχει σχέση με τον ίδιο. Ο,τιδήποτε βγάζει τον θεραπευτή από την συνήθη κατάστασή του, είναι κάτι που χρειάζεται να το διερευνήσει μέσα του.

Τα αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα με τους οριακούς και ψυχωτικούς ασθενείς είναι έντονα και ισχυρά και εξουθενώνουν τον θεραπευτή. Στο θεραπευτικό δωμάτιο υπάρχουν : το αντικείμενο και ο εαυτός, το καλό και το κακό αντικείμενο. Άρα σε μία συνεδρία μπορεί οι μεταβιβάσεις να "χτυπάνε" σε διαφορετικά μέρη του θεραπευτή γι'αυτό οι μεταβιβάσεις είναι πολλαπλές. Το splitting μπορεί να είναι έντονο στη χρονική διάρκεια μίας συνεδρίας. Το κλινικό υλικό που ακολουθεί αναδεικνύει αυτό το θέμα:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Εάν ο θεραπευτής νιώθει συναισθηματική σύγχυση, π.χ. εκεί που περιμένει να ακούσει κάτι, ακούει κάτι άλλο, το τι ακριβώς συμβαίνει μπορεί να το σκεφτεί από το συναίσθημα που αισθάνεται. Ο οριακός ασθενής μπορεί να είναι πολύ συγχυτικός και να μπερδεύει τον θεραπευτή. Μπορεί να είναι συγχυτικός όταν επικρατεί ο φθόνος και ό,τι και αν του πει ο θεραπευτής είναι καταστροφικό (Gabbard, Wilkinson, 1994).

Επίσης, εξ αιτίας των προβολών και των splitting μπορεί να προκληθεί θυμός, είτε φανερός είτε συγκαλυμμένος. Ο θυμός είναι το κυρίαρχο συναίσθημα, το αναμένουμε και θέλουμε να έρθει γιατί είναι το πιο παθογόνο στοιχείο στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις. Όμως, υπάρχει μία τάση ο θεραπευτής να αμυνθεί σε αυτό. Μπορεί να εμφανίζονται λοιπόν άμυνες στην αντιμεταβίβαση, ώστε ο θεραπευτής να "καλοπιάνει" τον ασθενή για να καλυφθεί ο θυμός του. Αν ο θεραπευτής είναι πολύ ερμηνευτικός, αν η παρουσία του είναι πολύ έντονη, αν δεν περιμένει αλλά ερμηνεύει πρόωρα, αν κάνει διευκρινήσεις, τότε επιτείνει τον θυμό του ασθενούς που θέλει να τον βάλει στον δικό του αστερισμό σχέσεων, και η αντίδραση στην ερμηνεία μπορεί να είναι έκφραση του θυμού. Αν ο αναλυτής το αποδεχτεί αυτό, μπαίνει σε μία θέση στην οποία ένας φαντασιακός "φόνος" του αναλυτή έχει συντελεστεί. Δηλαδή, αν ο θεραπευτής υποχωρήσει σε μία θέση πιο αμυντική, τότε εντείνει, ικανοποιεί τις φαντασιώσεις δολοφονικού μίσους του ασθενή. Έτσι ο θεραπευτής δεν θα ήταν αποτελεσματικό να κάνει ερμηνείες συνεχώς αλλά ούτε και να υποχωρεί. Χρειάζεται να υπάρχει ισορροπία: να μην είναι ούτε ερμηνευτικός- καταδιωκτικός ούτε μη ερμηνευτικός- παράλυτος- παγωμένος (ό.π.).

Ο θυμός για το αντικείμενο και τα παράγωγα του θυμού, το splitting των αντικειμένων και του εαυτού, οι προβολές, είναι από τις βασικές ψυχικές διεργασίες που ενεργοποιούνται στη σχέση με τον οριακό ασθενή και δημιουργούν αντιμεταβιβάσεις που έχουν περιγραφεί κλινικά, όπως τα ακόλουθα:

-Ο θεραπευτής μπορεί να αισθάνεται θυμό, να έχει την αίσθηση ότι του απομυζά την ενέργεια ο ασθενής. Μπορεί να αισθάνεται σωματική και ψυχική εξουθένωση (ό.π.). Ένα κλινικό παράδειγμα είναι το ακόλουθο:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Ο θεραπευτής μπορεί να νιώθει φόβο ότι ο ασθενής θα του επιτεθεί (ο ασθενής βάζει τον θεραπευτή στη θέση του αντικειμένου που δέχεται την επίθεση, δηλαδή, ο ασθενής επιτίθεται στο αντικείμενο που έχει εσωτερικεύσει και ο θεραπευτής νιώθει φόβο ότι θα του επιτεθεί). Όταν ο ασθενής π.χ. λέει: "ήθελα να σκοτώσω τους προηγούμενους θεραπευτές μου", θέλει να δείξει στον θεραπευτή την επιθετικότητα που έχει και να τον βάλει σε θέση να φοβηθεί.

-Ο θεραπευτής μπορεί να νιώθει ανησυχία. Αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις μπορεί να μην εκφράζονται, αλλά κατακλύζουν τη συνεδρία και ο θεραπευτής μπορεί να

αισθάνεται ανησυχία χωρίς να είναι νοηματοδοτημένη ή άμεσα εκφρασμένη ή λεκτικοποιημένη στη συνεδρία (ό.π).

- Εξ αιτίας του ότι συμβαίνει σχάση στον οριακό ασθενή, οι καλές αναπαραστάσεις εαυτού και αντικειμένου μπορεί να κάνουν τον θεραπευτή να νιώθει ανάλαφρος σωματικά, ενώ οι κακές αναπαραστάσεις εαυτού και αντικειμένου, μπορεί να τον κάνουν να νιώθει δυσάρεστες σωματικές αισθήσεις και γενικότερα δυσφορία (Volcan, 1993). Σύμφωνα με τους Alexandris, Vaslamatzis (1993) ο θεραπευτής μπορεί να νιώθει σωματική ένταση, δυσφορία, νευρικότητα και ανησυχία, καθώς και απογοήτευση και αίσθηση ανικανότητας στην παροχή βοήθειας προς τον ασθενή ως αντιδράσεις στη μεταβίβαση του ασθενούς.

-Επίσης προκαλούνται σεξουαλικές αντιμεταβιβάσεις. Η επιθετικότητα και η σεξουαλικότητα έχουν ένα παιδικό στοιχείο, το οποίο δύσκολα δημιουργεί εμπλοκές αν ο θεραπευτής είναι καλά αναλυμένος. Το αίτημα εδώ δεν είναι μία ερωτική σχέση. Είναι περισσότερο στοματικό παρά γενετήσιο και έχει μία βιαιότητα που προβληματίζει τον θεραπευτή. Αυτό το παιδικό στοιχείο κάτι άλλο αναζητάει: μία αποκλειστικότητα, ότι ο ασθενής πρέπει να πάρει άλλα πράγματα από τον θεραπευτή, σαν να ήταν ένας μαστός που θα τον τρέφει. Περιλαμβάνεται η επιθετικότητα, δηλαδή να βγει ο θεραπευτής από τον ρόλο του (Gabbard, Wilkinson, 1994).

- Οι Gabbard και Wilkinson (ό,π,) αναφέρουν ότι οι θεραπευτές έχουν προδιάθεση να είναι σωτήρες. Όταν έρχονται ασθενείς με αυτοκτονικότητα, ο θεραπευτής μπαίνει στη θέση να τους σώσει. Όταν ο θεραπευτής μπει σε θέση σωτήρα λόγω της προβλητικής ταύτισης και της ανάγκης του να επανορθώσει, μπορεί πολύ εύκολα να γίνει θύτης ο θεραπευόμενος. Εάν ο θεραπευτής έχει μία φαντασίωση σωτηρίας για τον ασθενή, τότε ο ασθενής κάνει τον θεραπευτή να νιώθει ένοχος, και γι'αυτό δημιουργείται μία φαντασίωση σωτηρίας. Δηλαδή, καθώς στο ιστορικό των οριακών ασθενών υπάρχει μεγάλο ποσοστό κακοποίησης-παραμέλησης, όταν έρχεται ένας πολύ τραυματισμένος ασθενής και το τραύμα είναι πραγματικό, συνήθως ο θεραπευτής παίρνει θέση στην αντιμεταβίβασή του να σώσει τον ασθενή. Αυτό πολλές φορές το προκαλεί και ο ίδιος ο ασθενής μέσω της προβλητικής ταύτισης .

3.5 Τραύμα και αντιμεταβίβαση.

Στους οριακούς το τραύμα είναι κεντρικό θέμα και καθώς δεν μπορεί να αφομοιωθεί επανεμφανίζεται με διάφορους τρόπους. Τα προλεκτικά τραύματα υπάρχουν μόνο στο

πεδίο της μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης. Στη θεραπεία, το τραύμα επαναβιώνεται και ο θεραπευτής χρειάζεται μέσα από την αντιμεταβίβασή του να το κατανοήσει και να επινοήσει καινούργιους τρόπους για το τι θα κάνει. Τα ίχνη του τραύματος δεν φεύγουν ποτέ. Το θέμα είναι αν μπορεί κανείς να κάνει μία επεξεργασία σε αυτό. Στην εργασία λοιπόν με οριακούς ασθενείς η αντιμεταβίβαση χρειάζεται να "μπαίνει στο μικροσκόπιο". Να μην «παίξει» ο θεραπευτής τον ρόλο που του προβάλλει ο ασθενής (να επιτεθεί, να απορρίψει, να νιώσει σεξουαλική διέγερση, να σώσει τον ασθενή κ.λ.π.), αλλά να καταλάβει ότι αυτές είναι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις (Gabbard,2004,2010). Οι πρωτόγονοι αμυντικοί μηχανισμοί του οριακού ασθενούς κάνουν τον θεραπευτή ευάλωτο στο να βιώσει συναισθήματα ανάλογα με εκείνα του ασθενούς (Χαρτοκόλλης,2010). Σύμφωνα με τον Gabbard (2004,2010) όταν ο θεραπευτής νιώθει ότι κατακλύζεται από αυτό που του έχει προβάλλει ο ασθενής, δηλαδή βρίσκεται στην προβλητική ταύτιση, τότε μπορεί να επηρεαστεί η ικανότητά του να σκεφτεί και να αναστοχαστεί.

3.6 Το κενό και αντιμεταβίβαση.

