

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Κωνσταντίνος Ευθυμίου & Ντιάνα Χαρίλα

Επιστημονική επιμέλεια

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Μελέτη περιστατικών

Η εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής
θεραπείας σε πέντε κλινικές περιπτώσεις



Ψυχοθεραπευτική πράξη

Κωνσταντίνος Ευθυμίου & Ντιάνα Χαρίλα
Επιστημονική Επιμέλεια

Ψυχοθεραπευτική πράξη

Μελέτη περιστατικών

Η εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής
θεραπείας σε πέντε κλινικές περιπτώσεις

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Περιεχόμενα

Κατάλογος συγγραφέων	9
Εισαγωγή: Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο: παρουσίαση και ανάλυση πέντε κλινικών περιστατικών	11
1. Η γραπτή παρουσίαση μιας ατομικής περίπτωσης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία	17
2. Δομή και οδηγίες για τη γραπτή παρουσίαση της θεραπείας ενός κλινικού περιστατικού	23
3. Οι διαταραχές προσωπικότητας στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεωρία και πράξη	33
4. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία σε περίπτωση παιδιού με επιλεκτική βωβότητα	43
5. Περιγραφή ατομικής περίπτωσης έφηβης με προβλήματα σχετικά με το πένθος και άλλες οικογενειακές δυσκολίες	59
6. Περιγραφή ατομικής περίπτωσης μετεφήβου με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία	77
7. Περιγραφή περίπτωσης: διαλεκτική συμπεριφοριστική θεραπεία σε περιστατικό με μεταιχμιακή (οριακή) διαταραχή προσωπικότητας	99
8. Περιγραφή περίπτωσης: αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας	115
ΚΡΙΣΕΙΣ	137

Κατάλογος συγγραφέων

Κατερίνα Αγγελί

Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
kaggeli@psych.uoa.gr

Μαριανίκη Κ. Βλάχου

Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
mvlachou@psych.uoa.gr

Κωνσταντίνος Ευθυμίου

Κλινικός Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπευτής (επόπτης ΙΕΘΣ)
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
kefthim@psych.uoa.gr

Γιώργος Ευσταθίου

Κλινικός Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπευτής
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
gefsthath@psych.uoa.gr

Μαρία Ζαφειροπούλου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας
Παν/μίου Θεσσαλίας

Βασίλειος Ν. Θεοδώρου

Ψυχολόγος Mgr.-Ψυχοθεραπευτής
Πατησίων 67, Αθήνα.
theodorou@psi.gr

Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

Πρόεδρος του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας
της Συμπεριφοράς
Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Παν/μίου Αθηνών

Δέσποινα Καποδίστρια

Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια
kapodistriadespoina@yahoo.com

Κωνσταντίνος Παπασταμάτης

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής

Ντιάνα Χαρίλα

Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια (επόπτρια ΙΕΘΣ)
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
aharila@psych.uoa.gr

Μίκα Χαρίτου-Φατούρου†

Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς
Ομότ. Καθηγήτρια Παν/μίου Θεσσαλονίκης

Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο: παρουσίαση και ανάλυση πέντε κλινικών περιστατικών

Η παρουσίαση κλινικών περιστατικών (case studies) ολοκληρώνει μια επιτυχημένη εκπαίδευση στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία αλλά αποτελεί και βασικό στοιχείο της διά βίου εκπαίδευσης των θεραπειών. Οι γραπτές παρουσιάσεις πρέπει να δομούνται μ' έναν τρόπο αυστηρά καθορισμένο ώστε να αποδεικνύουν ότι ο υποψήφιος ψυχοθεραπευτής γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης είναι σε θέση να εφαρμόσει θεωρίες και τεχνικές που διδάχθηκε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του, αλλά και ότι μπορεί να αντιληφθεί την ανάπτυξη και διατήρηση της διαταραχής με γνωσιακό-συμπεριφοριστικό τρόπο.

Στο πλαίσιο της ανάδειξης του γνωσιακού συμπεριφοριστικού μοντέλου ψυχοθεραπείας το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς συμμετείχε με ένα Συμπόσιο στο 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, που έγινε στη Ρόδο στις 21 με 24 Μαΐου 2003. Στο συμπόσιο παρουσιάστηκαν πέντε κλινικά περιστατικά παραδειγματικών παρεμβάσεων αποφοίτων του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, τα οποία αναλύουν τη δομή και καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων. Στο πλαίσιο των ομιλιών αναλύθηκαν βασικές αρχές του μοντέλου, κλασικές συμπεριφοριστικές τεχνικές (τεχνικές επίλυ-

σης προβλήματος, κατάτμησης στόχου, παρεμπόδισης αντίδρασης, εκπαίδευσης σε δεξιότητες, διαχείρισης του στρες) αλλά και νεότερες τεχνικές από το γνωσιακό χώρο, όπως η εστιασμένη προς το σχήμα θεραπευτική στρατηγική, ο εντοπισμός γνωσιακών παραποιήσεων, η αμφισβήτηση δυσλειτουργικών σκέψεων κτλ.

Η πρώτη περίπτωση αναφέρεται στην αντιμετώπιση των δυσκολιών ενός κοριτσιού εννέα ετών, το οποίο εμφάνισε σταθερή και έντονη αδυναμία να μιλήσει στο χώρο του σχολείου (επιλεκτική βωβότητα). Ταυτόχρονα το παιδί εμφάνιζε υπερβολική συστολή, κοινωνική αποφυγή και απομόνωση, κυρίως στο χώρο του σχολείου. Η διάγνωση κατέδειξε ότι είχε όλα τα συμπτώματα της επιλεκτικής βωβότητας, μιας δύσκολης θεραπευτικά διαταραχής στενά συνδεδεμένης με την κοινωνική φοβία, αντιληπτή ως η αναπτυξιακή έκφραση της κοινωνικής φοβίας. Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας που ακολουθήθηκε περιγράφεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: (1) Παρέμβαση στην οικογένεια [λήψη ιστορικού από τους γονείς, ενημέρωση των γονέων για τη φύση της διαταραχής, ατομικές συνεδρίες με τον κάθε γονέα ξεχωριστά, ανάλυση του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου και πώς αυτό θα λειτουργήσει προκειμένου να αντιμετωπιστεί η διαταραχή], (2) Ατομικές συνεδρίες με το παιδί [διαγνωστικές συνεδρίες, ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο], και (3) Παρέμβαση στο σχολείο [ενημέρωση στους εκπαιδευτικούς που έρχονταν σε επαφή με το παιδί για τη φύση του προβλήματος, οδηγίες για τη σωστή εφαρμογή της παρέμβασης στο χώρο του σχολείου]. Η παρέμβαση ολοκληρώθηκε σε δεκατέσσερις μήνες, ενώ εκκρεμούν οι αναμνηστικές συνεδρίες.

Η δεύτερη περίπτωση αναφέρεται σε μια έφηβη δεκαπέντε ετών, η οποία προσήλθε για θεραπεία ενάμιση χρόνο μετά από τον αιφνίδιο θάνατο του πατέρα της. Στην αρχή της θεραπείας αντιμετώπιζε δυσκολίες σχετικά με το πένθος που βίωνε, τις οικογενειακές και τις υπόλοιπες διαπροσωπικές σχέσεις της· επιπλέον, εμφάνιζε «διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, μη προσδιοριζόμενη αλλιώς», η οποία σχετιζόταν με γαστρεντερικές διαταραχές και την είχε οδηγήσει σε σημαντική απώλεια βάρους. Στην περίπτωση αυτή καταδεικνύεται πώς δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση και προτεραιότητα στη θεραπευτική σχέση θεραπευτού και ασθενούς, η οποία αποτέλεσε τη βάση για την εφαρμογή γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών, με στόχο: (α) τη γνωσιακή αναδόμηση (όσον αφορά την αυτοεκτίμηση και την αυτοεικόνα, αλλά και ζητήματα σχετικά με το πένθος, τις οικογενειακές και τις υπόλοιπες διαπροσωπικές σχέσεις), (β) την εκπαίδευση στην αναγνώριση και εξωτερικευση συναισθημάτων, στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, διαχείρισης του στρες και υιοθέτησης μιας πιο διεκδικητικής συμπεριφοράς, και (γ) την ανάπτυξη θετικών δραστηριοτήτων. Η επιτυχής πορεία της θεραπείας, που έγινε κάτω από αντίξοες συνθήκες (αρνητική στάση της μητέρας, επιφυλακτικότητα της κοπέλας), φαίνεται και μέσα από την περιγραφή της πορείας της ασθενούς.

Ενδιαφέρουσα είναι η παρουσίαση των δυσλειτουργικών γνωσιών μέσα από διάλογους που περιγράφονται στο κείμενο. Αποσπάσματα από συνεδρίες είναι ιδιαίτερα βοηθητικά για την κατανόηση των σχημάτων του ασθενούς αλλά και σημαντικό εκπαιδευτικό υλικό για τους λιγότερο έμπειρους συναδέλφους.

Η τρίτη περίπτωση αναφέρεται σε έναν νέο άνδρα (είκοσι ετών), ο οποίος προσήλθε για θεραπεία με αίτημα την

αδυναμία του να συνάψει διαφυλικές σχέσεις, απ' τη μια, και να προσπαθήσει με αποτελεσματικό τρόπο προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έθετε, απ' την άλλη. Πέραν της αποφευκτικής συμπτωματολογίας που παρουσίαζε, στην αρχή της θεραπείας εμφάνισε ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία και κάποια στοιχεία παθητικής επιθετικότητας, τα οποία όμως δεν ήταν επαρκή ώστε να διαφοροποιηθεί η διάγνωση. Η θεραπεία του έγινε με βάση την εστιασμένη προς το σχήμα θεραπευτική στρατηγική. Στην περιγραφή του περιστατικού αναφέρεται η χρήση μερικών σημαντικών τεχνικών της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας, όπως τεχνικές επίλυσης προβλήματος, κατάτμησης στόχου, παρεμπόδισης αντίδρασης, εντοπισμού γνωσιακών παραποιήσεων, αμφισβήτησης δυσλειτουργικών σκέψεων, καθέτου τόξου, αναβίωσης εμπειριών από την παιδική ηλικία και εκπαίδευσης στις διαφυλικές δεξιότητες και στη διεκδικητική συμπεριφορά. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε 43 συνεδρίες σ' ένα διάστημα 16 μηνών με σημαντική επιτυχία, καθ' ότι, όπως αναφέρεται, στην τελευταία αναμνηστική συνεδρία, μετά την παρέλευση δύο ετών από την ολοκλήρωση της θεραπείας, διαπιστώθηκαν διατήρηση και γενίκευση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη σύνδεση επιμέρους καταστάσεων, σκέψεων και συμπεριφορών με τα πυρηνικά σχήματα υπό το πρίσμα του διαγράμματος γνωσιακής διατύπωσης του προβλήματος (βλ. Σχήμα 1, σ. 87). Η σχηματοποιημένη μορφή αυτού του διαγράμματος, όπως παρατίθεται στο τέλος του κειμένου, θα φανεί ιδιαίτερα βοηθητική στους εκπαιδευόμενους θεραπευτές και χρήσιμη στους πιο έμπειρους.

Η τέταρτη περίπτωση αναφέρεται στην πορεία της θεραπείας ενός νέου ομοφυλόφιλου άνδρα (είκοσι οκτώ ετών)

με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας, ο οποίος λόγω της διαταραχής του εμφάνιζε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και έντονα προβλήματα που ανέκοπταν την ομαλή πορεία των σπουδών του. Για τη θεραπεία χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Διαλεκτικής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας της M. Linehan. Για να συντελεσθεί η θεραπεία χρειάστηκαν 56 ωριαίες συνεδρίες σε διάστημα άνω του ενάμιση έτους, οι οποίες απέφεραν ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα, αφού, όπως περιγράφεται από τη λήξη της θεραπείας και μετά, ο ασθενής δεν έχει παρουσιάσει υποτροπή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε αυτή την περιγραφή παρουσιάζει η αρκετά λεπτομερής για το περιορισμένο του χώρου περιγραφή του μοντέλου και των σταδίων της θεραπείας καθώς και η παρουσίαση των σταδίων της διαδικασίας ελέγχου της παρόρμησης, βασικών στοιχείων της θεραπείας από μωμ με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.

