

KERNBERG, Otto F., et al. Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 2008, 89.3: 601-620.

Psychoterapie zaměřená na přenos: Přehled a aktualizace

Otto F. Kernberg, Frank E. Yeomans, John F. Clarkin and Kenneth N. Levy

Abstrakt: Tento článek popisuje specifický typ psychoanalytické psychoterapie pro pacienty s těžkými poruchami osobnosti, jehož technický přístup a účinnost byla ověřena výzkumnými projekty zaměřenými na empirické důkazy. Tato léčba vychází ze zjištění projektu Menninger Foundation Psychotherapy Research a jako teoretický základ používá model psychoanalytické teorie objektních vztahů. Článek odlišuje tento typ léčby od jiných psychoanalytických metod psychoterapie, tradiční psychoanalýzy a tří typů nepsychoanalytické psychoterapie převládající v léčbě hraničních pacientů: dialektická behaviorální terapie, podpůrná terapie založená na psychoanalytické teorii a schematerapie. Na závěr jsou definovány indikace a kontraindikace pro tuto konkrétní psychoterapeutickou metodu, vyplývající z klinických zkušeností, které se objevily během sledu výzkumných projektů, které umožnily stanovit její účinnost.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, srovnávací analýza psychoterapeutických léčebných postupů, interpretace, teorie objektních vztahů, psychoanalytické psychoterapie, randomizované kontrolované studie, rozdělovací mechanismy, technická neutralita, přenosová analýza

Úvod

Psychoterapie zaměřená na přenos (TFP) se vyvinula z výzkumného projektu psychoterapie Menningerovy nadace, zejména z jejích kvantitativních studií, které zjistily, že se pacienti s vážnými poruchami osobnosti nebo hraniční poruchou osobnosti zlepšili více díky psychoterapeutickému přístupu, který se soustředil na přenosové interpretace během sezení a zároveň poskytoval pacientovi tolik podpory mimo sezení, kolik bylo nutné k udržení léčebného rámce, než podobní pacienti léčení buď standardní psychoanalýzou nebo podpůrnou psychoterapií (Kernberg et al., 1972).

Počínaje rokem 1976 skupina psychoanalytiků a výzkumníků se věnovala tomuto přístupu systematictěji, což vyvrcholilo prací Institutu pro poruchy osobnosti (při Westchester Division New York Presbyterian Hospital) v posledních 10 letech. Zdokonalili aplikaci psychoanalytických technik z pohledu teorie objektních vztahů na hraniční pacienty, zejména pokud jde o interpretaci, analýzu přenosu a využití protipřenosu. Odlišili podpůrné účinky intervencí od vlastních podpůrných technik a aplikovali čistě analytický model na interpretaci přenosu. Definovali specifické nástroje psychoanalytické léčby, které nastiňují dále v tomto článku.

Strategie

Předpokládali jsme, že pacienti s těžkými poruchami osobnosti nebo hraniční poruchou osobnosti trpí syndromem difúze identity, tedy chronickým, stabilním nedostatkem integrace konceptu já a konceptu dalších významných osob, a že konečnou příčinou tohoto syndromu je

selhání psychologické integrace vyplývající z převahy agresivních internalizovaných objektních vztahů nad idealizovanými.

Ve snaze ochránit idealizovaný segment reprezentace self a objektu bylo ego těchto pacientů fixováno na úrovni primitivních disociativních mechanismů a posíleno řadou dalších primitivních obranných mechanismů (jmenovitě projektivní identifikace, omnipotence a omnipotentní kontrola, devalvace, popírání a primitivní idealizace). Difúze identity se klinicky odráží v neschopnosti přesně posoudit sebe a druhé, oddat se práci nebo povolání, navazovat a udržovat stabilní intimní vztahy a v nedostatku porozumění a taktu v mezilidských situacích. Primitivní obranné mechanismy se projevují v chování pacientů a jsou důležitým rysem jejich maladaptivního řešení negativních afektů a konfliktních interpersonálních situací, které zásadně přispívají k chaosu a rozpadu v intimitě, v práci a ve společenském životě.