Ο οριακός ασθενής έχει θέμα ορίων, που σημαίνει μία ελλιπή εσωτερική συγκρότηση. Επίσης σημαίνει ότι έχει ως μηχανισμούς τη σχάση και την άρνηση (δηλαδή βιώνει κάτι και δεν το απωθεί όπως ο νευρωτικός αλλά πάει να το σβήσει για να προστατευτεί). Βιώνει επίσης πολύ έντονα την αίσθηση του ψυχικού κενού ως κάτι άδειο μέσα του, ως φόβο ότι το κενό αυτό μπορεί να τον κατακλύσει, ως πλήξη, ως απουσία ψυχικού περιεχομένου με συναισθήματα, φαντασιώσεις, επιθυμίες κ.λ.π. Στον οριακό ασθενή, η έλλειψη ψυχοποίησης και η αδυναμία αναπαράστασης συνυπάρχουν (Ζερβής, 2014). Στον λόγο του οριακού, δεν υπάρχει συνέχεια, υπάρχουν κενά. Δηλαδή, μπορεί να μιλάει αλλά ο τρόπος, οι συνδέσεις να μην βγάζουν νόημα, να μην μπορεί ο θεραπευτής να νοηματοδοτήσει, και έτσι ο θεραπευτής αρχίζει να αμφιβάλλει για τον εαυτό του (επίθεση στη σκέψη του αναλυτή). Ένα κλινικό παράδειγμα αναδεικνύει το θέμα:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Η επίθεση στις συνδέσεις που ασυνείδητα επιχειρεί ο θεραπευόμενος μπορεί να φανεί ακόμη και μέσα στο όνειρο που φέρνει στη θεραπεία. Ακολουθεί κλινικό υλικό το οποίο συζητήθηκε στα πλαίσια της εποπτείας:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Όταν ο θεραπευτής εργάζεται με έναν νευρωσικό ασθενή, ακόμη και αν αυτός δεν ομιλεί θα τον νιώσει ο αναλυτής. Με τον οριακό ασθενή όμως αυτό δεν είναι εύκολο γιατί υπάρχουν ψυχικές περιοχές «κενές» στον ασθενή, και έτσι και ο θεραπευτής αισθάνεται ότι αδειάζει. Επίσης ο χρόνος της θεραπείας μπορεί να είναι "άδειος". Ακολουθεί σχετικό κλινικό υλικό:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Η διαφορά του κενού με το μη λεκτικό είναι ότι το μη λεκτικό μπορεί ο θεραπευτής να το νοηματοδοτήσει, ενώ το κενό όχι. Έτσι, λοιπόν, στη θεραπεία με τον οριακό ασθενή υπάρχουν φάσεις που ο θεραπευτής αισθάνεται ότι δεν καταλαβαίνει, ότι είναι ανεπαρκής. Το κενό συναντάται και μέσα από σωματοποίηση, περάσματα στην πράξη του ασθενούς (π.χ. χρήση ουσιών). Σύμφωνα με τον Green (1984,2002) εκεί που δεν υπάρχει ψυχοποίηση, υπάρχουν περάσματα στην πράξη. Σε συνάρτηση με αυτό, ο λόγος του οριακού ασθενούς είναι λόγος ατελής, χωρίς περιεχόμενο, διεκπεραιωτικός, χωρίς συναισθήματα, χωρίς αναφορά σε όνειρα, μηχανιστικός και αντίστοιχα ο θεραπευτής μπορεί να δυσκολεύεται να σκεφτεί, να νιώθει ότι δεν περνάει ο χρόνος (Ζερβής, 2014). Η απουσία μπορεί να είναι είτε στα λόγια, είτε πραγματική (π.χ. ο ασθενής δεν έρχεται στη θεραπεία, καθυστερεί κ.λ.π.). Στην αντιμεταβίβαση, ο θεραπευτής μερικές φορές μπορεί να ωθείται να υπερερμηνεύει, σαν να ζητάει ο ασθενής να κάνει κάτι ο θεραπευτής αντί για εκείνον. Ο Green (2000), εμπνεόμενος από τον Winnicott αναφέρεται στην "κεντρική φοβική θέση", που είναι σαν συνέχεια της «νεκρής μητέρας», και εδώ έχουμε ψυχικά πεδία ερήμωσης: αρνητική αντιδραστική κίνηση απέναντι στον τραυματισμό από την απουσία της μητέρας. Σαν να θέλει να καταστρέψει την απύσα μητέρα. Αυτό δεν θα μπορέσει να το πει ο ασθενής με λόγια (το αρνητικό), αλλά θα το νιώσει ο θεραπευτής μέσα στην θεραπεία (Ζερβής,2014). Το κενό, λοιπόν, ο θεραπευτής θα το νιώσει μέσα από τα αντιμεταβιβαστικά του συναισθήματα. Μπορεί να έχει πολλές όψεις: π.χ **αμνησία**. Δηλαδή, το κενό είναι

εκφάνσεις της μεταβίβασης που περνούν στην αντιμεταβίβαση του θεραπευτή. Είναι σαν να έχει το κενό μία μορφή, μία φόρμα. Σαν να υπάρχει εκεί που έπρεπε να υπάρχει κάτι άλλο και δεν υπήρχε. Ενώ το αρνητικό έχει ένα αποτύπωμα (ό.π.). Ο Winnicott (1971) μιλάει για το κενό ως σημείο αμνησίας σε σχέση με κάποια έλλειψη της μητρικής λειτουργίας, το οποίο θα εκδηλωθεί στη θεραπεία μέσα από τη μεταβίβαση. Υποστηρίζει ότι το αίσθημα κενού που εμφανίζει ο ασθενής αντιστοιχεί με μία εμπειρία του παρελθόντος που έχει ήδη βιωθεί, την οποία δεν μπορεί να θυμηθεί παρά μόνο αν τη ζήσει στο τώρα για πρώτη φορά και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει: "... ο κλινικός φόβος κατάρρευσης είναι ο φόβος μίας κατάρρευσης που έχει ήδη υπάρξει ως εμπειρία" (Winnicott, 1974,2010, σελ,25).

3.7 Μεταβιβαστικές- Αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις με τον οριακό ασθενή.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με τον οριακό ασθενή υπάρχουν ποικίλλες μεταβιβαστικές- αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, οι οποίες μπορούν να πάρουν τις εξής μορφές:

- Ο ασθενής να παραμείνει θύμα και ο θεραπευτής να νιώθει θύτης.
- Να γίνει θύμα ο θεραπευτής και θύτης ο ασθενής (π.χ. να ζητάει περισσότερο χρόνο, επικοινωνία εκτός πλαισίου κ.λ.π.), και ο θεραπευτής να νιώθει ότι κακοποιείται. Κάποιος από το θεραπευτικό ζεύγος κακοποιείται. Ο θεραπευτής μπορεί να διώξει τον ασθενή ή να χάσει τον ρόλο του, άρα να έχουμε επανάληψη του τραύματος.
- Ο θεραπευτής μπορεί να πιέζεται από τον ασθενή να πάρει θέση δικαστή.(Gabbard, Wilkinson, 1994).

Η φαντασίωση του θεραπευτή ότι θα δώσει στους ασθενείς τους γονείς που δεν είχαν, είναι μία φαντασίωση. Οι ασθενείς χρειάζεται να επεξεργάζονται αυτά που συνέβησαν και να προχωρήσουν, δηλαδή να μπουν σε διαδικασία πένθους. Αν ο θεραπευτής μπει στη διαδικασία να ικανοποιεί κάθε ανάγκη του ασθενούς, να γίνει ο γονιός που δεν είχε, τότε αυτό δεν μπορεί να λειτουργήσει γιατί οι θεραπευτές ούτε είναι οι γονείς των ασθενών και ούτε μπορεί να μην υπάρχει το γεγονός ότι οι ασθενείς είχαν αυτούς τους συγκεκριμένους γονείς.

Ο Χαρτοκόλλης (2010) αναφέρει χαρακτηριστικά: "Ο οριακός ασθενής με τη δραματική, παραπρωματική συμπεριφορά του, έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί καταστάσεις άμεσης ανάγκης που κρατούν τον θεραπευτή σε συναγερμό και έτοιμο να δράσει, μάλλον, παρά να σκεφτεί και να ερμηνεύσει".

Ο Winnicott (1947,1949) μίλησε για το "αντικειμενικό μίσος" στην αντιμεταβίβαση κατά τη θεραπεία των ψυχωτικών. Χρησιμοποίησε τον συγκεκριμένο όρο για να περιγράψει την δικαιολογημένη αντίδραση του αναλυτή απέναντι στην εξωφρενική και προκλητική συμπεριφορά του ασθενούς. Βέβαια υπογραμμίζει ότι ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να είναι τιωρητικός με αυτά τα συναισθήματα, αλλά να προσπαθεί να τα κατανοήσει. Οι οριακοί ασθενείς οδηγούν τον θεραπευτή στο αντιμεταβιβαστικό μίσος. Το μίσος αυτό, ο θεραπευτής μπορεί να το αντιμετωπίζει με διάφορους αμυντικούς τρόπους. Δηλαδή αντί για μίσος:

- Ο θεραπευτής βαριέται, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί.
- Μπορεί να στρέψει το μίσος στον εαυτό του, να αισθάνεται ότι αυτός φταίει.
- Μέσω "reaction formation" αλλάζει το μίσος και γίνεται υπέρμετρο ενδιαφέρον (εικοσιτετράωρη διαθεσιμότητα του θεραπευτή κ.λ.π.).
- Προβολή του μίσους του θεραπευτή σε κάποιον τρίτο.
- Παραμορφώνοντας ή αρνούμενος το αντιμεταβιβαστικό μίσος, ο θεραπευτής δεν αντέχει τον ασθενή και τον παραπέμπει (Gabbard & Wilkinson, 1994).

Στους αυτοκτονικούς ασθενείς, υπάρχει ο κίνδυνος ο θεραπευτής να «γίνεται δούλος» του θεραπευόμενου. Δηλαδή να του "χρωστάει" συνεχώς. Όλο αυτό γίνεται μίσος, και ο θεραπευτής μπορεί να διώξει τον ασθενή ή και να γίνει σαδιστικός απέναντι του. Με τους αυτοκτονικούς και αυτοκαταστροφικούς ασθενείς θα πρέπει από την αρχή να έχει ο θεραπευτής ένα σχέδιο, ώστε να εμποδίσει μία κατάσταση που να είναι ο μόνος άνθρωπος από τον οποίο να εξαρτάται η ζωή του ασθενούς (δηλαδή, ο θεραπευτής χρειάζεται να έχει δηλώσει στον ασθενή ότι αν αποπειραθεί να αυτοκτονήσει θα πρέπει να πάει στο νοσοκομείο, να πάρει φαρμακευτική αγωγή κ.λ.π.) (ό.π.).

3.8 Γενικά στοιχεία για τη θεραπευτική τεχνική.

Είναι αρκετά δύσκολο να διατηρήσει ο θεραπευτής την ενσυναίσθησή του με τον οριακό ασθενή, μία κατάσταση που ο Kernberg (1975) ονομάζει ως "παράλυση κατανόησης", καθώς εξ αιτίας των παράδοξων σκέψεων και συναισθημάτων του ασθενούς, ο θεραπευτής νιώθει σύγχυση και αμηχανία.

Το ζήτημα της τεχνικής με τους οριακούς ασθενείς είναι δύσκολο και δεν υπάρχουν απαραίτητοι κανόνες . Σημαντική είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προσήλωση του θεραπευτή στο αντιμεταβιβαστικό του βίωμα και να μην σπεύδει ο θεραπευτής να μεταφέρει μέσω της ερμηνείας το βίωμα αυτό στον ασθενή. Αυτό που θα πει ο θεραπευτής πρέπει να βασίζεται στο "εδώ και τώρα" και να έχει μία διάσταση

απαρτιωτική. Επίσης πολλές φορές είναι απαραίτητο να αναφερθεί ο θεραπευτής στη μεταβίβαση (για το πως τον βλέπει ο ασθενής), αλλά με μεγάλη προσοχή και θα πρέπει να δει πώς εκείνος θα αντιδράσει μετά από αυτό (δηλαδή, αν θα είναι απόμακρος, ένδειξη ότι αυτό μπορεί να βιώθηκε ως παρείσφρυση, ως ξένο στοιχείο κ.λ.π.). Είναι πολύ σημαντικό, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η αντιμεταβίβαση να εξετάζεται συνεχώς και να μπορεί ο θεραπευτής να υπομένει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται, να αντέχει την επιθετικότητα του οριακού ασθενούς, καθώς και τα δικά του συναισθήματα και να μπορεί να διαφυλάξει την συναισθηματική του ισορροπία. Όπως αναφέρει ο Winnicott, ο θεραπευτής οφείλει να επιζήσει για το καλό και των δύο: και το δικό του και του θεραπευόμενου.

Ο θεραπευτής αισθάνεται πόσο αμφισβητείται η ταυτότητά του ως θεραπευτή όσο βιώνει τις εκδραματίσεις, την καταστροφικότητα, την επιθετικότητα κ.λ.π. του οριακού ασθενούς. Έτσι λοιπόν είναι επικίνδυνο όλη αυτή η δράση των ασθενών να επηρεάζει αρνητικά τον θεραπευτή και να μεταφέρεται στη ζωή του. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται συνεχής επεξεργασία της αντιμεταβίβασης. Με το να εστιάζει την προσοχή του και να επεξεργάζεται ο θεραπευτής τα συναισθήματά του, αποτρέπει την αντιμεταβιβαστική εκδραμάτιση (Gabbard,2000,2012). Σύμφωνα με τον Bateman (1998) δεν γίνεται να εκδραματίζει μόνο ο θεραπευόμενος και να μην αντιδράσει ο θεραπευτής συνειδητά ή ασυνείδητα. Ο Bateman υποστηρίζει πως όταν αναφερόμαστε με όρους διαδραμάτισης, αναφερόμαστε σε επικοινωνία, δηλαδή ο ασθενής κάτι επικοινωνεί στον θεραπευτή, το οποίο εκείνος με τη σειρά του πρέπει να νοηματοδοτήσει. Στην θεραπεία με τον οριακό ασθενή χρειάζεται εμβάθυνση στο ίδιο το μυαλό του αναλυτή και διεύρυνση της ψυχικής δεκτικότητάς του.