Η πέμπτη κλινική περίπτωση παρουσιάζει τη θεραπεία μιας νεαρής κοπέλας (είκοσι ετών) με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Η παρουσίαση αυτού του περιστατικού περιλαμβάνει τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται εν συντομία κάποια εισαγωγικά στοιχεία, το αίτημα θεραπείας, το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς, το ιστορικό του μείζονος προβλήματος, το μοντέλο της λειτουργικής ανάλυσης συμπεριφοράς του και οι στόχοι που τέθηκαν. Στο δεύτερο μέρος γίνεται εκτενής αναφορά στην πορεία της θεραπείας, όπου αναφέρονται τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν καθ' όλη τη διάρκειά της. Στο τρίτο και τελευταίο μέρος αναφέρεται η τωρινή κατάσταση του ασθενούς ο οποίος βρίσκεται στο στάδιο τερματισμού της θεραπείας.

Τα ονόματα των πέντε περιστατικών δεν αποτελούν τα πραγματικά ονόματα των θεραπευόμενων, αλλά χρησιμο-

ποιήθηκαν για να καταστεί ευκολότερη η περιγραφή των περιπτώσεων και η ανάγνωση του κειμένου. Επιπλέον, τα διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά έχουν αλλοιωθεί προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που ελήφθησαν κατά τη θεραπεία.

Στον παρόντα τόμο εκτός των έξι κλινικών περιστατικών υπάρχουν και κείμενα του προέδρου του Συμποσίου Κωνσταντίνου Ευθυμίου και της συζητήτριας Ντιάνας Χαρίλα. Κρίθηκε απαραίτητο να προστεθούν αυτές οι εισηγήσεις προκειμένου να γίνει κατανοητό στον αναγνώστη ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να διέπουν τη δομή μιας εργασίας (case study). Λόγω του ότι ένα μεγάλο μέρος των παρουσιάσεων στηρίζεται στην εφαρμογή της ΓΣΘ στις διαταραχές προσωπικότητας, το άρθρο της συναδέλφου και επόπτριας του ΙΕΘΣ αναλύει τις διαταραχές αυτές με βάση τη θέση τους στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο.

Οι επιμελητές της έκδοσης
Κωνσταντίνος Ευθυμίου
& Ντιάνα Χαρίλα

Η γραπτή παρουσίαση μιας ατομικής περίπτωσης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

Κωνσταντίνος Ευθυμίου

Η εκπαίδευση στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορα στάδια (θεωρητική εκπαίδευση, βιβλιογραφική μελέτη, γραπτές εργασίες, συμμετοχή σε ομάδες αυτογνωσίας, ατομική ή ομαδική εποπτεία των περιστατικών κτλ.). Η επιτυχής περάτωση της εκπαίδευσης κρίνεται από πολλά ινστιτούτα εκπαίδευσης συνήθως μέσω της παρουσίασης από δύο ως είκοσι γραπτών περιστατικών (Reimer et al., 1998), τα οποία κατόπιν «τυφλής» κρίσης από έμπειρους επόπτες αξιολογούνται. Αν και η γραπτή παρουσίαση περιστατικών (case study) αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέρος της διαδικασίας της εκπαίδευσης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, μόλις τα τελευταία χρόνια δίδεται έμφαση στον καθορισμό ενός συγκεκριμένου τρόπου γραπτής παρουσίασης (Laird et al., 2003).

Η παρουσίαση περιστατικών έχει μακρά παράδοση στην κλινική ψυχολογία. Ήδη το 1885 ο Ebbinghaus παρουσιάζει κλινικές περιπτώσεις στις οποίες έκανε πειράματα μνήμης. Τα πιο γνωστά είναι φυσικά αυτά που εισήγαγε ο Freud (1895), τα οποία αποτελούν τη βάση μιας ψυχαναλυτικής παράδοσης που συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Αλλά και από

την πλευρά των θεωρητικών που συνέδραμαν στην ανάπτυξη του συμπεριφορισμού δεν λείπουν ανάλογες προσπάθειες (Watson & Rayner, 1920· Dunlap, 1932). Γνωστά παραδείγματα υποδειγματικών παρουσιάσεων από συγγραφείς συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης αποτελούν αυτά των Lazarus (1958) και Eysenck (1979), ενώ ξεχωριστή θέση έχει το βιβλίο των Ullmann και Krasner (1965), το οποίο σε μια δύσκολη εποχή για την αναγνώριση του συμπεριφοριστικού μοντέλου παραθέτει στα πενήντα κεφάλαιά του παρουσιάσεις περιστατικών στα οποία χρησιμοποιήθηκαν συμπεριφοριστικές μέθοδοι (*Case studies in behaviour modification*). Σημαντικό ρόλο στην εδραίωση της παράδοσης παρουσίασης περιστατικών παίζει το περιοδικό *Behaviour Research and Therapy*, το οποίο από ίδρυσής του (1963) καθιερώνει μόνιμη στήλη που αφιερώνει στην παρουσίαση ανάλογων περιστατικών. Την πρακτική αυτή εφαρμόζουν σήμερα σχεδόν όλα τα περιοδικά στα οποία παρουσιάζονται οι εξελίξεις της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Τέλος, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA), στην έκδοση του ταξινομητικού συστήματος DSM-III-R (APA, 1987), εισάγει την παρουσίαση περιστατικών (case studies) με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των συμπτωμάτων των διαταραχών που περιγράφονται στο εγχειρίδιο.

Φυσικά δεν λείπει και ο αντίλογος από αυτή την πρακτική, ο οποίος περιστρέφεται γύρω από το ερώτημα κατά πόσο αυτές οι περιγραφές είναι χρήσιμες (για μια πιο διεξοδική ανάλυση βλ. Huber, 1978). Η συζήτηση περί της αμφισβήτησης ως προς τη χρησιμότητα της παρουσίασης κλινικών περιστατικών δεν αποτελεί τμήμα του παρόντος άρθρου, καθώς πιστεύουμε ότι καλύπτεται από τη διεξοδική συζήτηση που έχει γίνει πάνω στο κλασικό επιστημο-

νικό ερώτημα περί επαγωγής στην επιστήμη της ψυχολογίας (Grawe, 1988).

Η εκπαίδευση στο ΙΕΘΣ περιλαμβάνει θεωρητική κατάρτιση και πρακτική εξάσκηση. Μετά από μια διετή ενασχόληση με θεωρητικά ζητήματα και εκπαίδευση σε κλινικές δεξιότητες οι εκπαιδευόμενοι ψυχολόγοι και ψυχίατροι καλούνται να λάβουν μέρος σε ομάδες εποπτείας, όπου μεταξύ άλλων παρουσιάζουν την πορεία των περιστατικών που έχουν αναλάβει.

Το ΙΕΘΣ ως χώρος εκπαίδευσης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ήδη από την έναρξη της λειτουργίας του (1993) ζητά από τους εκπαιδευόμενούς του να παρουσιάσουν γραπτώς την πορεία τεσσάρων περιστατικών τα οποία συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια της εποπτείας τους.

Κατά τη διάρκεια των δεκατριών χρόνων λειτουργίας του ΙΕΘΣ συγκεντρώθηκαν δεκάδες περιστατικά. Μερικά από αυτά παρουσιάστηκαν σε συνέδρια, αλλά ελάχιστα από αυτά έχουν δημοσιευτεί.

Το ΙΕΘΣ ακολουθώντας τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (EABCT) αλλά και την πρακτική μεγάλων αδελφών εταιρειών (AVM, 1998· BABCP, 2000· DGVΤ, 1991) προσπαθεί να εφαρμόσει πιστοποιημένες διαδικασίες για την εκπαίδευση. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας είναι σαφές ότι έπρεπε να αναπτυχθεί μια γενικώς αποδεκτή δομή των παρουσιάσεων των περιστατικών.

Το μοντέλο παρουσίασης ενός περιστατικού που προτείνεται εδώ, το οποίο βασίζεται σε αμερικανικούς και ευρωπαϊκούς οδηγούς (πρότυπο αποτελεί το εγχειρίδιο των Vogel et al., 1994), κατασκευάστηκε με τη φιλοδοξία να αποτελέσει τη βάση συζήτησης προκειμένου να εγκριθεί από το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφο-

ράς ένας επίσημος οδηγός γραπτής παρουσίασης περιστατικών. Λίγο πριν την έκδοση του παρόντος βιβλίου το Δ.Σ. του ΙΕΘΣ ενέκρινε αυτό το προτεινόμενο μοντέλο παρουσίασης γραπτών περιστατικών να αποτελέσει οδηγό για τους τελειόφοιτους σπουδαστές του.

Σύμφωνα με τον παρόντα οδηγό, η παρουσίαση του κλινικού περιστατικού δεν πρέπει να ξεπερνά κατά πολύ τις **2000 λέξεις**. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε περίπου δέκα σελίδες. Κείμενα σε αυτό το μέγεθος είναι εύκολα αναγνώσιμα και μπορούν να δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά. Η παρουσίαση δομείται σε **τέσσερις βασικούς άξονες**:

- Ιστορικό του ασθενούς (περίπου 750 λέξεις).
- Διατύπωση κλινικής περίπτωσης (Case Formulation) (περίπου 500 λέξεις).
- Θεραπευτικό πλάνο που ακολουθείται (περίπου 250 λέξεις).
- Πορεία της θεραπείας (περίπου 500 λέξεις).

Μια πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια δόμησης της παρουσίασης ενός περιστατικού με τον τρόπο που θα περιγραφεί πιο κάτω είναι το άρθρο «**Περιγραφή ατομικής περίπτωσης μετεφύβου με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία**».

Πιστεύουμε ότι ο οδηγός αυτός θα βοηθήσει τους εκπαιδευόμενους να αποδείξουν ότι ως υποψήφιοι ψυχοθεραπευτές γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης είναι σε θέση να εφαρμόσουν τις θεωρίες και τεχνικές που έμαθαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, αλλά και ότι μπορούν να αντιληφθούν την ανάπτυξη και διατήρηση της διαταραχής με γνωσιακό-συμπεριφοριστικό τρόπο. Ο οδηγός θα βοηθήσει επίσης κάποιους συναδέλφους, οι οποίοι θα επιχειρήσουν να δημοσιεύσουν τα περιστατικά τους σε επιστημονικά περιοδικά.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι για να κατανοηθούν πλήρως οι όροι που χρησιμοποιούνται στον οδηγό, με δεδομένες τις επιρροές που ασκεί ο τρόπος σκέψης του Kanfer στον γράφοντα (Kanfer et al., 2000), συστήνεται ως συνοδευτικό εργαλείο κατανόησης των όρων και εμβάθυνσης το βιβλίο των Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή και Ευσταθίου (2002).

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition-revised (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- AVM, Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation in Österreich (1998). *Aufbereitung von Abschlussfällen (Falldarstellung)*. Salzburg: AVM.
- BABCP, British Association of behaviour and Cognitive Therapy (2002). *Minimum training standards for members approaching personal accreditation as practitioners*. Accrington, London: BABCT.
- DGVT, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1991). *Richtlinien zur Anerkennung der Fort- und Weiterbildung*. Tübingen (Broschüre).
- Dunlap, K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Ebbinghaus, S. (1885). *Über das Gedächtnis: Untersuchungen zur experimentellen Psychologie*. Bern: Duncker & Humblodt.
- Eysenck, H.J. (Επιμ. Έκδ.) (1979). *Verhaltenstherapeutische Fallstudien*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Frankfurt a.M.: Fischer Bücherei.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1-7.
- Faber, F.R., & Haarstrick, R. (1991). Kommentar Psychotherapie Richtlinien. Στο D. Kallincke, *Beiträge zur Verhaltenstherapie* (σελ. 74-86). Neckarsulm: Jungjohann Verlagsgesellschaft.
- Huber, H.P. (1978). Kontrollierte Fallstudie. Στο L.J. Pongratz (Επιμ.