Hlavní strategie v přenosově zaměřené psychoterapii (TFP) hraniční poruchy osobnosti spočívá v usnadnění (re)aktivace při léčbě pacientových odštěpených internalizovaných objektních vztahů, které jsou následně pozorovány a interpretovány při přenosu. Podmínky léčby stanovené léčebnou smlouvou usnadňují tuto reaktivaci internalizovaných objektních vztahů tady a teď. TFP se provádí v osobních setkáních, minimálně dvě a obvykle ne více než tři sezení týdně. Pacient je instruován, aby volně asocioval (obvykle začíná okolo problémů, které ho přivedly k léčbě) a terapeut omezuje svou roli na pečlivé sledování aktivace regresivních, odštěpených vztahů při přenosu, pomáhá je identifikovat a interpretovat a reflektovat chování a interakce pacientů.

Koncept difúze identity je založen na myšlence psychologické struktury složené z více oddělených objektních vztahů, pozitivních a negativních, z nichž každý odráží dyadickou jednotku seberepresentace, objektové reprezentace a dominantního afektu, který je spojuje. Tyto dyadické jednotky (nebo dyády) mají původ v internalizaci a následné nevědomé revizi afektivně intenzivních zážitků v průběhu raného vývoje. Peripetie vývoje u hraničních jedinců brání těmto primitivním objektním vztahovým dyádám v tom, aby se začlenily do jemnějších a realističtějších reprezentací sebe sama a druhých. Předpokládá se, že jedinec internalizuje oba póly vztahu – roli já a roli „druhého“ – a že se pacient různě identifikuje s reprezentací „já“ a „druhým“.

K reaktivaci dyády dochází s rychlým obratem rolí v přenosu. Rozdíl mezi dvěma póly dyády nepředstavuje zásadní rozkol ve vnitřním světě pacienta. Dyáda je zvnitřnění vztahu s komplementárními rolami. Vnitřní rozkol vzniká mezi dyádami prodchnutými výhradně pozitivními, idealizujícími afekty a dyádami prodchnutými negativními, agresivními afekty. Ty musí být odděleny, aby se předešlo intenzivní úzkosti. Interpretace nejprve směřují pacientovu pozornost na jeho identifikaci s oběma rolami dané dyády a poté na koexistenci segregovaných dyád s protichůdnými afektivními náboji. Zapojení pacientova pozorujícího ega otevírá cestu k interpretaci konfliktů, které udržují tyto dyády (a odpovídající pohledy na sebe a druhé) oddělené. Dokud nebudou tyto reprezentace integrovány do více nuančních a modulovaných reprezentací, pacient bude i nadále vnímat sebe a ostatní v přehnaných, zkreslených a rychle se měnících termínech.

Pacient se například může chovat jako zoufalé, bezmocné dítě, které se snaží získat pozornost lhostejné matky a promítá obraz lhostejné a potenciálně nebezpečné matky do terapeuta, zatímco o 10 minut později je to pacient, kdo se chová jako lhostejná, odmítající matka, zatímco terapeut se pod vlivem projektivní identifikace prožívá jako bezmocné dítě, které se snaží získat pozornost odtažité matky.

Ať už je pacient v roli „dítěte“ nebo „matky“, tato dyáda udržuje negativní emocionální náboj a je třeba ji odlišit od jiných dyád nesoucích pozitivní, idealizující emocionální náboj. Interpretace v konečném důsledku spočívá ve spojení oddělených pozitivních a negativních přenosů dyád. To vede k integraci vzájemně oddělených idealizovaných a perzekučních segmentů zkušenosti, což pacientovi pomáhá dosáhnout koherentního a jemného vnímání sebe sama a druhých, čímž se řeší difúze identity.

V uvedeném příkladu je dyáda odtažitá matka / neschopné dítě vztahem perzekuční části objektu. Jeho opakem může být idealizovaný, milující vztah matky / šťastně závislého dítěte, který se projevuje oscilujícím způsobem.

Interpretace probíhá ve třech krocích. Prvním krokem je formulace celkového vztahu, který je v tu chvíli aktivován, pomocí metaforických výroků, způsobem, který pacient chápe, a objasňujících kdo v interakci hraje jakou roli. Komentáře terapeuta jsou založeny na jeho pozorováních, využívají protipřenosu a na objasnění pacientova prožívání vztahu.

Druhý krok spočívá v pozorování výměny rolí mezi pacientem a terapeutem, což je důležité k postupnému uvědomění si vzájemné komplementarity těchto dvou rolí. Tento krok se provádí objasněním a konfrontací obou oscilujících pólů dané dyády.