3.9 Το Πλαίσιο ως έννοια.

Με τον όρο "πλαίσιο" εννοείται ένα σύνολο παραμέτρων που περιλαμβάνει τις κοινωνικοπολιτισμικές συνιστώσες της θεραπείας και ορισμένες σταθερές (τόπος, συχνότητα κ.λ.π). Επίσης, εννοείται το εσωτερικό πλαίσιο του θεραπευτή με την έννοια εσωτερικευμένων ψυχοθεραπευτικών αρχών. Το πλαίσιο οριοθετεί και διαχωρίζει την ψυχοθεραπευτική σχέση από τις συνηθισμένες κοινωνικές σχέσεις μέσω νέων κανόνων, έτσι ώστε να δημιουργείται ένα αφηρημένο όριο ανάμεσα στη θεραπεία και την πραγματική ζωή.

Σύμφωνα με τη Milner (1952) το ψυχαναλυτικό πλαίσιο προσομοιάζει με το πλαίσιο ενός πίνακα ζωγραφικής, το οποίο διαχωρίζει την πραγματικότητα εντός του πίνακα και έξω από αυτόν.

Η Ester Bick (1968) συμφωνώντας με τον Winnicott, αλλά δίνοντας έμφαση στο δέρμα –περιέκτη, μίλησε για το πλαίσιο ως δέρμα. Επίση, ο D. Anzieux (1974,2003), παρουσίασε το πλαίσιο ως περιέκτη.

Σύμφωνα με τον Ogden (1994) το πλαίσιο αποτελεί τον “αναλυτικό τρίτο”. Ο Ogden υπέθεσε ότι δημιουργείται ένα τρίτο υποκείμενο στην ανάλυση από την διϋποκειμενικότητα των δύο, που παράγεται από τους δύο, όχι συμμετρικά, αλλά φτιάχνεται κάτι καινούργιο, το οποίο αφορά μία αναλυτική δυάδα. Έτσι, κάθε δυάδα αποτελεί μία ιδιαίτερη φαντασίωση.

Ο Winnicott (1956) μιλώντας για το αναλυτικό πλαίσιο είπε ότι αποτελεί “ενδιάμεση”, “τρίτη” περιοχή μεταξύ της πραγματικότητας και της φαντασίας. Υποστήριξε πως ένα βρέφος δεν μπορεί να υπάρχει μόνο του αλλά είναι μέρος της σχέσης με τη μητέρα, έτσι το ίδιο ισχύει και για το πλαίσιο: αναλυτής-αναλυόμενος. Όπως λοιπόν δεν υπάρχει βρέφος χωρίς τη μητέρα του, έτσι δεν υπάρχει εαυτός χωρίς αντικείμενο. Οι επενδύσεις πηγαίνουν στο αντικείμενο (Winnicott, 1960).Ο Bleger (1967) επηρεασμένος από τον Winnicott, παρουσίασε το πλαίσιο ως θεσμό αναπαράστασης της πρώιμης συμβίωσης μητέρας-βρέφους και υποστήριξε ότι οι διαταραχές του πλαισίου πρέπει να κατανοηθούν πριν από οποιαδήποτε άλλη εργασία.

3.10 Το πλαίσιο και ο οριακός ασθενής.

Η λειτουργία του πλαισίου είναι πολύ σημαντική στη θεραπεία των οριακών. Οι οριακοί ασθενείς είναι καχύποπτοι και επιθετικοί σε κάθε λειτουργία πλαισίου και θεσμού. Έχουν πολύ μεγάλη δυσκολία να αποδεχτούν και να τηρήσουν το πλαίσιο εξ αιτίας του ότι δεν έχουν δικό τους εσωτερικό πλαίσιο, το οποίο έχει να κάνει με την λεγόμενη εμπεριέχουσα λειτουργία. Έτσι δεν μπορούν να κατανοήσουν και το πλαίσιο από τη στιγμή που δεν έχουν αυτή την εμπειρία (Βασλαματζής,2014). Ο όρος “εμπεριέχουσα λειτουργία” αναφέρεται στη διαδικασία σκέψης, στο “σκέπτεσθαι” της μητέρας-αναλυτή, το οποίο υποδέχεται τη συναισθηματική εμπειρία του βρέφους-αναλυόμενου, το επεξεργάζεται και το επιστρέφει έτσι ώστε να μπορεί να γίνει αποδεκτό από τον αναλυόμενο. Έτσι το βρέφος-αναλυόμενος μπορεί να “χτίσει” τη δική του εμπεριέχουσα λειτουργία και να συγκρατεί τις συναισθηματικές του εμπειρίες.

Οι οριακοί ασθενείς έχουν πολύ μεγάλη ανάγκη το πλαίσιο αλλά του επιτίθενται για να το καταστρέψουν. Εμφανίζουν επιθετικότητα, καταστροφικότητα και δυσκολία να εμπιστευτούν. Ο Goldberg (1990), αναφέρει πως οι οριακοί ασθενείς παρουσιάζουν "παθολογία πλαισίου". Οι ασθενείς αυτοί αναζητούν τον αναλυτή όχι για να βιώσουν την εμπειρία ψυχοσυναισθηματικής αλλαγής και ανάπτυξης στη θεραπεία, αλλά για να ικανοποιήσουν βασικές ψυχολογικές ανάγκες καθιστώντας τον ως το μέσο αυτής της ικανοποίησης.

Ο θεραπευτής αισθάνεται συχνά πόσο αμφισβητείται ο θεραπευτικός του ρόλος, οι γνώσεις του, η πρόθεσή του να βοηθήσει, ενώ βιώνει τις εκδραματίσεις, την καταστροφικότητα, την επιθετικότητα του οριακού ασθενούς.

Το αναλυτικό πλαίσιο σύμφωνα με τον Winnicott (1956a), πρέπει να έχει αναλογία με το μητρικό περιβάλλον που διευκολύνει και βοηθάει το βρέφος στην ανάπτυξή του. Ο χώρος της θεραπείας είναι ιδιαίτερα σημαντικό να λειτουργήσει ως "μεταβατικός χώρος" όχι μόνο δημιουργίας νοήματος, αλλά και χώρος λειτουργίας α, ώστε να εμπεριεχθούν τα άγχη του οριακού ασθενούς, να καταφέρει να δημιουργήσει σχέση με ένα νέο αντικείμενο και να μπορέσει να μετακινηθεί προς την καταθλιπτική θέση. Ο Winnicott (1955, 1956, 1965) υποστήριξε ότι οι οριακοί στη θεραπεία χρειάζονται "υποστηρικτικό περιβάλλον" (holding environment), κάτι που τους έλλειψε στη βρεφική και παιδική ηλικία, και αναπτύσσει το holding του αναλυτικού πλαισίου ως δομή ασφάλειας και υποστήριξης αλλά και ευκαιρία ανάπτυξης μέσω των ταυτίσεων (σαν χέρια τα οποία αγκαλιάζουν).

Η θεραπεία είναι μία "σκηνή" για να γίνει μία επανορθωτική εμπειρία της συνάντησης με τον άλλο. Η θέση του αναλυτή σε κανονικές συνθήκες είναι η ουδετερότητα, αλλά στη θεραπεία με τον οριακό ασθενή πρέπει να υπάρχει η διαθεσιμότητα του θεραπευτή να εμπλακεί σε μία συναισθηματική σχέση και συνάντηση, ώστε να επιτρέψει να συνδεθούν οι αποσυνδεδεμένες πλευρές του ασθενούς. Οι οριακοί ασθενείς χρειάζονται φροντιστικό περιβάλλον που να δημιουργεί μία αίσθηση ασφάλειας, αλλά και μία γενικότερη αίσθηση σταθερότητας (π.χ. νοσηλεία, φάρμακα, τηλέφωνα στη διάρκεια των διακοπών, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της θεραπείας). Επίσης, σύμφωνα με τον Winnicott (1971), πολύ σημαντικό στοιχείο στη θεραπεία με τον οριακό ασθενή είναι να δημιουργηθεί ανάμεσα στον ασθενή και τον ψυχοθεραπευτή ένας "χώρος", ένας "μεταβατικός χώρος", στον οποίο να μπορεί να δημιουργείται ένα αντικείμενο, ένα νόημα. Σε αυτόν τον χώρο που είναι ανάμεσα σε δύο υποκειμενικότητες, δημιουργείται

ένα άλλο νόημα που μαζί θεραπευτής-θεραπευόμενος συνκατασκευάζουν. Είναι ένας χώρος που τον δημιουργούν μαζί, που αποκτά νόημα και που γίνεται κάτι σαν μεταβατικό αντικείμενο. Αυτός ο μεταβατικός χώρος μας πάει σε ένα άλλο στοιχείο: το "παιχνιώδες" (η διαδικασία ενός παιχνιδιού-playing). Ο Winnicott κάνει έναν παραλληλισμό της ψυχανάλυσης αναφέροντας ότι είναι σαν να μαθαίνει κανείς να παίζει. Οι Meares και Coombs (1994) μιλώντας για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας αναφέρουν ότι εξαιτίας της κακοποίησης ή παραμέλησης από το περιβάλλον, η ικανότητα για παιχνίδι στην παιδική ηλικία είναι ελαττωματική, ενώ με τη βοήθεια της θεραπείας ο ασθενής αναπτύσσει έναν παιχνιώδη εσωτερικό διάλογο. Ο θεραπευόμενος μεταφέροντας στη θεραπεία μέσω της αφήγησης την εσωτερική και εξωτερική του πραγματικότητα, δίνει την ευκαιρία στον θεραπευτή να προσεγγίσει τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει τη δική του σκέψη δημιουργώντας έτσι έναν ενδιάμεσο χώρο επεξεργασίας, συμβολοποίησης και ανακατασκευής (Κοκκώση,2005).

Ο Green (1999) υποστήριξε ότι ο μεταβατικός χώρος τίθεται εκτός λειτουργίας στην οριακή παθολογία. Ο Winnicott (1971) μίλησε για δυνητικό χώρο (potential space): αυτό το παιχνίδι ανάμεσα στη φαντασία και την πραγματικότητα. Το παιχνίδι όπως και η τέχνη λαμβάνουν χώρα σε έναν δυνητικό χώρο. Αυτός ο δυνητικός χώρος είναι πολύ σημαντικό να δημιουργηθεί μέσα στον χώρο της θεραπείας. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά: «με αφετηρία λοιπόν την αφήγηση, ένας ενδιάμεσος χώρος επεξεργασίας των αναδυόμενων αναπαραστάσεων μπορεί να αναπτυχθεί, στο πλαίσιο του οποίου δίνεται η δυνατότητα προσέγγισης του προσωπικού τραύματος, του ψυχικού πόνου, των απωλειών και ελλειμμάτων, του κενού και του τραυματικού στοιχείου στον εαυτό και τις σχέσεις με τους άλλους» (Κοκκώση, 2005, σελ 86). Ο οριακός ασθενής μέσα από τη θεραπεία αναδημιουργεί την ιστορία του, διαπραγματεύεται την αίσθηση του εαυτού του, βοηθιέται να απαρτιώσει τα αντιφατικά και διασπασμένα του κομμάτια και υποστηρίζεται ώστε να αναπτυχθεί η συμβολοποιητική του λειτουργία (ό.π). Η ικανότητα του οριακού ασθενή να παίζει ή να βρεθεί σε έναν δυνητικό χώρο, είναι ένα θέμα που δεν έχει κατακτήσει. Το παιχνίδι όμως στην ψυχαναλυτική θεραπεία δεν είναι μόνο το αφηγηματικό, είναι και η ίδια η ερμηνεία. Η ερμηνεία είναι ένα παιχνίδι.