- Εκδ.), *Handbuch der Psychologie*, Bd. 8, Klinische Psychologie, 2. Halbband. Göttingen: Hogrefe.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2002). *Αυτογνωσία & Αυτοδιαχείριση, γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση: Ένας οδηγός κλινικής πρακτικής και εκπαίδευσης ειδικών ψυχικής υγείας και εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-therapie: Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis* (3η έκδ.). Berlin: Springer.
- Lazarus, A.A. (1958). New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal*, 32, 660-664.
- Laireiter, A.R., & Hampel, A. (2003). Fallberichte zum Erwerb und zur Prüfung von verhaltenstherapeutischer Kompetenz in der Verhaltenstherapieausbildung. *Verhaltenstherapie*, 13, 192-201.
- Reimer, M., Schueler, P., & Stroehm, W. (1998). Qualitaetssicherung in der verhaltenstherapieausbildung. Στο A.R. Laireiter & H. Vogel (Επιμ. Έκδ.), *Qualitaetssicherung in der Psychotherapie und Psychosozialen Versorgung* (σελ. 621-645). Tübingen: Dgvt Verlag.
- Vogel, H., Merod, R., Stark, A., Strauss, E.H., & Zilly, G. (Επιμ. Έκδ.) (1994). *Verhaltenstherapeutische Fallberichte*. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Ullman, L.P., & Krasner, L. (Επιμ. Έκδ.) (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt.
- Watson, J.B., & Razner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

Δομή και οδηγίες για τη γραπτή παρουσίαση της θεραπείας ενός κλινικού περιστατικού

Κωνσταντίνος Ευθυμίου

Ιστορικό θεραπευόμενου, διατύπωση κλινικής περίπτωσης, θεραπευτικό πλάνο που ακολουθείται και πορεία της θεραπείας (2.000 λέξεις)

1. Ιστορικό θεραπευόμενου [περίπου 750 λέξεις]

Γενικές οδηγίες: Το ιστορικό πρέπει να συνοψίσει τις σημαντικότερες βασικές πληροφορίες που συλλέξατε κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης του θεραπευόμενού σας. Να είστε σύντομοι στην περιγραφή του ιστορικού.

A. Γενικές πληροφορίες

Δώστε ένα τυχαίο όνομα για να προστατεύσετε το θεραπευόμενό σας. Χρησιμοποιήστε αυτό το τυχαίο όνομα σε όλο το ιστορικό και τη διατύπωση της κλινικής περιπτώσής του. Περιγράψτε την ηλικία του θεραπευόμενου, το φύλο, την καταγωγή, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική του κατάσταση και το επάγγελμά του, διασφαλίζοντας παράλληλα την ανωνυμία του. Αναφέρατε την πηγή παραπομπής (γιατρός, σύντροφος, μόνος του κτλ.).

- *Κύριο αίτημα*
Προσπαθήστε να χρησιμοποιήσετε τις ακριβείς λέξεις του θεραπευόμενου για να δείξετε με ποιο αίτημα απευθύνθηκε σε εσάς.
- *Ιστορικό της παρούσας διαταραχής (προβλήματος) και προσπάθειες αντιμετώπισής της*
Περιγράψτε την παρούσα διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών, γνωστικών, συμπεριφοριστικών, και φυσιολογικών συμπτωμάτων. Σημειώστε τις περιβαλλοντικές πιέσεις. Εν συντομία περιγράψτε τις προσπάθειες του θεραπευόμενου να ξεπεράσει το πρόβλημά του (coping strategies).

B. Ψυχιατρικό ιστορικό

Συνοψίστε τα στοιχεία πιθανής ύπαρξης ψυχιατρικού ιστορικού για το θεραπευόμενο, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών.

- *Ατομικό ιστορικό (προσωπική και κοινωνική ιστορία)*
Εν συντομία συνοψίστε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικής και κοινωνικής του ιστορίας. Συμπεριλάβετε στις παρατηρήσεις σας τις σημαντικές του εμπειρίες, ενδεχόμενα ψυχοτραυματικά γεγονότα, όπως ο ίδιος τα αναφέρει, το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης, τα ενδιαφέροντα, και την πιθανή χρήση των ουσιών, αν υπήρξε.
- *Οικογενειακό (αναπτυξιακό) ιστορικό*
Εδώ θα πρέπει να αναφερθείτε σύντομα στη ζωή του θεραπευόμενου από την παιδική του ηλικία έως σήμερα. Αναπτύξτε το ιστορικό κατά χρονολογική σειρά. Αναφερθείτε στη σχέση του με τους γονείς του

και άλλα σημαντικά πρόσωπα. Μην παραλείψετε να αναφερθείτε στο ψυχιατρικό οικογενειακό ιστορικό, στο ερωτικό και στο σεξουαλικό. Σημαντικά γεγονότα στη ζωή του (εκπαίδευση, στρατιωτική θητεία, γάμος κτλ.) θα πρέπει να σημειωθούν.

Ιατρικό ιστορικό

- Σημειώστε οποιαδήποτε ιατρικά προβλήματα (π.χ. καρδιακές παθήσεις, καρκίνος, χρόνιες ιατρικές ασθένειες, χρόνιος πόνος, ενδοκρινολογικά προβλήματα κτλ.) που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ψυχολογική λειτουργία του ή τη διαδικασία της θεραπείας. Είναι πιθανόν να χρειαστείτε τη συνδρομή ενός γιατρού, ή να χρειαστεί να παραπέμψετε το θεραπευόμενο για ιατρική εξέταση. Αναφέρατε σε αυτό το σημείο τα αποτελέσματα.

Νοητικές λειτουργίες

- Συνοψίστε τρία έως πέντε από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ελέγχου της νοητικής κατάστασης του θεραπευόμενου και το χρόνο εμφάνισης νοητικών ελλειμμάτων. Συμπεριλάβετε στις παρατηρήσεις σας τη γενική εμφάνιση και τη διάθεση. Μην περιγράψετε ολόκληρη την εξέταση των νοητικών λειτουργιών (επισυνάψτε την έκθεση εξέτασης αν θεωρείτε ότι είναι σημαντική για την κατανόηση της λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία).

Διαγνώσεις κατά DSM IV

- Παρέχεται διάγνωση και στους πέντε άξονες DSM IV. Ακολουθήστε τα βήματα ενός «δέντρου αποφάσεων» (decision tree) ώστε να γίνει κατανοητή η διαδικασία διαφοροδιάγνωσης. Σε περίπτωση που δεν

έχετε επαρκείς γνώσεις ψυχοδιαγνωστικής συμβουλευτείτε έναν κλινικό ψυχολόγο ή έναν ψυχίατρο. Σε αυτή την περίπτωση επισυνάψτε την έκθεσή του.

Ψυχομετρικά εργαλεία και ερωτηματολόγια παρακολούθησης της πορείας της θεραπείας

- Είναι σημαντικό να μπορείτε να τεκμηριώσετε την πορεία της θεραπευτικής αλλαγής. Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα ερωτηματολόγια (σε περίπτωση που δεν έχετε γνώσεις ψυχομετρίας συμβουλευτείτε έναν κλινικό ψυχολόγο) τα οποία μπορούν να μετρήσουν τις παραμέτρους της διαταραχής του θεραπευόμενου.

2. Διατύπωση περίπτωσης (case formulation)

[περίπου 500 λέξεις]

Γενικές οδηγίες: Περιγράψτε το περιστατικό σας χρησιμοποιώντας την ακόλουθη περίληψη.

A. Γεγονότα ζωής (live events ή precipitants)

Ως «γεγονότα ζωής» (precipitants και κατά έναν παλαιότερο όρο live events) ορίζουμε τα κρίσιμα γεγονότα τα οποία μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη ενός επεισοδίου, ενός συνδρόμου ή μιας διαταραχής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ένα καταθλιπτικό επεισόδιο που ξεκινά άμεσα μετά από πολλαπλά γεγονότα (επαγγελματική αποτυχία, θάνατος ενός στενού φίλου ή συζυγική πίεση). Σε μερικές περιπτώσεις (π.χ. διπολική διαταραχή, επαναλαμβανόμενη κατάθλιψη με ισχυρά βιολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα) δεν μπορεί να υπάρχει κανένα σαφές ψυχοκοινωνικό γεγονός ζωής. Εάν δεν μπορεί να προσδιοριστεί κανένα ψυχοκοινωνικό γεγονός, σημειώστε οποιαδήποτε άλ-

λα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ιστορίας του θεραπευόμενου που μπορεί να βοηθήσουν ώστε να διασαφηνιστεί η αρχή της ασθένειας.

Οι *ενεργοποιούσες καταστάσεις*, όρος που χρησιμοποιείται στη διατύπωση περίπτωσης (case formulation), αναφέρονται στα γεγονότα και στις καταστάσεις μικρότερης κλίμακας τα οποία υποκινούν τις αρνητικές σκέψεις ή τις δυσπροσαρμοστικές γνωσίες και τις προβληματικές συμπεριφορές. Παραδείγματος χάριν, ο θεραπευόμενος που είναι καταθλιπτικός, μετά από τα γεγονότα που περιγράφονται πιο πάνω, μπορεί να δει επιδείνωση της καταθλιπτικής διάθεσής του όταν παρευρίσκεται στην εργασία ή όταν είναι με τη σύζυγό του, ή όταν παρευρίσκεται σε μια κατάσταση ταυτισμένη με την παρουσία του φίλου που πέθανε.

B. Οριζόντια διερεύνηση των τρεχουσών γνωσιών και των συμπεριφορών ή οριζόντια ανάλυση της παρούσας κατάστασης

Η οριζόντια διερεύνηση στη διατύπωση της κλινικής περίπτωσης περιλαμβάνει τις παρατηρήσεις των κυρίαρχων γνωσιών, των συναισθημάτων και συμπεριφορών (περιγράψτε και φυσιολογικές αντιδράσεις εάν είναι σχετικές) που ο θεραπευόμενος καταδεικνύει «εδώ και τώρα» (ή τον χαρακτήριζαν πριν τη θεραπεία). Χαρακτηριστικά, η οριζόντια διερεύνηση εστιάζει περισσότερο στις επιφανειακές γνωσίες (δηλ. αυτόματες σκέψεις), οι οποίες προσδιορίζονται νωρίτερα στη θεραπεία από τα ελλοχεύοντα σχήματα, τις πυρηνικές πεποιθήσεις ή τις υποθέσεις, που είναι το κεντρικό τμήμα της γνωσιακής διερεύνησης όπως περιγράφεται πιο κάτω.

Η *οριζόντια διερεύνηση* έχει ως σκοπό να περιγράψει

πώς η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεωρία εξήγησε την ανάπτυξη και τη διατήρηση της διαταραχής του προβλήματος για τον περιγραφόμενο θεραπευόμενο από νωρίς στη θεραπεία. Απαριθμήστε μέχρι τρεις τρέχουσες καταστάσεις ή μνήμες των καταστάσεων. Περιγράψτε τις χαρακτηριστικές αυτόματες σκέψεις του θεραπευόμενου, τις συγκινήσεις και φυσιολογικές αντιδράσεις της συμπεριφοράς σε αυτές τις καταστάσεις. Σε αυτό το σημείο θα ήταν καλό να χρησιμοποιήσετε πίνακες ή σχεδιαγράμματα.