Třetí krok spočívá v interpretačním propojení vzájemně disociovaných pozitivních a negativních přenosů, přenosů odrážejících idealizované a perzekuční vztahy, vedoucí k integraci vzájemně oddělených idealizovaných a perzekučních segmentů zkušenosti. Tento třetí krok přináší významnou integraci pacientovy ego identity.

Například ve výše popsaném příkladu může terapeut interpretovat potřebu idealizovaného vztahu jako obranu proti vzniku perzekučního vztahu v bodě jakékoli frustrace, což vede k pacientovu poznání, že terapeut ve skutečnosti není ani tak hrozný ani tak ideální, jako to pacient zažil dříve; a pacient není ani tak potřebný a frustrovaný, ani tak (dočasně) zcela spokojený a naplněný jako dříve.

Taktika

Při uzavírání smlouvy o léčbě, kromě obvyklých opatření terapeut popíše také postup, který řeší naléhavé potíže v životě hraničního pacienta, které by mohly ohrozit zdraví nebo přežití pacienta (nebo jiných lidí) nebo pokračování léčby. To se provádí nastavením podmínek, za kterých může být léčba prováděna, zahrnují určité odpovědnosti pacienta i terapeuta.

Typickým příkladem jsou pacienti s chronickým sebevražedným chováním, kdy je ve smlouvě ponechána na pacientovi zodpovědnost v případě zesílení sebevražedných impulzů natolik, že je nedokáže ovládat, buď zavolat na pohotovost, nebo pokud je pacient dokáže ovládat, závazek přinést je k prozkoumání na příští sezení.

V těchto opatřeních na začátku léčby je důležitá nejen eliminace sekundárního zisku léčby, ale také potřeba okamžitě interpretovat přenosové důsledky těchto omezení nebo nastavení limitů. Kombinace stanovení limitů a interpretace odpovídajícího vývoje přenosu je zásadní, vysoce efektivní a někdy i život zachraňující taktika léčby.

Manuál psychoterapie zaměřené na přenos (Clarkin et al., 2006) podrobně popisuje priority, kterým je třeba se při terapii věnovat. Pokud jde o výběr tématu z materiálu, který pacient na sezení přinese, a kterému je třeba věnovat pozornost, je obecné analytické pravidlo, že interpretace musí být provedena tam, kde je afekt nejintenzivnější: dominance afektu určuje zaměření výkladu.

Nejintenzivnější afekt může být vyjádřen v pacientově subjektivním prožívání, v pacientově neverbálním chování nebo někdy v protipřenosu. Terapeutova současná pozornost na verbální komunikaci, neverbální chování a protipřenos umožňuje diagnostikovat, jaký je v daném okamžiku dominantní afekt – a odpovídající objektní vztah aktivovaný v léčebné situaci. Každý afekt je považován za projev základního objektního vztahu.

Druhým nejdůležitějším faktorem při výběru toho, co je interpretováno, je povaha přenosu. To je snadné určit, pokud se vývoj afektu shoduje s vývojem přenosu, ale jsou chvíle, kdy se největší afekt vyskytuje v souvislosti s extrapřenosovými podmínkami nebo vnějším světem pacienta. Taková afektivní dominance v pacientově vnějším světě má samozřejmě také přenosové důsledky; terapeut se však nejdřív musí zaměřit na vnější afektovanou situaci a přejít k interpretaci přenosu teprve tehdy, když odpovídající vývoj přenosu jasně zaujímá centrum současné interakce pacienta s analytikem.

Techniky

Hlavními technickými nástroji psychoterapie zaměřené na přenos (TFP) jsou ty, které Gill (1954) označil jako základní techniky psychoanalýzy, konkrétně **interpretace, analýza přenosu a neutralita**, s významným přispěním analýzy protipřenosu.

Využití **interpretace** se soustředí zejména na rané fáze interpretačního procesu, a to objasnění subjektivního prožívání pacienta a konfrontaci, ve smyslu taktního upozorňování na případné nesrovnalosti či rozpory v komunikaci pacienta – ať už mezi tím, co pacient říká v jednom bodě v kontrastu k druhému, mezi verbální a neverbální komunikací, nebo mezi komunikací pacienta a tím, co je vyvoláno v protipřenosu.