Μία σημαντική πλευρά της αναλυτικής σχέσης αφορά στη λειτουργία του καθρέπτη. Η μητέρα χρειάζεται να λειτουργεί ως καθρέφτης στον οποίο θα καθρεφτίζεται ο αληθινός εαυτός του βρέφους, ώστε να μπορεί αυτό να εσωτερικεύσει τη λειτουργία

του καθρέφτισματος (mirroring), να αναπτύξει έτσι αίσθηση εαυτού και να κατανοήσει τον εαυτό του ως ξεχωριστή οντότητα (Winnicott,1967). Αναλογικά στη θεραπεία με τον οριακό ασθενή, ο αναλυτής χρειάζεται να παρέχει ένα απαλό, με ενσυναίσθηση καθρέφτισμα που να ωθεί τον ασθενή να αναπτύξει την αίσθηση του εαυτού του.

Η θεραπεία των οριακών ασθενών είναι δύσκολη, επώδυνη με πολλές ματαιώσεις για τον θεραπευτή, ο οποίος καλείται να διατηρήσει την αντοχή του στις επιθέσεις της συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών στο πλαίσιο και στο πρόσωπό του. Στη θεραπεία με τους συγκεκριμένους ασθενείς, ο θεραπευτής καλείται να τροποποιήσει την ουδετερότητά του αυξάνοντας την ενσυναισθητική του κατανόηση, αλλά και διατηρώντας μία ισορροπία ανάμεσα σε αυτήν την ενσυναισθητική κατανόηση και την θέσπιση ορίων.

Σύμφωνα με τον Βασλαματζή (2005) εξαιτίας των αδυναμιών του ψυχισμού των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας ως προς τη διάκριση ανάμεσα στο χώρο της θεραπείας και στον κοινωνικό χώρο, ανάμεσα στο εντός και στο εκτός, είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα πλαίσιο γύρω από το πλαίσιο της θεραπείας, το οποίο ονομάζει "ψυχοδυναμικό πλαίσιο ή πεδίο" (π.χ.νοσηλεία, ψυχίατρος που χορηγεί φάρμακα κ.λ.π). Εξ αιτίας του ότι οι οριακοί ασθενείς έχουν μεγαλώσει σε ένα χαοτικό περιβάλλον, είναι παρορμητικοί γι'αυτό και ο θεραπευτής θα πρέπει να διαμορφώσει τη θεραπεία με όρια και συνθήκες, έτσι ώστε το πλαίσιο να μπορεί να αντέχει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται, να μην καταστρέφεται και να μπορεί να αισθάνεται ασφαλής. Έτσι λοιπόν θα πρέπει να εντάξει και άλλες παραμέτρους (π.χ. κάποιος να δίνει τα φάρμακα, να μπουν σε θεραπεία οι γονείς κ.λ.π.). Εάν δεν εγκατασταθεί ένα τέτοιο πλαίσιο, τότε δεν έχει αποτέλεσμα η θεραπεία. Επίσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να εξηγεί πολύ καλά το θεραπευτικό συμβόλαιο στους ασθενείς, γιατί ο οριακός ασθενής δεν είναι δεδομένο ότι θα έχει καταλάβει ποιο είναι το πλαίσιο και ποιές θα είναι οι υποχρεώσεις του. Έτσι θα πρέπει να συζητηθούν ζητήματα όπως η αυτοκτονικότητα, η μέθη, τα φάρμακα, η απουσία από τη θεραπεία, τηλεφωνήματα εκτός θεραπείας κ.λ.π.(Gabbard ,2000,2012).

Τέλος ως προς το πλαίσιο της νοσηλείας, οι οριακοί ασθενείς όταν νοσηλεύονται τείνουν να δημιουργούν "πόλωση" στο προσωπικό μέσα από τη διάσπαση των μεταβιβάσεων, μέσα από τις εσωτερικές διασπασμένες αντικειμενοτρόπες σχέσεις,αφού άλλοι νοσηλευτές τους συμπαθούν και θέλουν να τους προστατεύσουν και άλλοι θυμώνουν έντονα μαζί τους. Γι'αυτό και θα πρέπει να επιτευχθεί κάποιος βαθμός απαρτίωσης στην ομάδα του προσωπικού μέσα από τη διεργασία της συζήτησης αυτών

των θεμάτων και της επεξεργασίας τους (συναντήσεις ομάδας προσωπικού, εποπτεία ομάδας κ.λ.π.) (Βασιλαματζής, 2005).

3.11 Η Εμπεριέχουσα/Συγκρατούσα λειτουργία στη θεραπεία ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η έννοια της προβλητικής ταύτισης ξεκίνησε από την Klein(Segal,1964,1999),η οποία θεωρούσε ότι είναι ασυνείδητη φαντασίωση όπου τα μέρη του εαυτού υφίστανται μία απόσχιση και προβάλλονται μέσα στο αντικείμενο. Είναι η ασυνείδητη φαντασίωση του βρέφους ότι ένα κομμάτι του εαυτού που θεωρείται κακό αποβάλλεται παντοδυναμικά και προβάλλεται πάνω σε ένα αντικείμενο ώστε αυτό να ελεγχθεί. Δηλαδή, η Klein θεωρούσε την προβλητική ταύτιση ως κάτι επιθετικό (κάτι αδειάζει ο ένας πάνω στον άλλο).Στην πορεία όμως αυτό άλλαξε. Ο Bion (1962b) έδωσε έμφαση στην επικοινωνιακή διάσταση της προβλητικής ταύτισης. Θεωρεί ότι είναι άμυνα αφού απομακρύνει πράγματα που είναι επικίνδυνα. Αυτά απομακρύνονται και μπαίνουν μέσα στον άλλο άρα είναι επικοινωνία. Δημιουργεί αντικειμενοτρόπο σχέση. Σκοπός της επικοινωνίας είναι να γίνει κάποια τροποποίηση, όχι μόνο να επικοινωνηθεί κάτι. Η προβλητική ταύτιση είναι η βάση της εμπειρίας δύο ατόμων. Κάποιο περιεχόμενο διασπάται και προβάλλεται μέσα στον άλλο. Ασκείται από τον ασθενή πίεση στον θεραπευτή για να αναλάβει ένα ρόλο του εσωτερικού σεναρίου του, και να αισθανθεί και να φερθεί ο αναλυτής σύμφωνα με αυτό που του έχει προβληθεί (και ο θεραπευτής έχει ταυτιστεί).Η προβλητική ταύτιση μας επιτρέπει να φανταστούμε σχέσεις αντικειμένου. Άρα, αυτό το συναίσθημα είναι μέσα σε κάποιο μοτίβο, μέσα σε κάποιες σχέσεις στις οποίες έχει εγγραφεί. Αυτό ενεργοποιείται στη θεραπεία. Άλλοτε γίνεται πολύ έντονα, άλλοτε πιο ήπια. Οι προβλητικές ταυτίσεις είναι αρχαϊκές άμυνες. (φαντασιώσεις κατά Klein), και αυτό περνάει στον άλλον μέσα από μη λεκτικούς τρόπους. Η προβλητική ταύτιση έχει θετικά στοιχεία γιατί επικοινωνείται κάτι (άγχος κ.λ.π.), το οποίο δεν είναι ώριμο για να ειπωθεί. Η επικοινωνία μητέρας- βρέφους γίνεται με την προβλητική ταύτιση. Αν δεν μπορεί η μητέρα, τότε αυτό απογυμνώνει από νόημα και την εμπειρία και το μωρό. Έτσι, το μωρό αντί να ενδοβάλλει έναν επεξεργασμένο φόβο θανάτου, ενδοβάλλει κάτι χωρίς νόημα (ακατονόμαστος τρόμος) (Bion, 1962a). Εδώ έχουμε την έννοια του περιέχοντος-περιεχομένου. Σύμφωνα με τον Bion αν υπάρχει κανάλι επικοινωνίας βρέφους με τη μητέρα μπορεί να είναι και κανάλι ελέγχου, επίθεσης, κατοχής αλλά και κανάλι ώστε κάτι εσωτερικό να κατευθυνθεί προς

το αντικείμενο. (φυσιολογική προβλητική ρεαλιστική ταύτιση). Ένα κλινικό παράδειγμα είναι το ακόλουθο:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Αυτό που γίνεται ανάμεσα στο βρέφος και στη μητέρα είναι μία επικοινωνία από κάτι από το βρέφος που πηγαίνει σε κάποιον άλλο-στη μητέρα. Αυτό μπορεί να αναπαρασταθεί με την έννοια ενός περιέχοντος (μητέρα) και ενός περιεχομένου (βρέφος). Το περιεχόμενο είναι τα στοιχεία που αποβάλλει το βρέφος και η μητέρα καλείται να τα περιέξει. Το containment είναι η περίεξη και ο μεταβολισμός του υλικού. Τα πρωτόγονα ερεθίσματα του βρέφους προβάλλονται μέσα στη μητέρα και περιέχονται σε αυτή. Τα βιώνει, τα κατανοεί και τα επιστρέφει πίσω μετασηματισμένα. Το περιέχον που λειτουργεί επεξεργάζεται και μεταβολίζει πράγματα και τα επιστρέφει. Το ίδιο κάνει και το περιεχόμενο. Αυτή η δυνατότητα στην οριακή παθολογία είναι πολύ περιορισμένη και ο αναλυτής καλείται να κάνει αυτή τη διαδικασία μέσα από την ψυχική του λειτουργία: να βοηθήσει τον ασθενή να επεξεργάζεται τα άγχη του. Η μητέρα μέσα από τη λειτουργία α , θα αναγνωρίσει το αρχαϊκό άγχος (στοιχεία β) και θα του προσδώσει ένα νόημα. Αναγνωρίζει κάτι περισσότερο από το ότι το βρέφος αναζητά την παρουσία της. Η αναγνώριση του ειδικού στοιχείου είναι που κάνει τη μητέρα να μεταβολίσει τα στοιχεία β του βρέφους π.χ. αν το μωρό φοβάται ότι θα πεθάνει, αυτό είναι αναγνώριση της μητέρας. Το βρέφος θέλει την επεξεργασία αυτού του άγχους. Ήδη η αναγνώριση και η επεξεργασία είναι η αναγνώριση ενός νοήματος. Στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, η περιέχον-περιεχόμενο σχέση μεταξύ μητέρας-βρέφους είναι ελλειμματική.

Στην αναλυτική διαδικασία, το containment δηλαδή η περίεξη και ο μεταβολισμός του υλικού είναι πολύ σημαντικά στοιχεία της θεραπείας. Ένα κλινικό παράδειγμα αναδεικνύει το θέμα:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Εδώ η θεραπεύτρια μέσω της προβλητικής ταύτισης νιώθει τον θυμό της θεραπευόμενης, συγκρατεί τον δικό της θυμό και κατανοώντας τι ακριβώς συμβαίνει στην ίδια και στη θεραπευόμενη επιστρέφει πίσω μετασηματισμένο το υλικό και η θεραπευόμενη κάνει μία νέα σύνδεση. Σύμφωνα με τον Μανιαδάκη (2005) ο ασθενής αποκτά μία νέα ψυχική εμπειρία, καθώς εσωτερικεύει την ψυχική διεργασία του

αναλυτή, ο οποίος μέσω της προβλητικής ταύτισης βιώνει αυτό που ο θεραπευόμενος αισθάνεται ως δυσβάσταχτο και που δεν μπορεί να νοηματοδοτήσει, το μεταβολίζει, το μετατρέπει σε σκέψη και το επιστρέφει πίσω στον θεραπευόμενο ανακουφίζοντάς τον μέσα από την περιέχουσα λειτουργία του.