Γ. Κάθετη διερεύνηση των γνωσιών και των συμπεριφορών ή κάθετη ανάλυση της συμπεριφοράς

Αυτό το κομμάτι της παρουσίασης εστιάζεται στην κάθετη διερεύνηση της γνωστικής και συμπεριφοριστικής λειτουργίας του θεραπευόμενου. Η κάθετη διερεύνηση αναπτύσσεται πλήρως καθώς η θεραπεία προχωρά και ο θεραπευτής αποκαλύπτει τα κρυμμένα σχήματα (πυρηνικές πεποιθήσεις, κανόνες, υποθέσεις).

Ποια είναι τα βασικά σχήματα του θεραπευόμενου (πεποιθήσεις, κανόνες ή υποθέσεις πυρήνων) και οι αντισταθμιστικές συμπεριφοριστικές στρατηγικές; Για τους θεραπευόμενους των οποίων η προνοσηρή ιστορία δεν ήταν σημαντική (π.χ. ένας διπολικός θεραπευόμενος που δεν παρουσιάζει ιστορικό αναπτυξιακών ζητημάτων που διαδραμάτισαν ένα ρόλο στην παραγωγή των δυσπροσαρμοστικών γνωσιών ή των σχημάτων) εστιάζετε την προσοχή σας στη σημαντικότερη πεποίθηση και στα δυσλειτουργικά συμπεριφοριστικά σχήματα που είναι παρόντα μόνο κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου. Εκθέστε τα αναπτυξιακά στοιχεία που σχετίζονται με την προέλευση ή τη συντήρηση των συμπερι-

φοριστικών σχημάτων και στρατηγικών του θεραπευόμενου (και/ή) υποστηρίξτε την υπόθεσή σας ότι η αναπτυξιακή ιστορία του δεν συνδέεται με την τρέχουσα διαταραχή.

Δ. Ανάλυση της εξέλιξης της προβληματικής συμπεριφοράς

Η *ανάλυση της προβληματικής συμπεριφοράς* είναι ένα βασικό μέρος της συμπεριφοριστικής ανάλυσης και έχει ως σκοπό να εξετάσει διεξοδικά σε ποιες συνθήκες, με ποια μορφή, σε τι βαθμό και πότε ακριβώς αναπτύχθηκε η προβληματική συμπεριφορά, πώς αντιμετωπίστηκε από το θεραπευόμενο και το περιβάλλον του και ποια πορεία ακολούθησε μέχρι σήμερα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθείτε στο «μοντέλο ίασης» (health belief model) καθώς και στην περιγραφή των προσπαθειών που κατέβαλε ο ασθενής να ξεπεράσει το πρόβλημά του μέχρι σήμερα (coping strategies).

Ε. Δυνατά σημεία και προτερήματα

Περιγράψτε σύντομα τις δυνατότητες και τα προτερήματα του θεραπευόμενου (π.χ. φυσική υγεία, νοημοσύνη, κοινωνικές δεξιότητες, δίκτυο υποστήριξης, εργασιακό ιστορικό κ.λπ.), ώστε να γίνει κατανοητή στον αναγνώστη η επιλογή θεραπευτικών τεχνικών ή ασκήσεων που θα περιγράψετε αργότερα.

ΣΤ. Υπόθεση εργασίας (περίληψη)

Συνοψίστε τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υπόθεσης εργασίας η οποία κατ'ύψην τις θεραπευτικές σας παρεμβάσεις. Συνδέστε την υπόθεση εργασίας σας με το γνωστικό πρότυπο που υπάρχει για τη διατα-

ραχή του θεραπευόμενου. Σε περίπτωση που ο τρόπος σκέψης σας βασίζεται στη συμπεριφερσιολογική ανάλυση, σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρετε το (προσωρινό) μοντέλο λειτουργικών συσχετίσεων. Θα πρέπει να διασαφηνίσετε πώς, βάσει των υποθέσεων που εξήγατε, μπορέσατε να συσχετίσετε τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής σας και αυτός ο συσχετισμός αποτέλεσε τη βάση για να επιλέξετε το θεραπευτικό πλάνο που θα περιγράψετε πιο κάτω.

3. Θεραπευτικό πλάνο

[περίπου 250 λέξεις]

Γενικές οδηγίες: Περιγράψτε τα αρχικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του σχεδίου επεξεργασίας σας χρησιμοποιώντας την ακόλουθη περίληψη.

A. Λίστα προβλημάτων

Απαριθμήστε κάποια από τα σημαντικά προβλήματα που εσείς και ο θεραπευόμενος έχετε προσδιορίσει. Συνήθως τα προβλήματα επιμερίζονται σε διάφορες περιοχές (π.χ. ψυχολογικός/ψυχιατρικός τομέας, συμπτώματα, διαπροσωπικός, επαγγελματικός, ιατρικός, οικονομικός ή νομικός τομέας, θέμα στέγασης και ελεύθερου χρόνου). Οι λίστες περιέχουν γενικά από 2 έως 5 προβλήματα, μερικές φορές έως και 8 ή 9. Περιγράψτε εν συντομία καθένα από τα προβλήματα με λίγες λέξεις.

B. Θεραπευτικοί στόχοι

Συγκεκριμενοποιήστε τους στόχους για τη θεραπεία που έχουν τεθεί σε συνεργασία με το θεραπευόμενο.

Γ. Θεραπευτικό πλάνο

Υφαίνοντας μαζί με το θεραπευόμενό τους θεραπευτικούς στόχους, το ιστορικό και την υπόθεση εργασίας σας, καταγράψτε εν συντομία το θεραπευτικό σας πλάνο για το συγκεκριμένο θεραπευόμενο.

4. Πορεία της θεραπείας

[περίπου 500 λέξεις]

***Γενικές οδηγίες:** Περιγράψτε τα αρχικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της πορείας της επεξεργασίας χρησιμοποιώντας την ακόλουθη περίληψη.*

A. Θεραπευτική σχέση

Αναφερθείτε στη φύση και στην ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, στα ενδεχόμενα προβλήματα που αντιμετώπισατε, στον τρόπο με τον οποίο αντιληφθήκατε αυτά τα προβλήματα και στον τρόπο με τον οποίο τελικά τα επιλύσατε.

B. Θεραπευτικές παρεμβάσεις, τεχνικές

Περιγράψτε τρεις σημαντικές γνωσιακές ή συμπεριφοριστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιήσατε παρέχοντας μια επιχειρηματολογία η οποία να συνδέει αυτές τις παρεμβάσεις με τους στόχους θεραπείας του θεραπευόμενου και τη δική σας υπόθεση εργασίας.

Γ. Εμπόδια, δυσκολίες

Αναφέρατε ένα παράδειγμα για τον τρόπο που επιλύσατε κάποιο εμπόδιο στη θεραπεία. Περιγράψτε πώς το αντιληφθήκατε, γιατί σας προέκυψε αυτό το εμπόδιο και εξηγήστε τι κάνατε για να το επιλύσετε. Εάν δεν αντιμετώπισατε σημαντικά εμπόδια στη θεραπεία, αναφέ-

ρατε ένα παράδειγμα για το πώς ήσασταν σε θέση να στρέψετε τις εσωτερικές δυνάμεις του θεραπευόμενου (motivation) προς τη διαδικασία της θεραπείας.

Δ. Έκβαση

Συντάξτε μια σύντομη έκθεση σχετικά με την έκβαση της θεραπείας. Προτιμήστε την περιγραφή κατά ενότητες (συνεδρία 1 ως 4). Εάν η επεξεργασία του περιστατικού δεν έχει ολοκληρωθεί, περιγράψτε την πρόοδο που έχει συντελεστεί μέχρι σήμερα. Αν υπάρχει επανεξέταση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (follow up), αναφερθείτε στο σχεδιασμό και στην έκβαση της αναμνηστικής συνεδρίας. Δώστε μια σύντομη εικόνα της αλλαγής που επετεύχθη παρουσιάζοντας τα ψυχομετρικά στοιχεία που συλλέξατε κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Οι διαταραχές προσωπικότητας στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεωρία και πράξη

Ντιάνα Χαρίλα

Οι διατομικές ομοιότητες και διαφορές έχει επιχειρηθεί να ερμηνευθούν μέσα από τις διάφορες θεωρίες της προσωπικότητας. Στόχος όλων των θεωριών είναι η κατανόηση της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κάθε θεωρία προσωπικότητας μελετά τις βασικές δομές της προσωπικότητας, τα κίνητρα, την ανάπτυξη και την εξέλιξη του ανθρώπου, την ψυχοπαθολογία, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο διαταράσσεται η λειτουργία της προσωπικότητας, και τέλος τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι αλλάζουν ή αντιδρούν στις αλλαγές.

Σύμφωνα με την κλασική θεωρία της μάθησης, η συμπεριφορά καθώς και οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι αποτελέσματα μαθησιακής διαδικασίας. Για τον κλασικό συμπεριφορισμό που επικρατούσε μέχρι τη δεκαετία του '50, δεν υφίσταται η έννοια της διαταραγμένης προσωπικότητας αλλά της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, η οποία προκύπτει όταν τα άτομα δεν κατορθώνουν να μάθουν μια λειτουργική συμπεριφορά μέσα από τη σχέση ερέθισμα-αντίδραση, ή μαθαίνουν μια δυσλειτουργική αντίδραση-συμπεριφορά. Από τη σκοπιά της θεωρίας της μάθησης, η προσωπικότητα θεωρείται προϊόν μάθησης,

ενώ δίνεται έμφαση στον πειραματικό έλεγχο των μεταβλητών που προκαλούν τη συμπεριφορά, όπου γίνονται χειρισμοί των μεταβλητών και μελετώνται οι επιπτώσεις τους στη συμπεριφορά. Εδώ οι μεταβλητές είναι αντικειμενικά καθορισμένες και αφορούν το εξωτερικό περιβάλλον. Υπό αυτή την έννοια, στη θεωρία της συμπεριφοράς η έμφαση δίνεται σε δυνάμεις εξωτερικές (περιβαλλοντικές) και όχι εσωτερικές (π.χ. ένστικτα, ορμές), ως προς τον οργανισμό.

Στην εξέλιξη της θεωρίας της μάθησης για την προσωπικότητα σημαντική είναι η συμβολή των Hull, Miller και Dollard. Ο Hull δίνει έμφαση στις ενορμήσεις, πρωτογενείς και δευτερογενείς, τις οποίες εκλαμβάνει ως ερεθίσματα που προκαλούν αντιδράσεις, καθώς και στην απόκτηση συνθηκών οι οποίες αποτελούν δεσμούς ερεθισμάτων-αντιδράσεων και αποτελούν βασικό μέρος της δομής της προσωπικότητας.

Οι Miller και Dollard δίνουν έμφαση στη σημασία των συγκρούσεων των αντιδράσεων, στην κατανόηση των νευρώσεων. Η σύγκρουση προκαλείται όταν το ίδιο ερέθισμα ανακινεί δύο ειδών αντιδράσεις στο άτομο, τόσο αντίδραση προσέγγισης όσο και αντίδραση αποφυγής. Το άτομο αναπτύσσει ένα σύμπτωμα προκειμένου να μειώσει το άγχος που προκαλείται από τη σύγκρουση. Το σύμπτωμα ενισχύεται και συνεχίζει να υπάρχει λόγω του θετικού αποτελέσματος (μείωση του άγχους) που έχει επιτύχει.

Στα τέλη της δεκαετίας του '50 η θεωρία των γνωστικών νοητικών κατασκευών του Kelly δίνει για πρώτη φορά έμφαση στο ρόλο των γνωστικών λειτουργιών. Αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα του ρόλου των ενδιάμεσων μεταβλητών ανάμεσα στο ερέθισμα και στην αντίδραση, στον τρόπο που το άτομο κατανοεί, επεξεργάζεται και ερμηνεύει τον

κόσμο. Χωρίζει τις νοητικές κατασκευές σε πυρηνικές, οι οποίες θεωρούνται ότι είναι άκαμπτες και καθορίζουν τη συμπεριφορά του ατόμου, και περιφερειακές, οι οποίες μπορούν να αλλάξουν σχετικά εύκολα. Η δυσλειτουργική συμπεριφορά ορίζεται ως αποτέλεσμα της διαταραγμένης λειτουργίας των νοητικών κατασκευών. Η συμβολή της θεωρίας του Kelly στη μελέτη της προσωπικότητας και στην ερμηνεία της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς είναι τεράστια, παρά τις όποιες αδυναμίες της (για παράδειγμα, παραγνώριση της σημασίας των κινήτρων και των συναισθημάτων).