Neverbální aspekty chování jsou v psychoanalytické psychoterapii závažných poruch osobnosti extrémně důležité. Interpretace sama o sobě se řídí dvěma technikami. Interpretace jako hypotéza o nevědomém významu se týká především interpretace nevědomého významu v „tady a teď“, na rozdíl od genetických interpretací, které spojují nevědomý význam v „tady a teď“ s předpokládanými nevědomými významy v „tady a pak“, které se stávají důležitými až v pokročilých stádiích léčby těžkých poruch osobnosti. Interpretace je zkrátka aplikována systematicky, ale s velkým důrazem na její předběžné fáze: objasnění a konfrontaci a interpretaci „přítomného nevědomí“.

Analýza přenosu se liší od analýzy přenosu ve standardní psychoanalýze tím, že je vždy úzce spojena s analýzou pacientových problémů ve vnější realitě, aby se předešlo oddělení psychoterapeutických sezení od vnějšího života pacienta. Zahrnuje také zájem o dlouhodobé léčebné cíle, na které se standardně psychoanalýza nezaměřuje.

Obava z problémů v pacientově životě se v TFP odráží v občasném zmínění se o závažných konfliktech, které pacienta přivedly do léčby. Toto zavedení „dodatečného přenosového materiálu“ následuje po terapeutově hodnocení, že probíhá významná dělicí operace, která chrání určitý důležitý konflikt ve vnějším životě pacienta před prozkoumáním v léčbě. Zde může terapeutův přehled o celkové léčebné situaci a celkové životní situaci pacienta určit, že téma zavede „libovolně“ (někdy, alespoň v pacientově myšlích), a poté se zaměří na vývoj přenosu,

který nastává jako důsledek zavedení tak zásadního životního tématu. Zatímco přenosová analýza začíná od prvního sezení, a v tomto ohledu má léčba značné podobnosti s kleiniánskou technikou, je toto vnášení vnější reality zásadním rozdílem od Kleiniánů a do jisté míry také egopsychologické psychoanalýzy.

Neutralita je ideálním výchozím bodem v rámci léčby obecně a v rámci každého sezení, protože působí proti tendenci pacientů externalizovat své intrapsychické konflikty. Někdy je však potřeba ji narušit kvůli naléhavému požadavku na stanovení limitů a dokonce i v souvislosti se zavedením velkého životního problému pacienta. Taková odchylka od neutrality může být nezbytná pro ochranu hranic léčebné situace a pacienta před závažným sebevražedným a jiným sebedestruktivním chováním.

Využití protipřenosu jako hlavního terapeutického nástroje již bylo označeno jako důležitý zdroj informací o afektivně dominantních problémech pacienta. Intenzita protipřenosů vyvolaných pacienty s těžkou charakterovou patologií a následným těžce regresivním chováním a vystupováním při přenosu vyžaduje neustálou terapeutovu ostražitost k vývoji protipřenosu, a to i za podmínek výrazné regrese protipřenosových fantazií a impulsů např. agresivního, závislého nebo sexuálního druhu. Protipřenos by neměl být sdělován přímo pacientovi, ale zapracován do interpretací přenosu. V tomto ohledu se TFP řídí přísně analytickými kritérii typickými pro egopsychologický, kleinovský, britský nezávislý a francouzský přístup.

Empirická zjištění

První studie aplikovala TFP na vzorek hraničních pacientů a porovnávala klinický stav pacientů na konci roku léčby s jejich klinickým stavem během roku před léčbou. Tyto předběžné výsledky byly povzbudivé, protože pacienti léčení TFP prokázali významné snížení počtu pokusů o sebevraždu, významné snížení průměrného zdravotního rizika parasuicidálních činů a zlepšení průměrné fyzické kondice po těchto činech, a také významně méně návštěv pohotovosti, hospitalizací a dní hospitalizace.