Ο Bion λοιπόν αντελήφθη ότι η προβλητική ταύτιση είναι τρισδιάστατη έννοια. Δεν είναι ένας μηχανισμός και ότι αυτό που περιέγραψε η Klein ως παθολογικό είναι ένας τρόπος να επικοινωνεί το βρέφος με τη μητέρα. Γιατί στη βρεφική-νηπιακή ηλικία υπάρχει το μη λεκτικό. Το σχήμα περιέχον-περιεχόμενο είναι επέκταση της προβλητικής ταύτισης που περιγράφει αυτά τα δύο στοιχεία. Ο Freud έκανε δύο σχήματα που το ένα μπαίνει μέσα στο άλλο. Ο μαστός περιέχει τα άγχη του στόματος του βρέφους κατά Klein. Η μητέρα περιέχει και το βρέφος περιεχόμενο προβάλλει. Το παραπάνω σχήμα μπορεί να θεωρηθεί και με έναν αντίστροφο τρόπο. Ο Bion περιέγραφε επίσης το περιέχον-περιεχόμενο (container-contained) με τα σύμβολα: αρσενικό-θηλυκό. Ήθελε να δείξει ότι στο σχήμα αυτό υπάρχει κάτι διεισδυτικό, μία «συνουσία», με την έννοια ότι το ένα μπαίνει μέσα στο άλλο, περιέχεται. Εννοεί ότι αυτή η συνάντηση έχει κάτι δημιουργικό. Δεν είναι απλώς ικανοποίηση, αλλά ότι είναι μία συνουσία μη σεξουαλική, των αισθήσεων που είναι δημιουργική. Το αρσενικό-θηλυκό είναι μία διαδικασία που εμπεριέχει κάτι το αμοιβαίο. Ο οριακός ασθενής όμως προσπαθεί να βάλει σε κάποιον άλλο πράγματα ανυπόφορα που δεν μπορεί να μεταβολίσει. Έτσι και ο θεραπευτής πρέπει να μεταβολίσει αυτά που δεν αντέχει ο ασθενής. Η πρόωγη ερμηνεία ή η παράλυση του θεραπευτικού έργου (σιωπή), μπορεί να παρεμποδίζει κάποια κομμάτια της προσωπικότητας του ασθενούς να μουν μέσα στον θεραπευτή και να μεταβολιστούν. Ο Bion λέει ότι ο ψυχωσικός ασθενής έχει μία πλευρά μέσα του με μη μεταβολισμένα στοιχεία.

Άρα σημειώνουμε την επικοινωνιακή πλευρά του σχήματος, όπου εάν οι προβλητικές ταυτίσεις του βρέφους δεν περιεχθούν, τότε το βρέφος επανέρχεται με πιο έντονες και τότε μπορεί να μιλάμε για εκσεσημασμένη προβλητική ταύτιση. Το βρέφος δεν πρέπει να κατανοηθεί απλώς ότι πεινάει, αλλά πρέπει να το βιώσει αυτό η μητέρα και να καταλαβαίνει την αγωνία του μωρού. Το παιδί μπορεί να μην έχει αντοχή στη ματαίωση. Ο θεραπευτής αν είναι πολύ αμυντικός, όπως και η μητέρα αν είναι πολύ "στεγνή" και δεν αντιδρά, ή είναι πανικόβλητη και δεν μπορεί να αντέξει το κλάμα του μωρού, τότε καταστρέφεται η επικοινωνία μέσω των προβλητικών ταυτίσεων. Αν αυτό δεν ειπωθεί η σχέση δεν αποκτά νόημα. Στους οριακούς ασθενείς, ο θεραπευτής πρέπει

να έχει τη δυνατότητα να είναι δεκτικός. Αν αυτό που επιστρέφει πίσω είναι μία ερμηνεία που οδηγεί σε μετασχηματισμό (transformation), η ερμηνεία αυτή πρέπει να είναι συντονισμένη συναισθηματικά, να επιστρέφει στον ασθενή κάποιο συναίσθημα. Εκτός από τα λόγια, υπάρχει κάτι που αναπτύσσεται στη σχέση περιέχον-περιεχόμενο. Κάτι επιστρέφει ο αναλυτής με έναν τρόπο πιο αποτοξινωμένο, μεταβολισμένο. Η μητέρα αυτό το δέχεται μέσω της ονειροπόλησης (reverie).

Ο όρος reverie αναφέρεται στη δεκτικότητα της μητέρας. Είναι ιδιαίτερη κατάσταση στην οποία ζει η μητέρα με το βρέφος της. Ο αναλυτής χρειάζεται να παλινδρομήσει λίγο μέσα στην ονειροπόληση, η οποία είναι πολύ σημαντική. Η λειτουργία αυτή είναι προσυνειδητή. Ο αναλυτής δεν ακούει κάθε λέξη. Δεν είναι computer αλλά όπως έλεγε ο Bion κάνει ονειροπόληση. Το ονειρεύεσθαι του θεραπευτή είναι αντίστοιχο με το όνειρο του ασθενή. Η ονειροπόληση (Bion,1962a), η οποία έχει μηχανισμούς παρόμοιους με το όνειρο, είναι η ψυχική διαδικασία φαντασίωσης του αναλυτή σε αντιστοιχία με τη φαντασίωση της μητέρας. Η ονειροπόληση είναι η φαντασίωση, τα άγχη και αυτό που βιώνεται στην αναλυτική σχέση σαν δεκτικότητα, σαν παλινδρόμηση, αλλά και ως απόηχος σκέψεων από το παρελθόν που γίνονται συνειδητές. Το παιδί έρχεται συχνά αντιμέτωπο με καταγισμό ερεθισμάτων που του προκαλούν δυσφορία. Έτσι προβάλλει την κατακερματισμένη εμπειρία του στη μητέρα του, η οποία μέσω της reverie, την επεξεργάζεται και το παιδί την ενδοβάλλει, όπως και τη μέθοδο επεξεργασίας της. Τώρα μπορούμε να φανταστούμε ως πιο διϋποκειμενική τη σχέση μητέρας-βρέφους (διϋποκειμενικότητα στην οποία συμβάλλουν και οι δύο). Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικό είναι το να μπορεί να αντέχει η μητέρα-αναλυτής το ότι δεν καταλαβαίνει ("αρνητική ικανότητα"). Δηλαδή να έχει την ικανότητα να αντέχει κανείς το άγνωστο. Το περιέχον-περιεχόμενο συνδέονται με μία γραμμική διαδικασία. Η ονειροπόληση είναι λειτουργία δεκτικότητας της μητέρας ή του αναλυτή μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο με τον συγκεκριμένο ασθενή ή το συγκεκριμένο παιδί. Ο Bion (1970) μιλώντας για "ονειροειδή" (dream-like) μνήμη υποστηρίζει πως το υλικό με το οποίο εργάζεται ο αναλυτής έχει μία "ονειροειδή" ποιότητα, δηλαδή τα ψυχικά υλικά μορφοποιούνται εικονοπλαστικά και δημιουργείται κατάσταση παλινδρόμησης κατά την οποία αυξάνονται οι πρωτογενείς διαδικασίες. Αναφέρει ότι το όνειρο είναι κατάκτηση, κάτι μετασχηματίζει το Α και δημιουργεί νέα όρια σε συνειδητό και προσυνειδητό. Ο Bion λέει ότι το dreaming είναι το όργανο που δημιουργεί συνειδητό

και ασυνείδητο. Η ονειροπόληση είναι πιο κοντά στην περίεξη και το ονειρεύεσθαι (dreaming) και συνδέεται με τη λειτουργία α.

Το κλινικό υλικό που ακολουθεί, αναδεικνύει το θέμα της ονειροπόλησης:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό, το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου).

Στη θεραπεία με τον οριακό ασθενή, που είναι γεμάτη από αντιμεταβιβαστικές θύελλες, η reverie του αναλυτή προστατεύει την αναλυτική σχέση, μετασχηματίζοντας τα πρωτογενή στοιχεία (στοιχεία β) μέσω της λειτουργίας α (Vaslamatzis,2007,Βασλαματζής,2008). Εργαζόμενος με τον οριακό ασθενή, ο θεραπευτής καλείται να αντέξει το κενό, την απόγνωση, την επιθετικότητα και γενικότερα, όλα αυτά τα πρωτογενή στοιχεία που κατακλύζουν τη θεραπεία, δηλαδή να μεταβολίζει αυτά που του προβάλλει ο ασθενής (τα στοιχεία β) και να του τα επιστρέφει μετασχηματισμένα μέσω της λειτουργίας α. Άρα, ο αναλυτής πρέπει να παλινδρομήσει λίγο. Η reverie του αναλυτή σώζει την δύσκολη πορεία της αναλυτικής σχέσης με τον οριακό ασθενή που κινδυνεύει να διακοπεί (Βασλαματζής , 2015).

Ο Winnicott(1960) μίλησε για τη «μητέρα –περιβάλλον» (the environment-mother), εννοώντας έτσι τις συνθήκες που αναπτύσσεται κάτι, το πρωταρχικό περιβάλλον που οι δραστηριότητες λαμβάνουν μέρος, τις συνθήκες που αναπτύσσονται οι διαδικασίες ψυχικής δόμησης του ατόμου, από τις οποίες “γεννιέται” και υποστασιοποιείται το βρέφος. Η μητέρα ανταποκρινόμενη στις ανάγκες του βρέφους, του προσφέρει ένα «συγκρατούν περιβάλλον» (holding environment),φροντίζοντάς το χωρίς να γίνεται διεισδυτική και το βοηθάει να αναπτύξει την αίσθηση ότι υπάρχει στον κόσμο. Ο Winnicott (1954) συνδέει τη ιδιότητα του μητρικού περιβάλλοντος που βοηθάει το βρέφος να αναπτυχθεί και να αποκτήσει οντότητα αναλογικά με τη θεραπεία. Η λειτουργία του “holding” επιτελείται από τον αναλυτή, καθώς υποστηρίζει και συγκρατεί τα διασπασμένα και παλινδρομημένα κομμάτια του θεραπευόμενου. Μιλώντας για την « αρκετά καλή μητέρα» (good enough mother), ο Winnicott (1973) περιγράφει την απορρόφηση της μητέρας από το βρέφος και την πλήρη εναρμόνισή της με τις ανάγκες του κατά το διάστημα μετά τη γέννησή του, καθώς και τον σταδιακό αποχωρισμό τους. Η «αρκετά καλή μητέρα», δεν είναι διεισδυτική με το βρέφος της, δεν εισβάλλει ώστε να διαταραχθεί η συνέχεια του “είναι” του. Αναλογικά και ο αναλυτής δεν πρέπει να είναι διεισδυτικός, δεν πρέπει να προβαίνει σε πρώιμες ερμηνείες, αλλά να παρέχει holding κάνοντας τις κατάλληλες ερμηνείες στον σωστό χρόνο και να μπορεί να περιμένει, κάτι που στην θεραπεία με την οριακή παθολογία

είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η φροντίδα του ασθενούς ως βρέφους κατά τους πρώτους μήνες ζωής έχει υπάρξει ελλειμματική.

Ο Ogden (1985) συνδέοντας τη μητρική παρουσία στην αναλυτική διαδικασία με την ψυχολογική "μήτρα" σύμφωνα με τον Winnicott, αναφέρει πως όπως η μητέρα προσφέρει στο βρέφος τον χώρο μέσα στον οποίο δημιουργείται η εμπειρία, έτσι κατά αναλογία στην θεραπεία ο αναλυτής προσφέρει στον ασθενή τον χώρο που αναπτύσσεται η εμπειρία μέσα από τη θεραπεία.

Η «συγκρατούσα λειτουργία» (holding function) και η «εμπεριέχουσα λειτουργία» (containing function) του αναλυτή είναι ιδιαίτερα σημαντικές θεραπευτικές παράμετροι στη θεραπεία των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, καθώς αναλογούν στις λειτουργίες της πρώιμης σχέσης μητέρας-βρέφους αποτελώντας «διορθωτική συναισθηματική εμπειρία» για τον ασθενή αφού υποστηρίζουν, συγκρατούν, εμπεριέχουν και οργανώνουν τον ψυχισμό του (Χαρτοκόλλης, 2010).

4. Αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας/Ερευνητικά δεδομένα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι Bateman και Fonagy (1999) μελέτησαν 38 οριακούς ασθενείς που βρίσκονταν σε πρόγραμμα ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας μερικής νοσηλείας και συγκρίθηκαν με μία ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα θεραπείας το πρόγραμμα περιελάμβανε εβδομαδιαία ατομική ψυχοθεραπεία, ομαδική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία τρεις φορές την εβδομάδα, εκφραστική ψυχοθεραπεία συνδυασμένη με τεχνικές ψυχοδράματος, εβδομαδιαία συνάντηση κοινότητας, τακτικές συνεδρίες με τον συντονιστή, ενώ η φαρμακευτική αγωγή ρυθμιζόταν από ψυχίατρο. Οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου δεν έκαναν ψυχοθεραπεία, παρακολουθούνταν δύο φορές μηνιαίως από ψυχίατρο, λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και όποτε χρειαζόταν έκαναν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως στην ομάδα θεραπείας υπήρχαν οφέλη (μείωση της αυτοκτονικότητας, σταθερότητα στη μέση διάρκεια νοσηλείας και μείωση κατά μεγάλο ποσοστό του άγχους και της κατάθλιψης) ενώ στην ομάδα ελέγχου η μέση διάρκεια νοσηλείας αυξήθηκε σημαντικά ενώ το άγχος παρέμεινε αμετάβλητο.

Οι Stevensons και Meares (1992) σε μία μελέτη σχετικά με το πριν και το μετά της θεραπείας, εφάρμοσαν ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία επικεντρωνόταν στην ανάπτυξη του εαυτού σε 30 εξωτερικούς ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, δύο φορές εβδομαδιαίως για ένα έτος. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρξε μείωση απουσιών από την εργασία, μείωση των αυτοτραυματισμών, των εισαγωγών στο νοσοκομείο, μείωση του χρόνου νοσηλείας και των επισκέψεων σε γιατρούς. Σε follow up μετά από 5 έτη τα αποτελέσματα παρέμεναν τα ίδια με εξαίρεση τον χρόνο απουσίας από την εργασία, ο οποίος άρχισε να αυξάνεται, που μπορεί όμως σε αυτό να έπαιξε ρόλο η οικονομική ύφεση που υπήρχε στη χώρα που εκπονήθηκε η μελέτη.

Σύμφωνα με τον Martens (2006) σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα με την εφαρμογή ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας (psychoanalytic psychotherapy), με τη θεραπεία νοητικοποίησης, (mentalized-based treatment), με τη ψυχοθεραπεία που είναι

εστιασμένη στη μεταβίβαση (transference-focused psychotherapy) και με τη γνωσιακή-αναλυτική θεραπεία (cognitive-analytic therapy).

Δεδομένα στην έρευνα επιβεβαιώνουν πως η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική ατομική ψυχοθεραπεία με οριακούς ασθενείς έχουν θετικά αποτελέσματα (Verheul,Herbrink,2007).

Οι Marzial et al (1999) μελετώντας την επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στην ατομική δυναμική ψυχοθεραπεία (individual,dynamic psychotherapy) και στη διαπροσωπική ομαδική ψυχοθεραπεία (Interpersonal group psychotherapy) ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας αναφέρουν πως η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα προβλεψιμότητας της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και στους δύο τύπους της θεραπείας, ενώ στην ομαδική ψυχοθεραπεία φαίνεται ότι η θεραπευτική συμμαχία σταθεροποιείται πιο αργά (σε μεταγενέστερη φάση της θεραπείας) σε σχέση με την ατομική.

Οι Perry, J,C, Bond, M και Bekes, V(2017) με βάση την υπόθεση ότι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας αλλάζει πιο αργά από ό,τι άλλες διαταραχές, εξέτασαν το ποσοστό αποτελεσματικότητας της μακράς ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (Long-Term Dynamic Psychotherapy) σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και συγκρίνοντας άτομα με οριακή διαταραχή και άτομα που δεν είχαν οριακή διαταραχή, βρήκαν πως υπάρχει βελτίωση στη συμπτωματολογία και στη λειτουργικότητα.

Σε μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τους Cristea et all (2017) σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων τύπων ψυχοθεραπείας στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, βρέθηκε πως η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η διαλεκτική (dialectic behavior) θεραπεία ήταν αποτελεσματικές στη συμπτωματολογία και στα συνοδά προβλήματα αν και υπήρχε αστάθεια στο follow-up.

Ο Fonagy (2015) διερευνώντας την επίδραση της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, βρήκε ότι το πιο δυνατό στοιχείο, η πιο δυνατή ένδειξη βρέθηκε στην μακρά ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ιδιαίτερα στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης, σύμφωνα με τον Fonagy (1991) η ανάλυση της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης είναι κρίσιμος θεραπευτικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της αντίστασης στη θεραπεία των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Η ψυχοθεραπεία με τον οριακό ασθενή είναι ένα δύσκολο ταξίδι, γεμάτο παγίδες και ανατροπές κατά το οποίο δοκιμάζονται συνεχώς τα όρια και η αντοχή του θεραπευτή.

Ο οριακός ασθενής είναι ένας ασθενής γεμάτος οργή, ο οποίος στη θεραπεία θεωρεί ότι ο θεραπευτής είναι αρνητικός απέναντί του και έχει την τάση να αναπτύσσει αρνητικές μεταβιβάσεις. Η θεραπεία με την κατηγορία αυτών των ασθενών είναι δύσκολη, επώδυνη με πολλές ματαιώσεις για τον θεραπευτή, ο οποίος καλείται να διατηρήσει την αντοχή του στις επιθέσεις του ασθενούς στο πλαίσιο και στο πρόσωπό του. Στη θεραπεία με τους συγκεκριμένους ασθενείς, ο θεραπευτής καλείται να τροποποιήσει την ουδετερότητά του αυξάνοντας την ενσυναισθητική του κατανόηση, αλλά και διατηρώντας μία ισορροπία ανάμεσα σε αυτή την ενσυναισθητική κατανόηση και την θέσπιση ορίων.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις δυσκολίες στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία των εν λόγω ασθενών, ορισμένες λειτουργίες του αναλυτή και του πλαισίου είναι σημαντικές. Μείζονος σημασίας θεραπευτική συνιστώσα είναι η θεραπευτική συμμαχία, η οποία δίνει τη δυνατότητα να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στη θεραπεία ώστε ασθενής και θεραπευτής να συνεργάζονται με εποικοδομητικό τρόπο. Στην εργασία με τους οριακούς ασθενείς, η θεραπευτική συμμαχία είναι πολύ δύσκολη, εύθραυστη και ευμετάβλητη, καθώς εξ αιτίας των χαοτικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ασθενούς, ο θεραπευτής πότε μετατρέπεται σε εχθρό και πότε σε εξιδανικευμένο σωτήρα. Η αναγνώριση από τον θεραπευτή του πρώιμου τραύματος που έχει συμβεί στον ασθενή και των επιπτώσεων που επιφέρει στις διαπροσωπικές του σχέσεις, συμβάλλει στην επίτευξη της θεραπευτικής συμμαχίας (Gunderson & Chu, 1993). Στους οριακούς ασθενείς το τραύμα είναι κεντρικό θέμα. Η οριακή οργάνωση είναι μία μετατραυματική λειτουργία, η οποία στηρίζεται σε ένα τραύμα που δεν μπορεί να αφομοιωθεί με αποτέλεσμα να επανεμφανίζεται διαρκώς. Στην οριακή παθολογία το τραύμα αποτελεί παράγοντα μείζονος σημασίας, καθώς έχει ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση του αρχαϊκού στοιχείου στην προσωπικότητα, δηλαδή τραυματικά στοιχεία που μπορεί να παραμένουν σιωπηλά και να έρχονται διαρκώς στο προσκήνιο μέσα από το πεδίο της μεταβίβασης- αντιμεταβίβασης. Στη θεραπεία, το τραύμα επαναβιώνεται και ο θεραπευτής πρέπει να επινοήσει καινούργιους τρόπους για να βιωθεί με ένα μη τραυματικό τρόπο.

Στην ψυχαναλυτική εργασία με τους "δύσκολους" ασθενείς όπως ονομάζονται οι οριακοί και οι ψυχωτικοί ασθενείς, η αντιμεταβίβαση είναι κεφαλαιώδους σημασίας καθώς συχνά αποτελεί το κύριο πεδίο που θα καθορίσει την πορεία και την εξέλιξη της θεραπείας. Η αντιμεταβίβαση, η οποία περιλαμβάνει τη συνολική συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο, θεωρείται πολύτιμο θεραπευτικό και διαγνωστικό εργαλείο που δίνει σημαντική πληροφόρηση στον θεραπευτή για τον ψυχικό κόσμο του ασθενούς. Τα αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα με τους οριακούς και ψυχωτικούς ασθενείς είναι έντονα και ισχυρά και τείνουν να προκαλούν αναστάτωση στον θεραπευτή και να τον εξουθενώνουν και εάν δεν γίνουν αντικείμενο συνειδητοποίησης και επεξεργασίας από τον ίδιο, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη θεραπεία. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, η αντιμεταβίβαση να εξετάζεται συνεχώς και να μπορεί ο θεραπευτής να υπομένει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται, να αντέχει την επιθετικότητα του οριακού ασθενούς, καθώς και τα δικά του συναισθήματα και να μπορεί να διαφυλάξει τη συναισθηματική του ισορροπία. Εργαζόμενος με τον οριακό ασθενή, ο θεραπευτής καλείται να αντέξει το κενό, την απόγνωση, την επιθετικότητα και γενικότερα όλα αυτά τα πρωτογενή στοιχεία που κατακλύζουν τη θεραπεία, να μεταβολίζει αυτά που του προβάλλει ο ασθενής (τα στοιχεία *α*) και να του τα επιστρέφει μετασχηματισμένα μέσω της λειτουργίας *α*. Εάν ο θεραπευτής μπορεί να συνειδητοποιήσει και να επεξεργαστεί τα αντιμεταβιβαστικά του συναισθήματα, μπορεί να προσφέρει στον ασθενή μία συναισθηματικά επανορθωτική εμπειρία, η οποία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ταυτιστεί με ένα υγιές και συνεπές αντικείμενο, το οποίο έχει στερηθεί κατά την παιδική του ηλικία.

Εφ' όσον η *ονειροπόληση* (*reverie*) της μητέρας σύμφωνα με τον Bion (1962b) μεταλλάσσει το αδόμητο του ψυχικού κόσμου του βρέφους σε μία πιο συμβολική λειτουργία, αντίστοιχα μέσα στο αναλυτικό πλαίσιο η *περιέχον- περιεχόμενο σχέση*, η *ονειροπόληση του αναλυτή*, η *εμπεριέχουσα λειτουργία του*, είναι καταλυτικής σημασίας καθώς βοηθάει τον ασθενή να προβάλλει τα άγχη του και αυτά να εμπεριεχθούν και να γίνουν επεξεργάσιμα από τον θεραπευτή. Το *αναλυτικό πλαίσιο* σύμφωνα με τον Winnicott (1967), πρέπει να έχει αναλογία με το μητρικό περιβάλλον που διευκολύνει και βοηθάει το βρέφος στην ανάπτυξή του. Ο χώρος της θεραπείας λειτουργεί ως μεταβατικός χώρος όχι μόνο δημιουργίας νοήματος αλλά και χώρος λειτουργίας *α*, ώστε να εμπεριεχθούν τα άγχη του και να καταφέρει ο ασθενής να δημιουργήσει σχέση με ένα νέο αντικείμενο και να μπορέσει να μετακινηθεί προς την καταθλιπτική θέση. Ο Winnicott (1955), υποστήριξε ότι οι οριακοί στη θεραπεία χρειάζονται "υποστηρικτικό

περιβάλλον”, κάτι που τους έλλειψε στη βρεφική και παιδική ηλικία. Τα ενδονοσοκομειακά τμήματα και τα νοσοκομεία ημέρας λειτουργούν ως παράγοντας που συγκρατεί και εμπεριέχει την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των ασθενών με διαταραχή προσωπικότητας (Βασλαματζής, 2005).

Ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν πως η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία με οριακούς ασθενείς έχει θετικά αποτελέσματα και πως σε σύγκριση με τις νοσηλείες των οριακών ασθενών ή την παρακολούθησή τους χωρίς ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και ψυχιατρικού πλαισίου έχει πολύ καλά αποτελέσματα (Chiesa et al, 2004, Chiesa et al, 2006, Vermote et al, 2010), όπως επίσης και στη μερική νοσηλεία (Bateman & Fonagy, 1999, 2008, Karterud et al, 1992, 2003). Επίσης η εφαρμογή ψυχοθεραπείας χωρίς φάρμακα στο ενδονοσοκομειακό πλαίσιο φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα ως προς την παρορμητικότητα των οριακών ασθενών ενώ στη μείωση της αυτοκτονικότητας συμβάλλει ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής (Vaslamatzis et al, 2014).

Μέσω της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, ο οριακός ασθενής καταφέρνει να αναπτύξει την ικανότητά του να βιώσει τη θεραπευτική σχέση ως σχέση με ένα νέο αντικείμενο, το οποίο εμπεριέχει τα άγχη του, τα μεταβολίζει, τα επιστρέφει μετασηματισμένα και έτσι καλύπτει στον ψυχισμό του ελλείμματα που προϋπήρχαν (Βασλαματζής, 2000). Δηλαδή ουσιαστικά αποτελεί μία διαδικασία ψυχικής αναδόμησης μέσα από την εσωτερίκευση της αναλυτικής σχέσης.

Η παρούσα εργασία “φιλοδοξεί” να συμβάλλει στο να παρουσιάσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας μέσα από την ανάδειξη των θεραπευτικών παραγόντων που συντελούν στην αποτελεσματικότητά της. Επίσης, συμβάλλει στο να περιγραφούν με σαφήνεια οι παράγοντες που δρουν στο πλαίσιο της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με οριακούς ασθενείς, το οποίο θα αξιολογηθεί από τους επαγγελματίες ώστε μέσα από κάθε εργασία τέτοιου τύπου, να εξαχθούν συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με την εν λόγω κατηγορία ασθενών. Σε σχέση με τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, το κλινικό υλικό, το οποίο χρησιμοποιήθηκε, προέρχεται από μικρό αριθμό κλινικών περιστατικών ώστε τα συμπεράσματα που εξάγονται να μην μπορούν να γενικευθούν.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Alexandris A, Vaslamatzis G (1993), "Countertransferential bodily feelings and the containing function of the analyst", στο: "Countertransference: Theory, Technique, Teaching Edited by Athina Alexandris and Grigoris Vaslamatzis", London, Karnac Books.
- 2) Ainsworth, M.S, Blehar, M.C. Waters,E, & Wall, 5, (1978), "Patterns of attachment: A psychological study of the strange Situation". Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 3) Adler, G (1985), "Borderline Psychopathology and Its Treatment", New York, Jason Aronson.
- 4) Abraham,K (1911), "Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions" , In Selected Papers on Psychoanalysis, Basic Books, 1953, στο: Bleichmar H,B (1996)," Some Subtypes Of Depression And Their Implications For Psychoanalytic Treatment", International Journal of Psycho-Analysis, 77.
- 5) Anzieux, D (1974), "Le moi peau", Nouvelle Revue de Psychanalyse, 9, στο: Anzieux,D (2003),"Το Εγώ-Δέρμα",Εκδ.Καστανιώτη.
- 6) Bateman, A (1998), "Thick and thin-skinned organizations and enactment in borderline and narcissistic disorders", Int J Psycho-Anal, 79.
- 7) Bateman A, Fonagy, P(1999), "Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randonmized Controlled Trial", Am J Psychiatry, 156: 1563-1569.
- 8) Bateman A, Fonagy, P(2008),"8 years follow up of partial treatment for borderline personality disorder", Am J Psychiatry, 165: 631-638.
- 9) Bick, E (1968), "The experience of the skin in early object-relations", Int.J.Psychho-Anal, 49.
- 10) Bion, W, R (1970), "Attention and interpretation", London: Heinemann.
- 11) Bion,W,R(1962a),"Atheory of thinking",inSecond Thoughts (1967),London:Karnac,στο: Bion ,W,R (1962a),"Μία θεωρία για το σκέπτεσθαι",Δεύτερες σκέψεις,Αθήνα, Εκδ.Καστανιώτη.
- 12) Bion,W,R(1962b), "Learning from Experience",London:Heinemann.

- 13) Bion, W.R. (1956), "Development of schizophrenic thought", *Int.J.PsychoAnal.* 37:344-6, επανέκδ. (1967) στο W.R.Bion, *Second Thoughts*. Heinemann.
- 14) Bowlby, J (1973), "Attachment and Loss", London: Hogarth.
- 15) Bowlby, J (1988), "Attachment, communication and the therapeutic process. A secure base Parent-child attachment and healthy human development".
- 16) Bleger, J. (1967), "Psychoanalysis of the Psychoanalytic frame", *International Journal of Psychoanalysis*, 48: 511-519.
- 17) Cristea, I.A, Gentili, C, Cotet, C.D, Palomba, D, Barbui, C, Cuijpers, P (2017), "Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis", *JAMA Psychiatry*, 74(4), pp.319-328.
- 18) Chieza, M, Fonagy, P, Holmes, J, Drahorad, C, (2004), "Residential vs community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs", *Am J Psychiatry*, 161: 1463-1470.
- 19) Chieza, M, Fonagy, P, Holmes, J, (b) (2006), "6 years follow up of three treatment programs to personality disorders", *J Pers. Disord*, 20: 493-509.
- 20) Deutsch, H (1942), "Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia", *Psychanal.Quart*, 11.
- 21) Eigen, M (1992), "Coming through the whirlwind: Case studies in psychotherapy", Wilmette, IL: Chiron.
- 22) Erikson, E.H (1968), "Identity, Youth and Crisis", New York, Norton.
- 23) Fairbairn, W.R.D (1944), "Endopsychic structure considered in terms of object-relationships", στο: "An Object-Relations Theory of the Personality", New York, Basic Books, 1951.
- 24) Fairbairn, W.R.D (1943), "The repression and the return of bad objects (with special reference to the war neuroses)", στο: "An Object-Relations Theory of the Personality", New York, Basic Books, 1951.
- 25) Fairbairn, W.R.D (1941), "A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses" στο: "An Object-Relations Theory of the Personality", New York, Basic Books, 1951.
- 26) Ferenczi, S (1921), "The further development of an active therapy in psychoanalysis", *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, London, Hogarth στο: "Μπέιτμαν, Ά και Χολμς, Τζ (2001),

- “Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση. Σύγχρονη θεωρία και πρακτική”, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη.
- 27) Freud, S, (1918), “From the History of an Infantile Neurosis”, SE,17.
- 28) Freud, S, (1920),“Beyond the Pleasure Principle”, SE 18.
- 29) Freud, S, (1926),“Inhibitions,Symptoms and Anxiety”, SE 23.
- 30) Freud,S (1913/1958), “ On the beginning of treatment: Further recommendations of the technique of psychoanalysis”, στο: J. Starchey (Ed.), “The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud”, London: Hogarth Press.
- 31) Fonagy, P. και Target, M (2000), “Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in Borderline patients”, Int. J. Psychoanal. 81.
- 32) Fonagy P, Target M (1997), “ Attachment and reflective function: their role in self-organization”. Dev Psychopathol 9, p 679.
- 33) Fonagy,P (2015), “The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update”, World Psychiatry, 14(2), pp.137-150.
- 34) Fonagy,P (1991), “Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a border;ine patient”, International Journal of Psycho-Analysis, 72 (4), pp. 639-656.
- 35) Gabbard, G,O (2000),“Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice”, Washington, American Psychiatric Press, στο: Gabbard, G,O (2012), “ Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη”, Αθήνα, Εκδ. Βήτα.
- 36) Gabbard, G,O (2004), “Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), Washington, Amerian Psychiatric Publishing, Inc στο: Gabbard, G,O (2010), “ Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας”, Αθήνα,Εκδ. συνάψεις.
- 37) Gabbard, G, O (1995), “Countertransference: the emerging common ground”, Int J Psychoanal, 76.
- 38) Gabbard G.O, Wilkinson SM (1994), “On Victims, Rescuers and Abusers»στο: “ Management of Countertransference with Borderline Patients. American Psychiatric Press”.
- 39) Golberg, P (1990), “Actively seeking the Holding Environmental” στο: P.Boyer,P.L. Giovacchini (eds), “Master clinicians on treating the regressed patient”.

- 40) Green A,(1975), "The Analyst, Symbolization And Absence In The Analytic Setting (On Changes In Analytic Practise And Analytic Experience)- In Memory Of D.W.Winnicott.", Int. J.Psycho-Anal.,56:1.
- 41) Green, A (1984), "On private madness", Karnac. Στο: Green, A (2002), "Η ιδιωτική τρέλα. Ψυχανάλυση των οριακών περιπτώσεων", Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη.
- 42) Green, A (2000), "The Central Phobic Position: A New Formulation Of The Free Association Method", The International Journal of Psychoanalysis, 81.
- 43) Green, A(1999), "Genese et situation des etats limites", Les etats limites, Paris, PUF.
- 44) Green, A (1983), " La mere morte." In "Narcissisme de vie, Narcissisme de mort" , Paris: Les editions de minuit.
- 45) Grinker RR Jr, Werble B, Drye RC (1968),"The Borderline Syndrome: A Behavioral study of Ego-functions", New York, Basic Books.
- 46) Gunderson J. G, Chu J.A (1993), "Treatment Implications of Past Trauma in Borderline Personality Disorder", Harvard Review of Psychiatry, 1: 2, 75-81.
- 47) Gunderson, J,G,(1984), "Borderline Personality disorder", Washington, DC, American Psychiatric Press.
- 48) Heimann, P (1950), "On Counter-Transference", International Journal of Psycho-Analysis, v.31, . Article (AN: IJP.031.0081A).
- 49) Herman JL,Perry JC, van der Kolk (1989), "Childhood trauma in borderline personality disorder", Am J Psychiatry, 146(4).
- 50) Hinshelwood, R,D (1999), "Countertransference", Int J Psychoanal 80: 797-818.
- 51) Hoch P, Polatin P (1949), "Pseudoneurotic forms of schizofrenia", Psychiat Q 23.
- 52) Karterud, S, Vaglum, S, Friis,S, Irion, T, Johns,S,Vaglun,P (1992), "Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorder", J, Nerv Ment Dis, 180: 238-243.
- 53) Karterud, S, Pedersen,G, Bjordal,E (2003), "Day treatment of patients with personality disorders. Experiences from a Norwegian treatment research network", J Pers Disord, 17: 243-262.
- 54) Kernberg ,O (1967), "Borderline personality organization", J Am Psychoanal.Assoc, 15,1967.
- 55) Kernberg, O.F. (1975), "Borderline conditions and pathological narcissism", J.Aronson: New York, στο: Κέρνμπεργκ Ο, "Οριακές καταστάσεις και παθολογικός ναρκισσισμός", 2007, Εκδ.Καστανιώτη.