Αργότερα, οι κοινωνικογνωστικές θεωρίες της προσωπικότητας, με κυριότερους εκπροσώπους τους Bandura, Mahoney, Kanfer και Meichenbaum, έχουν πιο ολιστικό χαρακτήρα και δίνουν έμφαση στη συνεχή διάδραση του ατόμου με το περιβάλλον. Κεντρικό ρόλο κατέχει η αλληλεπίδραση μεταξύ των βιολογικών μεταβλητών (ιδιοσυγκρασία, προσωπικότητα) και των περιβαλλοντικών μεταβλητών (εξωτερικά γεγονότα), καθώς και των γνωσιακών μηχανισμών του ατόμου.

Η διαμόρφωση δύο πολύ βασικών γνωσιακών θεωριών —της γνωσιακής θεωρίας των σχημάτων του Beck και της λογικοσυναισθηματικής θεωρίας του Ellis— είναι καθοριστική στη μελέτη της προσωπικότητας, αφού και οι δύο θεωρίες δίνουν μια αρκετά πιο ολοκληρωμένη ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Ο Ellis δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα των παράλογων, δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων, οι οποίες προκαλούν πολύ αρνητικά συναισθήματα και δυσλειτουργική συμπεριφορά. Σύμφωνα με αυτόν, ο άνθρωπος είναι κατά βάση ένα λογικό ον αλλά διακατέχεται από παράλογες σκέψεις. Όταν σκέπτεται λογικά, είναι ευτυχισμένος και επαρκής. Όταν

όμως σκέπτεται παράλογα, είναι δυστυχής γιατί οι παράλογες σκέψεις προκαλούν ψυχολογικές διαταραχές και συναισθηματικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, θυμό και ενοχές.

Βασικός άξονας της γνωσιακής θεωρίας του Beck για την προσωπικότητα είναι τα γνωσιακά σχήματα, τα οποία εμφανίζονται νωρίς στην ανάπτυξη της οντογένεσης και θεωρούνται ως σταθερές νοητικές δομές μέσα από τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται και επεξεργάζεται τα ερεθίσματα. Τα γνωσιακά σχήματα είναι άκαμπτα και λειτουργούν ως επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφορών. Τα νοητικά σχήματα είναι ο πυρήνας, η βάση από όπου πηγάζουν όλες οι αντιλήψεις, πεποιθήσεις, σκέψεις και ερμηνείες του ατόμου, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τις συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές αντιδράσεις του.

Από την άποψη αυτή, η προσωπικότητα και οι διαταραχές της μπορούν να μελετηθούν μέσα από τη διερεύνηση των σχημάτων. Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, οι διαταραχές στην προσωπικότητα προκύπτουν από τη διαμόρφωση δυσλειτουργικών σχημάτων βάσει των οποίων το άτομο αναπτύσσει δυσλειτουργικές-αρνητικές πεποιθήσεις τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους και λειτουργεί κατ' επανάληψιν με ένα συγκεκριμένο τρόπο σε επίπεδο συναισθημάτων και συμπεριφοράς, έτσι ώστε να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η λειτουργικότητά του.

Τα σχήματα δημιουργούνται, διατηρούνται και ενισχύονται μέσα από την αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων (ιδιοσυγκρασία, προσωπικότητα) και περιβαλλοντικών-μαθησιακών παραγόντων (τραυματικές προσωπικές εμπειρίες ζωής, διαπροσωπικές σχέσεις, αντιδράσεις περιβάλλοντος στις τραυματικές εμπειρίες του ατόμου).

Τα παρακάτω δύο παραδείγματα δείχνουν πώς μπορούν να δημιουργηθούν βασικές πεποιθήσεις στο άτομο μέσα από κάποιες αρνητικές εμπειρίες ζωής:

Παρελθούσα αρνητική εμπειρία	Σημερινός φόβος	Βασική πεποίθηση
Όταν ήμουν μικρός, ο πατέρας μου με έστηνε στον τοίχο και μου φώναζε όταν έκανα κάτι λάθος στα μαθήματα.	<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος να κάνω λάθη. • Φόβος να αναλάβω νέες δραστηριότητες μήπως κάνω λάθη. 	Δεν πρέπει να κάνω λάθη γιατί τότε οι άλλοι θα με απορρίψουν.
Όταν ήμουν μικρή και ήθελα να αγκαλιάσω τη μητέρα μου, εκείνη με απέφυγε λέγοντάς μου πως την ενοχλώ, πως είμαι φορτική.	<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος μήπως γίνω ενοχλητική, μήπως πιέσω με την αγάπη μου τους άλλους. 	Αν εκφράσω τα συναισθήματά μου, τότε ο άλλος θα ενοχληθεί, δεν θα με θέλει.

Οι πεποιθήσεις αποτελούν το περιεχόμενο των σχημάτων και καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τον κόσμο και τους άλλους. Οι βασικές πεποιθήσεις χωρίζονται σε πυρηνικές, εξαρτώμενες και αυτοκαθοδήγησης. Οι πυρηνικές αφορούν γενικούς όρους (π.χ. «ο κόσμος είναι κακός» «είμαι διαφορετικός, ξεχωριστός από τους άλλους»), ενώ οι εξαρτώμενες εκφράζονται με υποθετικούς όρους (π.χ. «αν κάνω φίλους, κάποτε θα με προδώσουν», «αν κάνω πράγματα που κάνουν και οι άλλοι, τότε δεν κάνω τίποτα σημαντικό»). Οι πεποιθήσεις αυτοκαθοδήγησης αφορούν κανόνες που θέτει το ίδιο το άτομο στον εαυτό του προκειμένου να προστατευθεί από τις συνέπειες των πυρηνικών και εξαρτώμενων πεποιθήσεών του. Ακολουθώντας τα προηγούμενα παραδείγ-

ματα πυρηνικών και εξαρτώμενων πεποιθήσεων, οι αυτοκαθοδηγούμενες πεποιθήσεις θα ήταν του τύπου: «πρέπει να προσέχω ποιος με πλησιάζει», «πρέπει πάντα να κάνω αυτά που οι άλλοι δεν καταφέρνουν να κάνουν για να ξεχωρίζω».

Ανάλογα με το περιεχόμενο των σχημάτων προκύπτουν και οι συγκεκριμένες διαταραχές της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, εάν υπάρχει σχήμα ανωτερότητας και μεγαλοποίησης του εαυτού και προκύπτουν αντιλήψεις όπως «είμαι ανώτερος από τους άλλους και θα πρέπει να το αναγνωρίζουν» ή «είμαι υπεράνω κανόνων», τότε προκύπτει η ναρκισσιστική διαταραχή. Οι κυριότερες διαταραχές προσωπικότητας είναι η παρανοειδής και η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας, που χαρακτηρίζονται ως περίεργες και εκκεντρικές και αποτελούν την Ομάδα Α των διαταραχών προσωπικότητας, η αντικοινωνική, ιστριονική, ναρκισσιστική και οριακή ή μεταιχμιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζονται από το στοιχείο της εκδραμάτισης και της αστάθειας και αποτελούν την Ομάδα Β, και τέλος η αποφευκτική, εξαρτητική και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, που χαρακτηρίζονται από άγχος και φόβο και αποτελούν την Ομάδα Γ των διαταραχών προσωπικότητας.

Η ψυχοθεραπευτική εφαρμογή του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου στις διαταραχές προσωπικότητας είναι σχετικά πρόσφατη. Η παρέμβαση στοχεύει κατ' αρχάς στον έλεγχο των δυσλειτουργικών συμπεριφορών που προκύπτουν από την ύπαρξη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων. Για παράδειγμα, σε μια αποφευκτικού τύπου προσωπικότητα η μείωση των αποφευκτικών συμπεριφορών θα ήταν ο πρώτος στόχος. Εάν υπάρχουν και άλλες δυσλειτουργικές συμπεριφορές, πρωταρχικός στόχος στην ψυχοθεραπεία είναι ο έλεγχος και αυτών των συμπτωμάτων. Σε ένα δεύτερο

επίπεδο, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση εστιάζεται στην επαναξιολόγηση και τροποποίηση των βασικών πεποιθήσεων, έτσι ώστε το άτομο να μπορέσει να κατανοήσει το μοντέλο επανάληψης της δυσλειτουργικής του συμπεριφοράς και των αρνητικών του συναισθημάτων. Η εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης είναι απαραίτητο στοιχείο για την πορεία όλης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Η σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο αναπτύσσεται από την αρχική φάση της κλινικής συνέντευξης και ψυχολογικής εκτίμησης. Βάσει της προσέγγισης της διαμόρφωσης περίπτωσης, η σχέση αυτή διαμορφώνεται μέσα από την κλινική αξιολόγηση κάθε περιστατικού ξεχωριστά. Στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία η θεραπευτική σχέση λειτουργεί βοηθητικά στη διάγνωση και αξιολόγηση του περιστατικού, καθώς και ως η βάση πάνω στην οποία μπορούν να εφαρμοσθούν οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές ώστε να επέλθει η ψυχοθεραπευτική αλλαγή.

Όταν υπάρχουν διαταραχές προσωπικότητας, ο ψυχοθεραπευτής χρειάζεται να γνωρίζει τον τρόπο και το βαθμό στον οποίο πρέπει να εκφράζει χαρακτηριστικά όπως ζεστασιά, κατανόηση, ανθεκτικότητα, τα οποία είναι απαραίτητα στη σχέση αυτή. Για παράδειγμα, διαφορετικοί χειρισμοί στην έκφραση ζεστασιάς απαιτούνται προς έναν θεραπευόμενο με εξαρτητικά στοιχεία και διαφορετικοί προς έναν με σχιζοειδή στοιχεία. Η ανίχνευση συγκεκριμένων βασικών πεποιθήσεων που οδηγούν σε συγκεκριμένο πρότυπο συμπεριφοράς σε συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας είναι πολύ σημαντική για την ψυχοθεραπευτική πορεία, και τούτο γιατί μπορεί να έχει αιτιογενή ρόλο τόσο στην εμφάνιση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών όσο και στην εν γένει δυσλειτουργικότητα του θεραπευόμενου. Η παρα-

γνώριση του ρόλου τους μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά στην πορεία της θεραπείας, τόσο με μη βελτίωση όσο και με συνεχείς υποτροπές.

Ένα βασικό ερώτημα σχετικά με τη θεραπεία διαταραχών προσωπικότητας αφορά την ίδια τη φύση αυτών των διαταραχών και τις δυνατότητες της ψυχοθεραπείας. Εάν δηλαδή μπορεί να υπάρξει πλήρης αναδόμηση των πυρηνικών αντιλήψεων, επομένως και εξάλειψη της διαταραχής, ή τροποποίηση των περιφερειακών, συντελεστικών μόνο αντιλήψεων ή ίσως και κάποιων πυρηνικών, με αποτέλεσμα να υπάρχει έλεγχος των συμπτωμάτων και το άτομο να μπορεί να λειτουργεί πολύ πιο αποτελεσματικά και θετικά σε συμπεριφοριστικό και συναισθηματικό επίπεδο. Η κλινική έρευνα στον τομέα της προσωπικότητας και των διαταραχών της ίσως μπορέσει να δώσει πιο ασφαλείς απαντήσεις στο μέλλον.