Dalším krokem ve vývoji léčby byla randomizovaná klinická studie, ve které bylo možné TFP porovnat ve své účinnosti s konkurenčními léčbami (kognitivně-behaviorální léčbou, dialektickou behaviorální terapií (DBT), a podpůrnou léčbou, která byla psychodynamicky orientovaná, ale nepoužívala interpretace přenosu (SPT)). Použili analýzu individuální růstové křivky ke zkoumání změn v šesti doménách výsledku (sebevražednost, agrese, impulzivita, úzkost, deprese a sociální přizpůsobení) během jednoho roku léčby. Nejprve zkoumali dopad tří léčebných postupů na rychlost klinických změn. Predikce změny směrem ke zlepšení pro každou ze tří léčeb byla významná pro depresi, úzkost, globální fungování a sociální přizpůsobení, TFP a DBT byly významně spojeny se zlepšením sebevražednosti, a TFP a SPT byly významně spojeny se zlepšením hněvu. Ze studií je jasné, že hraniční porucha osobnosti je chronická, ale léčitelná porucha. Výsledky naznačují, že TFP funguje podle předpokladů, konkrétně vede k významnému zlepšení schopnosti pacientů uvažovat o svých myšlenkách, pocitech, záměrech sebe samých a významných druhých lidí v jejich životě.

Nové poznatky v aplikaci TFP

S rozšířením klinických zkušeností o širší spektrum hraničních pacientů se zjistilo, že určité praktické variace v technickém přístupu TFP byly pro konkrétní případy užitečné. Došlo ke spíše flexibilnímu přizpůsobení jednotlivým případům.

Mezi typické příklady patří těžce narcistní pacienti, jejichž odmítavé a trvale arogantní chování by mohlo docela provokovat k intenzivním protipřenosovým reakcím, a kde systematická analýza vztahu mezi patologickým grandiózním já a projektovanou devalvovanou, méněcennou částí sebe sama promítanou do terapeuta potřebovala včasnou a důslednou pozornost.

Obecně provokativní a vyzývavé chování některých hraničních pacientů mělo tendenci přivést terapeuta k zesílené protipřenosové reakci, která se projevovala buď jako překážka v jeho interpretační snaze, nebo jako zapojení do protipřenosového vystupování: hádka s pacientem nebo předčasný pesimismus ohledně léčby. Pacienti s antisociálním chováním byli většinou náchylní k předčasnému přerušeni léčby.

Interpretační objasnění protichůdných afektivních stavů pacientů bylo velmi obtížné, někteří pacienti vyžadovali mnohem pomalejší přístup k těmto konfrontacím, takže rytmus a trvání interpretačních „cyklů“ zabralo více času, než terapeuti obecně předpokládali.

Je třeba zdůraznit, že tento přístup se nelze naučit pouze z knihy. Naopak průběžná supervize se zdá být podstatnou.

Indikace a kontraindikace

Na základě klinických zkušeností získaných v průběhu vývoje projektu dospěli autoři k následujícím doporučením týkajícím se praktických aplikací TFP.

Nejobecnější **indikací** jsou pacienti s hraniční poruchou osobnosti, to znamená, že vykazují závažnou difúzi identity, vážné narušení pracovních a intimních vztahů, jejich společenského života a se specifickými příznaky souvisejícími s jejich konkrétní poruchou osobnosti. Tato indikace zahrnuje většinu poruch osobnosti fungujících na hraniční úrovni, jako je hraniční porucha osobnosti jako taková, závažnější případy histriónské poruchy osobnosti, paranoidní poruchy osobnosti, schizoidní poruchy osobnosti, narcistické poruchy osobnosti fungující na zjevné hraniční úrovni (tj. se všemi příznaky hraniční poruchy osobnosti a také narcistické poruchy osobnosti) a pacientů fungujících na hraniční úrovni se závažnými komplikacemi typickými pro tyto případy, pokud lze takové komplikace nejprve léčit a kontrolovat. Patří sem alkoholismus, drogová závislost, těžké poruchy příjmu potravy, zvláště těžká mentální anorexie, pacienti s antisociálním chováním, ale rozhodně ne s vlastní antisociální osobností (která nemá indikaci k psychoterapeutické léčbě), schizotypní poruchy a těžká hypochondrie. Ve všech jednotlivých případech nejprve zhodnotíme, zda i u tak závažných poruch osobnosti může být psychoanalýza volbou.

Mezi hlavní **kontraindikace** patří vlastní antisociální osobnost a někteří narcističtí pacienti s těžkými antisociálními rysy, stejně jako pacienti s chronickou lhavostí, která ovlivňuje jejich schopnost verbální komunikace, jako je pervazivně dominantní pseudologia fantastica: zkrátka těžké stupně chronické lhavosti, které omezují schopnost upřímné komunikace a velmi ztěžují řešení těchto psychopatických přenosů. Naproti tomu pacienti s agresivním, provokativním, nezodpovědným sociálním chováním, kteří jsou však stále schopni zažít určitou míru loajality, investice do přátelství a práce, jsou optimálními kandidáty na TFP.