- 56) Kernberg, O,F (1984), "Severe personality disorders", New Haven and London: Yale University Press
- 57) Kernberg OF, (1976), "Technical considerations in the treatment of borderline personality organization", J Am Psychoanal Assoc 24, στο: Gabbard, G,O (2012), "Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη", Εκδ. Βήτα.
- 58) Knight R.P (1953), "Borderline states", Bull Meninger Clin 17.
- 59) Kohut, H (1971), " The analysis of the self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders", New York: International Universities Press.
- 60) Laplanche J et Pontalis j-B (1981),"Vocabulaire de la Psychanalyse", Presses Universitaires de France,Paris,στο: Laplanche και J.-B. Pontalis (1986),"Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης, σελ. 57, Αθήνα, Κέδρος.
- 61) Martens, W, H, J (2006), "Effectiveness of psychodynamic treatment in patients with borderline personality disorder", Journal of Contemporary Psychotherapy", 36(4), pp.167-173.
- 62) Marty,P, de M'Uzan(1962), "La pensee operateire", dens Revye Francaise de psychanalyse, XXVII, numero special,1963, republie en 1994 dans Revue francaise de psychosomatique, Paris: PUF.
- 63) Marziali,E, Munroe-Blum, H & McCleary, L (1999),"The Effects of the Therapeutic Alliance on the Outcomes of Individual and Group Psychotherapy with Borderline Personality Disorder", Psychotherapy Research, 9:4, 424-436.
- 64) Mc Williams,N(1994),"Psychoanalytic Diagnosis",The Guilford Press,στο: (2012),"Ψυχαναλυτική Διάγνωση", Θεσσ/νίκη Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας.
- 65) Masterson JF, Rinsley DB (1975), "The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality". Int J Psychoanal 56.
- 66) Mahler, M, Pine, F, Bergman, A (1975), "The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation", Hurchinson, London.
- 67) Meares, R και Coombes, T(1994), "A drive to play: evolution and psychotherapeutic theory", Austral and New Zeal, J, Psychiat, 28.
- 68) Meissner ,WW (1984), "The Borderline Spectrum: Differential Diagnosis and Developmental Issues", New York, Jason Aronson.
- 69) Meissner ,WW (1988),"Treatment of patients on the Borderline Spectrum", Northvale, Nj, Jason Aronson.

- 70) Milner, M.(1952), "Aspects of symbolism in the comprehension of the not-self", Int.J.Psycho-Anal, 33.
- 71) Mitchell,S,A (1981), "The Origin and Nature of the Object' in the Theories of Klein and Fairbairn", Contemporary Psychoanalysis, 17.
- 72) Ogden T,H (1997), "Reverie and interpretation: Sensing something human", Northvale, NJ: Aronson, London, Karnac Books.
- 73) Ogden T,H (1994), "The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts", Int. Journal of psycho-Anal, 75.
- 74) Ogden T,H (1985), "The Mother, the Infant and the Matrix: Interpretations of Aspects of the Work of Donald Winnicott", Contemporary Psychoanalysis, 21.
- 75) Quinodoz, J-M(2004), "Lire Freud", Presses Universitaires de France, ainsi que le titre Francais de l'ouvrage, στο: Quinodoz, J-M (2013), "Πως να διαβάσω τον Φρόιντ", Οδηγός ανάγνωσης του Φροϊδικού έργου, Αθήνα, Εκδ. Κέδρος.
- 76) Perry,J,C, Bond,M,& Bekes,V (2017), "The Rate of Improvement in Long-Term Dynamic Psychotherapy for Borderline Personality Disorder", Journal of Nervous and Mental Disease, 205(7), pp.517-524.
- 77) Racker, H (1968), "Transference and countertransference", G. Racker, D. Racker, στο: Ράκερ, Χ (2007), "Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση", Εκδ. Καστανιώτη.
- 78) Rinsley, DB (1989), "Developmental Pathogenesis and Psychoanalytic Treatment of Borderline and Narcissistic Personalities. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- 79) Segal, H (1981), "Countertransference", in « The Work of Hanna Siegal", North Vale, NJ: Jason Aronson.
- 80) Segal,H(1964,1973), "Introduction to the work of Melanie Klein", UK, Hogarth Press,στο:(1999), "Εισαγωγή στο έργο της Μ.Κλάιν", Εκδ. Καστανιώτη.
- 81) Schmideberg M (1959), "The borderline patient", στο "American Handbook of Psychiatry", Vol 1, Edited by Arieti S, New York, Basic Books, pp398-416.
- 82) Spitz, R.A: (1965), "De la naissance a la parole. La premiere anee de la vie", Presses Universitaires de France, 1968 η Γαλλική μετάφραση.
- 83) Stevenson,J & Meares, R(1992), "An outcome study of Psychotherapy for Patients With Borderline Personality Disorder", Am J Psychiatry, 149: 358-362.
- 84) Sterba, R.F (1934), "The fate of the ego in the analytic therapy", International Journal of Psychoanalysis, 115.

- 85) Stern ,DN (1989), " Developmental prerequisites for the sense of a narrated self, in Psychoanalysis: Toward the Second Century", Edited by Cooper AM. Kernberg OF,Person ES. New Haven, CT, Yale University Press.
- 86) Stern, DN (1985),"The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology". New York, Basic Books.
- 87) Stern, A (1938),"Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis", Psychoanal.Quart., 7.
- 88) Taylor, Gr, J (1987), "Psychosomatic medicine and Contemporary psychoanalysis", International Universities Press, στο: Τέιλορ Γκ,Τζ (1999), "Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση", Εκδ. Καστανιώτη.
- 89) Van der Kolk (1994), "Trauma and the development of borderline personality disorder",Psychiat. Clin North.
- 90) Vaslamatzis,G (2007), "Keeping the Analytic Relationship Alive: A Clinical Exploration into incoherence and Lethargy", Scand Psychoanal Rev 30: 106-112.
- 91) Vaslamatzis, Gr, Theodoropoulos, P, Vondikaki, S, Karamanolaki, H, Milia,Tsanira,M, Gourounti,K (2014),"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, 202: 138-143.
- 92) Vermote, R, Lowyck, B, Luyten, P, Vertommen, H, Corveleyn, J, Verhaest, Y et al (2010), "Process and outcome in psychodynamic hospitalization based treatment for patients with a personality disorder", J Nerv. Ment. Dis, 198: 110-115.
- 93) Verheul, R & Herbrink, M (2007), "The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders. A systematic review of the evidence and clinical recommendations", Int, Rev, Psychiat, 19: 25-38.
- 94) Volcan V.D (1993), " Common Countertransference reactions commonly present in the treatment of patient with borderline personality" in « A. Alexandris & Vaslamatzis: Countertransference », Karnac Books".
- 95) Wallerstein, R (2009), "What Kind of Research in Psychoanalytic Science", International Journal of Psycho-Analysis, 90(1): 109-133.
- 96) Winnicott, D.W (1956a), "Primary maternal preoccupation", στο « Though Paediatrics to Psycho-Analysis», 1977, Hogarth Press, London.
- 97) Winnicott, D.W (1947,1949),"Hate in the Counter-Transference", International Journal of Psychoanalysis 26.

- 98) Winnicott, D.W (1965), "The Maturational Processes and the Facilitating Environment", Hogarth Press Ltd, στο: Winnicott, D.W (2003), "Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον", Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- 99) Winnicott, D.W (1973,1992), "The Child, The Family And The Outside World", Perseus Publishing στο: Βίννικοτ, Ντ, (2001), "Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός τω κόσμος", Εκδ. Καστανιώτη.
- 100) Winnicott, D.W (1955), "Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytic set-up", International Journal of Psychoanalysis", 36.
- 101) Winnicott, D.W (1956), "On transference", Int. Journal Psycho-Anal, 37.
- 102) Winnicott, D.W (1962), "Ego integration in child development" στο « The Maturational Processes and the Facilitating Environment», 1985, Hogarth Press, London.
- 103) Winnicott, D.W (1960), "The theory of the parent-infant relationships" στο « The Maturational Processes and the Facilitating Environment», 1985, Hogarth Press, London.
- 104) Winnicott, D.W (1954), "The depressive position in normal emotional development" στο « Though Paediatrics to Psycho-Analysis», 1977, Hogarth Press, London.
- 105) Winnicott, D.W (1969), "The Use of an Object", International Journal of Psychoanalysis, 50.
- 106) Winnicott, D.W (1967), "Mirror-role of mother and family in child development " στο « Playing and reality», 1982, Penguin Books.
- 107) Winnicott, D.W (1971), "Playing and reality", London: Tavistock publications, 1958.
- 108) Winnicott, D.W (1954), "Withdrawal & Regression", στο: (1975), Collected Papers: "Through Paediatrics to Psycho-Analysis". The International Psychoanalytical Library, London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- 109) Winnicott, D.W (1974), "Fear of Breakdown", The International Review of Psycho-Analysis, 1, στο: Winnicott, D.W (2010), "Φόβος Κατάρρευσης", Εκδ. Άγρα, σελ. 25.
- 110) Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, et al (1990), "Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders". Am J Psychiatry 147.

- 111) Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, Khera GS (2000), "Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients", J Pers Disord 14.
- 112) Zanarini MC, Frankenburg FR (1997), " Pathways to the development of borderline personality disorder", J Personal Disord 11:93-104.
- 113) Zetzel, E,R (1956), "Current concepts of transference", International Journal of Psychoanalysis, 37, 369-376.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Βασλαματζής,Γ (2015), " Η θεραπευτική σχέση στις οριακές διαταραχές. (Σύντομες σκέψεις από τη μελέτη των οριακών φαινομένων)", στο: « Η θεραπευτική σχέση. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική», Συλλογικό έργο, Εκδ. Καστανιώτη.
- 2) Βασλαματζής,Γ (2014), "Ψυχαναλυτική μελέτη Το Κενό, Το Αρχαϊκό, Το Ψυχικό Τραύμα".
- 3) Βασλαματζής, Γ (2005), "Θεωρία και πρακτική στη δημιουργία ενός ψυχοδυναμικού πλαισίου για οριακούς ασθενείς" στο: "Ο Οριακός ασθενής. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε κλινικό πλαίσιο". Συλλογικό έργο, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη.
- 4) Βασλαματζής, Γ (2000), " Η διαδικασία της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας του οριακού καταθλιπτικού ασθενή", στο:"Ανάμεσα στη σύγχυση και τη δημιουργικότητα. Ψυχανάλυση και οριακός ασθενής", Αθήνα, Εκδ. Ελληνικά γράμματα.
- 5) Βασλαματζής, Γ (2008), "Το συναίσθημα στην ψυχαναλυτική κατάσταση", στο: Πόταγας, Κ, Ευδοκιμήδης, Ι (επιμ), "Συζητήσεις για τον Λόγο στο Αιγινήτειο, Αθήνα, Συνάψεις.
- 6) Ζερβής, Χ (2014), " Το κενό στην ψυχική λειτουργία του Οριακού Ασθενούς" στο: "Το Κενό, Το Αρχαϊκό, Το Ψυχικό Τραύμα", Εκδ. Συνάψεις.
- 7) Καραμανωλάκη, Χ (2014), " Από την επανάληψη στο νόημα: η ψυχαναλυτική εργασία με το παιδικό ψυχικό τραύμα", στο: « Το Κενό, Το Αρχαϊκό, Το Ψυχικό τραύμα», Συλλογικό έργο, Εκδ. Μ/συνάψεις.

- 8) Κοκκώση, Μ (2014), "Το αρχαϊκό και η άρρητη «αλήθεια» στην πρώιμη συμβιωτική σχέση με το αντικείμενο", στο: «Το Κενό, Το Αρχαϊκό, Το Ψυχικό Τραύμα», Συλλογικό έργο, Εκδ. Μ/συνάψεις.
- 9) Κοκκώση, Μ (2005), "Αναπαραστάσεις εαυτού σε οριακό θεραπευόμενο: επεξεργασία στον ενδιάμεσο χώρο της αφήγησης", στο: "Ο οριακός ασθενής. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε κλινικό πλαίσιο", Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη, σελ.86.
- 10) Μάνος, Κ (2008), « Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- 11) Μανιαδάκης, Γ (2005), "Ο οριακός ασθενής. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε κλινικό πλαίσιο", Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη.
- 12) Ποταμιάνου, Α (1993), "Ψυχική οικονομία και δυναμική στις οριακές καταστάσεις", Εκδ. Χατζηνικολή.
- 13) Χαρτοκόλλης, Π, (2010), "Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας", Περιοδικό Οιδίπους, Έτος Β, τεύχος 4, Νοέμβριος 2010, Αθήνα, Εκδ. Ποταμός.
- 14) Χαρτοκόλλης Π (1991), "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο.
- 15) Χαρτοκόλλης Π (1990), "Οριακές διαταραχές προσωπικότητας: διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση, «Ψυχιατρική», 1.
- 16) Σικελιανού, Δ (2010), "Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων", Αθήνα, Εκδ. Διώνικος.