Βιβλιογραφία

- Beck, A., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Costello, Ch. (1996). *Personality Disordered*. J. Willey & Sons Inc.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational Emotive Behavior Therapy*. California: Impact Publishers.
- Καραδήμας, Ε. (2003). Γνωστικές και Συμπεριφοριστικές θεωρίες Προσωπικότητας (Σημειώσεις για το μάθημα «Γνωστικές και Συμπεριφοριστικές θεωρίες Προσωπικότητας»), Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Λεβίτιν, Κ. (1988). *Η διαμόρφωση της προσωπικότητας*. Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή – Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακάστας, Ι. (1994). *Γνωσική ψυχοθεραπεία – Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Pervin, L., & John, O. (1999). *Θεωρίες προσωπικότητας* (μτφρ. Α. Αλε-

- Ξανδροπούλου & Ε. Δασκαλοπούλου). Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive Therapy in Practice – A Case Formulation Approach*. N. York: Norton & Company.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P.M. (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Schaap, C., Bennum, I., Schindler, L., & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Baffins Lane: Wiley.
- Turner, R., Becker, L., & DeLoach, C. (1994). Borderline Personality. Στο F. Dattilio & A. Freeman (Επιμ. Έκδ.), *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention*. New York: Guilford Press.
- Young, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Exchange Inc.
- Χαρίλα, Ν. (1995). Γνωσιακή Θεραπεία της Συμπεριφοράς. Στο Γ. Μπουλουγούρης (Επιμ. Έκδ.), *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία σε περίπτωση παιδιού με επιλεκτική βωβότητα

Μαριανίκα Κ. Βλάχου

1. Εισαγωγή

Ορισμός της επιλεκτικής βωβότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της επιλεκτικής βωβότητας, όπως ορίζεται από το DSM-IV, είναι ότι το παιδί δεν μιλά όταν βρίσκεται σε συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον, για παράδειγμα στο σχολείο, ενώ μιλά όταν βρίσκεται σε κάποιιο άλλο, για παράδειγμα στο σπίτι.

Η διαταραχή θα πρέπει να έχει εμφανιστεί περισσότερο από ένα μήνα και το παιδί θα πρέπει να παρουσιάζει σταθερότητα ως προς την αδυναμία να μιλήσει σε κάποιες κοινωνικές συνθήκες, στις οποίες όμως αναμένεται η λεκτική συμμετοχή του. Για να υφίσταται η διαταραχή, θα πρέπει να υπάρχουν άλλες κοινωνικές συνθήκες στις οποίες το παιδί μπορεί να επικοινωνεί λεκτικά αβίαστα (American Psychiatric Association, 1994).

Τα χαρακτηριστικά της επιλεκτικής βωβότητας προσδιορίστηκαν από το 1877 (Wright et al., 1985), αλλά η διαταραχή δεν υπήρχε στο DSM έως το 1980 (APA, 1980). Αν και πρόσφατα επιδείχθηκε αυξημένο ενδιαφέρον για τη συ-

γκεκριμένη διαταραχή, έχουμε σχετικά λίγες πληροφορίες για την επιδημιολογία ή τη φαινομενολογία της.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Υπήρχε η πεποίθηση ότι η επιλεκτική βωβότητα ήταν μια σπάνια διαταραχή, όμως αυτές οι εκτιμήσεις βασιζόνταν σε ανεπαρκείς ενδείξεις. Πριν από το 1977 μόνο δύο μελέτες που αφορούσαν τον επιπολασμό της διαταραχής διενεργήθηκαν και καμιά από αυτές δεν πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Επιπλέον, αυτές οι έρευνες διερεύνησαν διάφορους τύπους δειγμάτων και έδωσαν ασαφή ευρήματα (Bergman, 2002).

Σύμφωνα με το DSM-IV, η διαταραχή απαντά συχνότερα στα κορίτσια και ο επιπολασμός της υπολογίζεται σε λιγότερο από 1% στον κλινικό πληθυσμό.

Στη Μεγάλη Βρετανία οι Brown και Lloyd (1975) ήρθαν σε επαφή με δασκάλους δημοτικών σχολείων οκτώ εβδομάδες μετά την έναρξη των μαθημάτων. Διαπίστωσαν πως 42 (0,69%) παιδιά από τα 6.072 ηλικίας από τεσσάρων έως πέντε χρονών αναφέρθηκαν ως τελείως άλαλα στο σχολείο. Στην επανεξέταση που ακολούθησε, μετά από οκτώ μήνες, μόνο 5 παιδιά (0,08%) συνέχιζαν να μη μιλάνε.

Σκανδιναβικές έρευνες (Black & Uhde, 1995· Dummit et al., 1997) έγιναν με σκοπό να εντοπιστεί ο αριθμός των παιδιών που εμφάνιζαν τα συμπτώματα της επιλεκτικής βωβότητας. Μόνο 5 (0,18%) από τα 2.793, ηλικίας από επτά έως δεκαπέντε ετών, πληρούσαν τα κριτήρια για τη διαταραχή. Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Krumpalainen και συνεργάτες (1998) στη Φιλανδία, όπου εντοπίστηκαν 38 παιδιά (1,9%) τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια της διαταραχής, σε σύνολο 2.009 παιδιών.

Συννοσηρότητα

Στην προσπάθεια να αναγνωριστεί η επιλεκτική βωβότητα ως μια ανεξάρτητη κλινική ενότητα, ελάχιστες μελέτες ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η διαταραχή αυτή στην ποιότητα ζωής του ατόμου που πάσχει.

Θεωρείται ωστόσο ότι η επιλεκτική βωβότητα δυσχεραίνει τη σχολική απόδοση και αναστέλλει την κοινωνικότητα του ατόμου (Tancer & Klein, 1991).

Οι Steinhausen και Juzzi (1996) ανέλυσαν τα χαρακτηριστικά εκατό παιδιών με επιλεκτική βωβότητα και ανέφεραν πως η βαθμολογία τους ήταν σημαντικά υψηλότερη (συγκρινόμενη με την κανονική του πληθυσμού) στις κλίμακες που μετρούσαν την αποφευκτική συμπεριφορά, το άγχος, την κατάθλιψη και τα προβλήματα κοινωνικοποίησης.

Σε μια πρόσφατη έρευνα (Kristensen, 2001) αναφέρθηκε μια σημαντική διαφορά μεταξύ των παιδιών με επιλεκτική βωβότητα και των ομάδων ελέγχου σε αρκετές υποκλίμακες της *Child Behavior Checklist* (για παράδειγμα, αποφευκτική συμπεριφορά, άγχος, κατάθλιψη, δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση, προβλήματα συγκέντρωσης, επιθετική συμπεριφορά, προβλήματα σε διάφορες δεξιότητες).

Η σχέση της επιλεκτικής βωβότητας με την κοινωνική φοβία

Οι απόψεις των ειδικών για την επιλεκτική βωβότητα άλλαξαν τα τελευταία χρόνια. Τα προηγούμενα χρόνια υποστηριζόταν ότι η επιλεκτική βωβότητα σχετίζεται με μια ποικιλία συνθηκών στις οποίες περιλαμβάνονταν οικογενειακά προβλήματα, ψυχικά τραύματα, νευρώσεις των γονέων,

διαταραχές της γλώσσας και της έκφρασης κ.ά. (Leonard, 2000).

Η τρέχουσα αντίληψη αναφέρει ότι η επιλεκτική βωβότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την κοινωνική φοβία, ή καλύτερα είναι η αναπτυξιακή έκφραση της κοινωνικής φοβίας (Black & Uhde, 1995).

Σε μια πρόσφατη συνδιάσκεψη που έγινε στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (National Institute of Mental Health) για τις αγχώδεις διαταραχές των νέων (Anxiety Disorders Association of America, 1999), έγινε εισήγηση η οποία αναφερόταν στην ανακατάταξη της επιλεκτικής βωβότητας και στη θεώρησή της ως μιας υποομάδας της κοινωνικής φοβίας.

Πρόσφατες μελέτες βρήκαν τουλάχιστον 97% των παιδιών με επιλεκτική βωβότητα να πληρούν τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R για κοινωνική φοβία ή αποφευκτική διαταραχή (Black & Uhde, 1995).

Συμπληρωματικές ενδείξεις έρχονται από τα ευρήματα που αφορούν τους φαρμακολογικούς παράγοντες, οι οποίοι δείχνουν ότι τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας των ενηλίκων είναι εξίσου αποτελεσματικά και για την επιλεκτική βωβότητα (Black & Uhde, 1994).

Επιπρόσθετα, από τα στοιχεία του οικογενειακού ιστορικού προκύπτει ότι το 70% των γονέων που έχουν παιδιά με επιλεκτική βωβότητα είχαν και οι ίδιοι ιστορικό κοινωνικής φοβίας ή αποφευκτικής διαταραχής (Black & Uhde, 1995), και αυτό το ποσοστό είναι σαφώς υψηλότερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού.

2. Παρουσίαση περίπτωσης

Ιστορικό

Ηλικία: Εννέα ετών. Σχολική τάξη: Δ' Δημοτικού. Από τότε που άρχισε να πηγαίνει στον παιδικό σταθμό έως και σήμερα φοιτά στο ίδιο ιδιωτικό σχολείο. Το νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί ήταν αγγλόφωνο (η μητέρα επιθυμούσε ιδιαιτέρως την εκμάθηση της αγγλικής γλώσσας).

Η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού δεν παρουσιάζει προβλήματα, εκτός του ότι λόγω της πλατυποδίας που έχει, η οποία όμως αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά, υπήρχε παλαιότερα μια μικρή καθυστέρηση στη βάδιση. Περπάτησε χωρίς στήριξη σε ηλικία δεκαεφτά-δεκαοκτώ μηνών.

Σε ό,τι σχετίζεται με την ανάπτυξη του λόγου, οι γονείς δηλώνουν ότι μέχρι και την Α' Δημοτικού το παιδί δεν είχε καλή άρθρωση, και γι' αυτό ακολούθησε για έξι μήνες συνεδρίες λογοθεραπείας. Πρέπει να σημειωθεί ότι από βρέφος υπέφερε από ωτίτιδες, οι οποίες επηρέασαν την ακουστική ικανότητα. Αυτή τη στιγμή όμως ο προφορικός λόγος του παιδιού δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα.

Η σχολική επίδοση είναι εξαιρετικά καλή (αυτή τη στιγμή συμμετέχει στο μάθημα του σχολείου μόνο μέσω του γραπτού λόγου). Σε αυτό έχει συμβάλει ιδιαιτέρως η μητέρα και παλαιότερα η γιαγιά από την πλευρά της μητέρας, που ήταν δασκάλα. Δεν χρειάστηκε έλεγχος-εκτίμηση της νοημοσύνης, διότι μέσω των πληροφοριών από το σχολείο, τους γονείς και την εξέταση των γραπτών του διαπιστώνεται ότι το παιδί δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα στο νοητικό δυναμικό του.

Συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι: Ιδιαιτέρως απαιτητική στο περιβάλλον της, σε σημείο που όταν δεν εκ-

πληρώνονται οι επιθυμίες της αντιμετωπίζει κρίσεις πείσματος. Ο πατέρας είναι ιδιαίτερα υποχωρητικός σε αυτές τις κρίσεις διότι πιστεύει ότι το παιδί υποφέρει. Παίζει με την αδελφή της, η οποία είναι επτά ετών, έχουν όμως αρκετά συχνά έντονους τσακωμούς.

Είναι πολύ τακτική με τα πράγματά της, σε σημείο υπερβολικό για την ηλικία της. Θέλει να πηγαίνει στο σχολείο όσο το δυνατόν πιο μελετημένη στα μαθήματά της. Τακτοποιεί με συγκεκριμένο τρόπο ορισμένα ρούχα της προτού κοιμηθεί και δεν μπορεί να ηρεμήσει εάν κάποιος της χαλάσει αυτή τη σειρά. Ετοιμάζει και τη δική της σχολική τσάντα και της αδελφής της με άψογο τρόπο. Δεν θέλει να της πειράζει κανείς τα πράγματα. Βάζει σε τάξη τους μαρκαδόρους και τα μολύβια πάνω στο γραφείο της.

Συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο: Από τον παιδικό σταθμό έως και σήμερα, στην αρχή κάθε σχολικής χρονιάς είναι ιδιαίτέρως ντροπαλή και αποφεύγει τις επαφές με τα άλλα παιδιά. Δεν παρουσίασε άγχος αποχωρισμού. Στο νηπιαγωγείο δεν μιλούσε καθόλου, στην Α' Δημοτικού άρχισε να μιλάει χαμηλόφωνα, μέσα στην τάξη διάβαζε την ανάγνωση ψιθυριστά και γενικότερα έλεγε το μάθημα χαμηλόφωνα. Στο διάλειμμα μιλούσε με μεγαλύτερη ευκολία με τη δασκάλα. Δεν συμμετείχε πολύ στα παιχνίδια με τα άλλα παιδιά. Στη Β' Δημοτικού άλλαξε δασκάλα στη μέση του σχολικού έτους, αλλά συνέχιζε να μιλάει ψιθυριστά. Στην Γ' Δημοτικού η δασκάλα εντόπισε το πρόβλημα και στη συνέχεια ενημερώθηκαν και οι γονείς επίσημα από το σχολείο. Το μάθημα των Θρησκευτικών διδασκόταν από άλλο δάσκαλο και αυτό είχε ως αποτέλεσμα το παιδί να μη μιλάει καθόλου. Γενικότερα στην πορεία αυτών των χρόνων, φαίνεται να νιώθει πιο άνετα με τα παιδιά, αλλά ο λόγος της δεν είναι καθόλου λειτουργικός, όπως

αναμένεται από ένα παιδί της ηλικίας της. Το θετικό σημείο για την ανάπτυξή της είναι ότι δεν αποφεύγει έντονα τις κοινωνικές επαφές με τα άλλα παιδιά στο σχολείο. Κατόρθωσε να δημιουργήσει ορισμένες φιλίες με κάποια από αυτά, τα οποία την αποδέχονται ακόμη και όταν δεν επικοινωνεί λεκτικά μαζί τους. Αρκετές φορές όταν παίζει με τα άλλα παιδιά στο σχολείο, είναι χαρούμενη και χρησιμοποιεί μη λεκτική επικοινωνία (νεύματα, χειρονομίες, παντομίμα). Στις αρχές της Δ' Δημοτικού δεν μιλούσε καθόλου στο χώρο του σχολείου και πριν τις γιορτές των Χριστουγέννων οι γονείς αποφάσισαν να δεχθούν την παρέμβαση των ειδικών.

Συμπεριφορά του παιδιού σε χώρους εκτός του σχολείου: Παραμένει ντροπαλή, αλλά χρησιμοποιεί το λόγο ικανοποιητικά. Εάν όμως συναντήσει κάποιο πρόσωπο από το χώρο του σχολείου, γίνεται επιφυλακτική, απομονώνεται και σταματάει να μιλάει.

Ιστορικό της μητέρας και η σχέση της με το παιδί: Η μητέρα είναι σαράντα τριών ετών, έχει σπουδές ανώτατης εκπαίδευσης και δουλεύει πολλές ώρες μέχρι αργά το βράδυ. Προσφέρει στην οικογένειά της το μεγαλύτερο μερίδιο από το εισόδημα, διότι ο πατέρας των παιδιών δεν εργάζεται «τόσο πολύ», όπως λέει η ίδια η μητέρα. Οι πολλές ώρες εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα να μην ασχολείται ιδιαίτερα με τα παιδιά. Επειδή ο χώρος εργασίας της είναι στο διπλανό σπίτι, βλέπει τα παιδιά το βράδυ πριν τον ύπνο, τα ετοιμάζει (μπάνιο, καθαριότητα) και μένει μαζί τους μέχρι να αποκοιμηθούν. Αυτό γίνεται καθημερινά από τότε που το πρώτο παιδί ξεκίνησε να πηγαίνει στον παιδικό σταθμό. Το σαββατοκύριακο η μητέρα βρίσκεται περισσότερο με τα παιδιά, κάνοντας μαζί τους πολλές επαναλήψεις στα μαθήματα της εβδομάδας.

Η ίδια δηλώνει ότι είναι ιδιαιτέρως απαιτητική σε ό,τι αφορά τη μελέτη των παιδιών και πιστεύει ότι σε αυτήν οφείλεται το ότι η μεγάλη της κόρη είναι τόσο εξαιρετική στα μαθήματα. Λέει επίσης ότι κυνηγάει το «τέλειο» και ότι της αρέσει να τα βλέπει όλα πολύ καθαρά και τακτοποιημένα, σε σημείο που να αγχώνεται και να θυμώνει όταν κάτι από αυτά δεν γίνεται.

Όταν πήγαινε σχολείο, ήταν ιδιαιτέρως ντροπαλή, απομονωμένη και φοβισμένη. Ήταν πάντα άριστη μαθήτρια, αισθανόταν όμως μειονεκτικά γιατί οι γονείς της την είχαν γράψει σε ένα πολύ ακριβό σχολείο, όπου η ίδια ένιωθε ότι υστερούσε διότι δεν βρισκόταν στο ίδιο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Έτσι αποφάσισε ότι πρέπει να κάνει τις καλύτερες και δυσκολότερες σπουδές, πράγμα που κατάφερε.

Ιστορικό του πατέρα και η σχέση του με το παιδί: Ο πατέρας είναι σαράντα οκτώ ετών, έχει μεγαλώσει σε μεγάλη πόλη της Ελλάδας, έχει σπουδάσει σε ανώτατη σχολή και εργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας. Ο ίδιος δηλώνει ότι από μικρός ήταν πολύ ντροπαλός και ότι ο πατέρας του ήταν ιδιαιτέρως αυστηρός και δεν τον άφηνε να κυκλοφορεί έξω στον κόσμο. Μετά από πολλές συναντήσεις παραδέχεται ότι εμφανίζει αναβλητική συμπεριφορά στην καθημερινότητα και γι' αυτό το λόγο κάνει πολλές δουλειές. Αυτός είναι όμως που ασχολείται περισσότερο με τα παιδιά σε ό,τι αφορά την καθημερινή τους μελέτη, τον ελεύθερο χρόνο, το παιχνίδι και τη διασκέδαση. Είναι ιδιαιτέρως υποχωρητικός στις απαιτήσεις τους και κυρίως στις απαιτήσεις της μεγάλης του κόρης.

3. Παρέμβαση

Λήψη ιστορικού από τους γονείς. Κατά τη λήψη του ιστορικού διαπιστώθηκε ότι οι γονείς είχαν έντονες διαφωνίες ως προς τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, ενώ παράλληλα η μητέρα φάνηκε να είναι ιδιαίτερος δυσαρεστημένη από το σύζυγό της. Διαπιστώθηκε ότι κανείς από τους δύο γονείς δεν ήθελε να μιλήσει ανοικτά για τα προβλήματα που αντιμετώπιζε μέσα στη σχέση και γι' αυτό το λόγο ακολούθησαν δύο ατομικές συνεδρίες με τον κάθε γονέα ξεχωριστά. Διαπιστώθηκε ότι και οι δύο έφεραν πολλά γνωσιακά σχήματα τα οποία ήταν δυσλειτουργικά για τη σχέση τους, τον εαυτό τους, την καθημερινή τους ζωή και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. Γι' αυτό το λόγο τούς συστήθηκε να ακολουθήσουν σε πρώτη φάση θεραπεία ζεύγους, έτσι ώστε στη συνέχεια να μπορέσουν να ακολουθήσουν οι συνεδρίες που αφορούσαν τις δυσκολίες του παιδιού.

Κατάρτιση καταλόγου προβλημάτων – Θεραπευτικοί στόχοι

Από τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν από το ιστορικό καταρτίστηκε ο ακόλουθος κατάλογος προβλημάτων, βάσει των οποίων τέθηκαν και οι θεραπευτικοί στόχοι.

Προβλήματα που αφορούν το παιδί

- Κρίσεις πείσματος στο χώρο του σπιτιού.
- Καταναγκαστικά στοιχεία και τελειοθηρικά στοιχεία στη συμπεριφορά του παιδιού (τακτοποίηση ρούχων και τετραδίων πριν το βραδινό ύπνο, ανάγκη και εξαιρετική τάξη στο γραφείο της και εκδήλωση έντονου θυμού σε περίπτωση που κάτι από τα παραπάνω διαταραχθεί).
- Έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων.

- Επιλεκτική βωβότητα (δεν χρησιμοποιεί τον προφορικό λόγο στο χώρο του σχολείου).

Προβλήματα που αφορούν τους γονείς

- Η μητέρα είναι ιδιαιτέρως απαιτητική σε ό,τι αφορά τις επιδόσεις των παιδιών στα μαθήματα του σχολείου, και έτσι τις λίγες ώρες που μπορεί να ασχοληθεί με τα παιδιά της τις αφιερώνει στη μελέτη τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαταράσσεται η σχέση της μητέρας με τα παιδιά της και κυρίως με τη μεγαλύτερή της κόρη, από την οποία έχει και τις περισσότερες απαιτήσεις και η οποία παρουσιάζει την επιλεκτική βωβότητα.
- Ο πατέρας είναι ιδιαιτέρως υποχωρητικός στις απαιτήσεις της μεγάλης κόρης. Η υποχωρητική στάση του πατέρα έχει ως αποτέλεσμα να επιδεινώνει τις κρίσεις πείσματος του παιδιού, καθώς επίσης τα καταναγκαστικά και τελειοθηρικά στοιχεία τα οποία εντοπίστηκαν στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού. Ο ίδιος θεωρεί πως είναι παράλογο κάποιος να τσιρίξει ή να αναστατώνεται όταν οι μαρκαδόροι δεν είναι στη σωστή θέση ή όταν τα φανελάκια δεν είναι ίσια τοποθετημένα στην καρέκλα του υπνοδωματίου. Παρ' όλα αυτά, όταν η κόρη του φωνάζει για την αταξία των πραγμάτων της, εκείνος φροντίζει να διορθώσει άμεσα τη «λάθος» θέση τους έτσι ώστε το παιδί να ηρεμήσει και να μπορέσει να κοιμηθεί.
Βάσει του παραπάνω καταλόγου προβλημάτων τέθηκαν οι θεραπευτικοί στόχοι, οι οποίοι παρουσιάζονται στη συνέχεια.
- Η μητέρα χρειάζεται να αφιερώσει χρόνο στα παιδιά της κάνοντας μαζί τους δραστηριότητες, οι οποίες σε καμία περίπτωση δεν θα αφορούν τη μελέτη των σχολικών ή άλλων μαθημάτων.
- Εκπαίδευση των γονέων για την αντιμετώπιση των κρίσεων πείσματος μέσω συμπεριφοριστικών τεχνικών.