Pacienti bez jakéhokoli společenského života, redukováni po mnoho let na pobyt ve svém pokoji, sledování televize a nějakým způsobem unášení životem, mají také rezervovanou prognózu, ale v mnoha případech mohou být léčeni, pokud je uzavřena adekvátní léčebná smlouva. Pacienti by měli mít optimálně normální IQ, aby mohli podstoupit TFP.

Vztah mezi psychoterapií zaměřenou na přenos a alternativními psychoanalytickými přístupy

Srovnání TFP s egopsychologickým přístupem v psychoanalýze již bylo nastíněno v poukázání na použití stejných analytických nástrojů – interpretace, přenosová analýza a technická neutralita – ale s modifikací těchto technik v TFP popsaném výše. Při poslechu individuálního sezení TFP a psychoanalytické léčby si lze všimnout několika rozdílů a po určité době by rozdíly v používání technik odhalily odlišnou atmosféru léčby.

Důležitá shoda mezi TFP a egopsychologickou psychoanalýzou je důsledné zaměření na pacientovo bezprostřední chování v průběhu sezení, postup od povrchu k hloubce a vycházející ze společného základu pozorování sdíleného pacientem a terapeutem, který odráží nový vývoj v psychologii ega.

Některé technické intervence v TFP, frekvence intervencí, raná povaha interpretace přenosu, to vše připomíná kleiniánský přístup. Hlavním rozdílem TFP a standardní kleiniánské psychoanalýzy, kromě snížené frekvence sezení TFP, osobního nastavení a terapeutova probíhajícího „skenování“ pacientova života mimo sezení, je zejména modifikace neutrality v TFP ve smyslu stanovení limitů za podmínek ohrožení fyzické pohody pacienta, života pacienta nebo za podmínek velkého ohrožení sociálního přežití pacienta pramenícího z jeho psychopatologie.

TFP se pokouší prozkoumat hluboké úrovně primitivních fantazií a objektních vztahů, které se postupně odchyľují od povrchnějších úrovní interakce při zaměření na intrapsychický život pacienta.

Mentalization based therapy (MBT) je nová psychoanalytická psychoterapie pro hraniční stavy navržená Batemanem a Fonagyem (2004), která byla rovněž potvrzena jako empiricky účinná při léčbě těchto stavů v prostředí denního stacionáře a je založena na důsledné snaze zvýšit pacientovu mentalizaci, konkrétně schopnost pacienta rozpoznat duševní stavy u sebe i u druhých a získat přitom schopnost sebereflexe a vhodného hodnocení druhých do hloubky, která by výrazně zlepšila jeho duševní fungování a celkovou symptomatologii. Ačkoli je tento předpoklad formulován poněkud odlišně od snah TFP vyřešit difúzi identity, týká se souvisejících procesů rozvoje pacientova realistického a integrovaného pocitu sebe sama, který by mu umožnil vyhodnotit jakýkoli konkrétní afektivní stav z perspektivy tohoto integrovaného já, a hodnotit duševní stavy druhých v kontextu realistického hodnocení druhých do hloubky.

Důležitý rozdíl spočívá v předpokladu MBT, že včasná interpretace je nebezpečná a potenciálně škodlivá, protože pacientovi vnucuje formulaci, která neodpovídá jeho prožívanému duševnímu stavu. TFP s tímto předpokladem nesouhlasí, zastává názor, že současná psychoanalytická psychoterapie závažných poruch osobnosti, která si je vědoma povahy psychické struktury a odpovídajících přenosových vývojjů těchto pacientů, je důležitou a užitečnou modalitou léčby.

Text dále zmiňuje ještě rozdíly mezi TFP a jinými empiricky podporovanými způsoby léčby hraničních osobností – léčby založené na mentalizaci (MBT), podpůrné psychoterapie (SP), dialektické behaviorální terapie (DBT) a terapie zaměřené na schéma (SFT). Obecný rozdíl mezi TFP a ST, DBT, SFT a také MBT je v tom, že ty druhé vidí hraniční poruchu osobnosti jako poruchu založenou spíše na deficitu než na vnitřním konfliktu.