- Εκπαίδευση των γονέων για τη μείωση των καταγκαστικών συμπεριφορών του παιδιού μέσω της έκθεσης της συμπεριφοριστικής τεχνικής και της παρεμπόδισης αντίδρασης.
- Αντιμετώπιση της επιλεκτικής βωβότητας.
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.
- Γενίκευση των νέων ικανοτήτων του παιδιού και αποτελεσματική διαχείριση του άγχους

4. Θεραπευτική παρέμβαση

Στη συνέχεια παρουσιάζονται επιγραμματικά τα βήματα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Συνεδρίες με τους γονείς

- Ενημέρωση και εκπαίδευση των γονέων, προκειμένου να κατανοήσουν τους σκοπούς και τους στόχους της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας.
- Ενημέρωση και καθοδήγηση των γονέων, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις χειριστικές συμπεριφορές του παιδιού, τις κρίσεις πείσματος και τις συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από ανάγκη για τάξη και τελειότητα.
- Εφαρμογή συμπεριφοριστικού προγράμματος στο σπίτι, το οποίο θα πραγματοποιείται από τους γονείς. Προηγείται ενημέρωση του παιδιού για την εφαρμογή του προγράμματος. Ακολουθεί συζήτηση με το παιδί, το θεραπευτή και τους γονείς, η οποία αφορά τον καθορισμό των ενισχυτών. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει παιχνίδι με παιδιά από το χώρο του σχολείου και ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών του παιδιού με το σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών. Σε σχέση με την ομι-

λία του παιδιού, στην αρχή τέθηκαν μικροί στόχοι. Για παράδειγμα, ακόμη και μια μόνο λέξη που θα πει το παιδί κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, όπως «έλα» ή «θέλω» ή «κάθισε» κ.λπ., αρκεί για να ενισχυθεί θετικά.

- Εφαρμογή συμπεριφοριστικού προγράμματος που αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες και δραστηριότητες του παιδιού. Ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών που εκδηλώνει το παιδί έξω από το χώρο του σπιτιού μέσω του συστήματος των ανταλλάξιμων αμοιβών.
- Εφαρμογή συμπεριφοριστικού προγράμματος στο χώρο του σχολείου. Συνεργασία με τη δασκάλα, ώστε το παιδί να ενισχύεται με το σωστό τρόπο και την κατάλληλη στιγμή.

Επιθυμητή συμπεριφορά στη συγκεκριμένη περίπτωση θεωρείται η προσπάθεια του παιδιού να μιλήσει σε χώρους και σε πρόσωπα που μέχρι τώρα απέφευγε.

Ατομικές συνεδρίες με το παιδί

- Τροποποίηση των αυτόματων αρνητικών σκέψεων. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης το παιδί εξέφρασε το φόβο ότι μπορεί να προφέρει κάποιες δύσκολες λέξεις με λάθος τρόπο και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα οι συμμαθητές της να γελάσουν μαζί της. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η δυσκολία του παιδιού, το οποίο στην αρχή επικοινωνούσε με τη θεραπεύτρια μόνο μέσω του γραπτού λόγου, χρειάστηκε πρώτα να επέμβουμε μέσω της τεχνικής άσκησης στη φαντασία, με το παιδί να φαντάζεται μια ποικιλία καταστάσεων επικοινωνίας με άλλα άτομα, ενώ στη συνέχεια ακολουθούσε συζήτηση πάνω στις αυτόματες σκέψεις που έκανε το ίδιο για τον εαυτό του και τους άλλους.
- Δημιουργία και διήγηση ιστοριών-παραμυθιών κατάλληλων για την ηλικία και το πρόβλημα του παιδιού. Σκοπός

ήταν να μπορέσει το παιδί να αφομοιώσει έναν διαφορετικό, πιο λειτουργικό, τρόπο σκέψης για τα προβλήματα που αντιμετώπιζε.

- Ενδυνάμωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού με την τεχνική του παιξίματος ρόλων και εκπαίδευση στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

5. Έκβαση της Θεραπείας

Η παρέμβαση ολοκληρώθηκε σε δεκατέσσερις μήνες, ενώ εκκρεμούν οι αναμνηστικές συνεδρίες. Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι πολύ σύντομα οι κρίσεις πείσματος και οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζονταν από ανάγκη για τάξη και τελειότητα μειώθηκαν σημαντικά. Το παιδί αρχικά συνομιλούσε με τους συμμαθητές του όταν τους συναντούσε εκτός του σχολικού χώρου και έγινε λιγότερο ντροπαλό και περισσότερο διεκδικητικό με τους άλλους στους εξωσχολικούς χώρους. Με το ξεκίνημα της καινούργιας σχολικής χρονιάς αποδέχθηκε την προφορική εξέταση μέσα στην τάξη και συμμετείχε περισσότερο με τον προφορικό λόγο, χωρίς όμως να παίρνει ακόμα συχνά την πρωτοβουλία για κάτι τέτοιο. Κατά τη διάρκεια του σχολικού διαλείμματος μπόρεσε να συνομιλεί με παιδιά που το ίδιο είχε επιλέξει και με τα οποία ένωθε πιο άνετα, ενώ μπορούσε πλέον να συμμετέχει αβίαστα σε όλα τα ομαδικά παιχνίδια της τάξης. Τέλος, αναμένεται να ξεκινήσουν ενισχυτικές συνεδρίες, οι οποίες θα αποσκοπούν στη γενίκευση των νέων ικανοτήτων του παιδιού και στην αποτελεσματική διαχείριση του άγχους που μπορεί να βιώσει σε ορισμένες δύσκολες καταστάσεις.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3η έκδοση) (DSM-III). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3η έκδοση-αναθεωρημένη)(DSM-III-R). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4η έκδοση) (DSM-IV). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- Anxiety Disorders Association of America (1999). *Conference on Treating Anxiety Disorders in Youth: Current Problems and Future Solutions* (monograph). Old Town Alexandria, VA: Αυτοέκδοση.
- Bergman, L. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1000-1006.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1995). Psychiatry characteristics of children with mutism: pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847-856.
- Brown, J., & Lloyd, H. (1975). A controlled study of not speaking in school. *Journal of Associated Workers of Maladjusted Children*, 3, 49-63.
- Dummit, I.S, Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J.A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653-660.
- Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 135-142.

- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1988). Selective mutism among second graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24-29.
- Leonard, H.L. (2000). Selective mutism. Στο B.J. Sadock & V.A. Kaplan (Επιμ. Έκδ.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7η έκδοση, τόμ. 7, σελ. 2777-2781). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Steinhausen, H.C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614.
- Tancer, N.K., & Klein, R.G. (1991). Elective mutism: a review of the literature. Στο *DSM-IV Source Book*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Wright, H.H., Miller, M.D., Cook, M.A., & Littman, J.R. (1985). Early identification and intervention with children who refuse to speak. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 739-774.

Περιγραφή ατομικής περίπτωσης έφηβης με προβλήματα σχετικά με το πένθος και άλλες οικογενειακές δυσκολίες

Κατερίνα Αγγελή

1. Αίτημα – Έναρξη της θεραπείας

Η Ελευθερία* ήταν δεκαπέντε ετών κατά την έναρξη της θεραπείας. Η πρώτη επαφή έγινε μέσω της μητέρας της, η οποία ζήτησε πρώτη να συναντηθεί με την ειδικό. Η μητέρα ανέφερε ότι η ίδια η Ελευθερία εκδήλωσε την ανάγκη της να μιλήσει σε ψυχολόγο γιατί «θέλει να μιλάει σε κάποιον». Η ίδια τασσόταν υπέρ του ενδεχόμενου να λάβει η κόρη της ψυχολογική υποστήριξη «για να τη βοηθήσει κάποιος να καταλάβει ότι δεν φέρεται σωστά».

2. Πληροφορίες από το ιστορικό

Οι πληροφορίες ελήφθησαν από την πρώτη συνάντηση με τη μητέρα και από τις συναντήσεις με την ίδια την Ελευθερία.

* Το όνομα «Ελευθερία» δεν είναι το πραγματικό της θεραπευόμενης, αλλά χρησιμοποιήθηκε για να καταστεί ευκολότερη η περιγραφή του περιστατικού. Επιπλέον, τα διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά της οικογένειας έχουν αλλοιωθεί προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που ελήφθησαν κατά τη θεραπεία.

Σύνθεση – περιγραφή οικογένειας

Η *Ελευθερία* (κατά την έναρξη της θεραπείας) είναι δεκαπέντε ετών, φοιτά στην Α΄ Λυκείου και αποδίδει καλά στα μαθήματα. Δεν παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα υγείας, παρά μόνο κάποιες γαστρεντερικές ενοχλήσεις, οι οποίες εμφανίστηκαν το χρόνο που προηγήθηκε από την έναρξη της θεραπείας. Ζει με τη μητέρα της, την αδελφή της και τη γιαγιά από την πλευρά της μητέρας. Η *μητέρα* (πενήντα ετών) είναι εκπαιδευτικός και συνεργάζεται με ξενόγλωσσα πανεπιστήμια. Πάσχει από καρδιολογικά και αιματολογικά προβλήματα. Η ίδια αναφέρει για τον εαυτό της ότι είναι πολύ πιεσμένη και αγχώδης και φαίνεται αρκετά απαισιόδοξη. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας δυσκολεύεται να εστιάσει σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Μιλά πολύ και είναι εμφανώς ταραγμένη. Η εμφάνισή της είναι εξαιρετικά ατημέλητη. Επικεντρώνει την προσοχή της στη δύσκολη συναισθηματική της κατάσταση και στις αυξημένες της ευθύνες μετά το θάνατο του συζύγου της, καθώς και στα παράπονά της για τη συμπεριφορά της Ελευθερίας: δεν κάνει δουλειές του σπιτιού, φωνάζει, θέλει να φοράει εκκεντρικά ρούχα, είναι σκληρό παιδί, δεν προσέχει την αδελφή της. «Εγώ πιστεύω ότι δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Απλώς θα θέλει να πει στον ψυχολόγο πόσο καταπιεστική γίνομαι. Αλλά εγώ είμαι πολύ προσδευτική. Ακριβώς επειδή εγώ καταπιέστηκα, δεν την πιέζω». Η *αδελφή* της (οκτώ ετών) φοιτά στη Β΄ Δημοτικού και τα τελευταία τρία χρόνια πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Είναι πολύ στενά συνδεδεμένη με τη μητέρα της και περιγράφεται από τη μητέρα ως «ψύχραιμο και ώριμο παιδί» και από την Ελευθερία ως ένα παιδί που βρίσκεται «τελείως στον κόσμο του». Η *γιαγιά* (εβδομήντα οκτώ ετών) δεν εργάζεται, είναι υγιής και εμπλέκεται πολύ

στις δραστηριότητες της οικογένειας. Η μητέρα αναφέρει ότι η σχέση της με τη δική της μητέρα ήταν και παραμένει ιδιαίτερα καταπιεστική. Ο πατέρας της Ελευθερίας πέθανε αιφνίδια πριν από ενάμιση χρόνο. Είχε επιτυχημένη καριέρα στο χώρο της εκπαίδευσης και ενδιαφερόταν ιδιαίτερα για τα φιλοσοφικά ζητήματα. Η μητέρα τον περιγράφει ως έναν «άγγελο» και η Ελευθερία αναφέρει ότι ήταν πολύ καλός, ψύχραιμος, έκανε ενδιαφέρουσες συζητήσεις, είχε «ανοικτό μυαλό» και την καθοδηγούσε.

Γεγονότα – ορόσημα

Αιφνίδιος θάνατος του πατέρα ενάμιση χρόνο πριν από την έναρξη της θεραπείας: Το γεγονός αυτό σηματοδοτεί την αρχή της διαδικασίας πένθους (Bowlby, 1995). Συνέβη σε κάποιο χρονικό διάστημα που τα παιδιά έλειπαν διακοπές φιλοξενούμενα σε φιλικά σπίτια. Η μητέρα, προσπαθώντας να απαλύνει τον πόνο της απώλειας του πατέρα τους, στα παιδιά απέκρυψε για δύο ημέρες το γεγονός λέγοντάς τους ότι ο πατέρας τους έχει εξαφανιστεί και ότι θα υποφέρει μάλλον εκεί που είναι, μόνος και αγνοούμενος. Μ' αυτό τον τρόπο τούς περνούσε το μήνυμα ότι θα ήταν προτιμότερο για τον ίδιο να έχει πεθάνει. Τελικά, τους το ανακοίνωσε με έναν κάπως εξωραϊσμένο τρόπο: «Τον βρήκαν, μην ανησυχείτε, είχε αμέσως πεθάνει, δεν υπέφερε καθόλου». Η Ελευθερία όταν έμαθε για το θάνατο του πατέρα της έκλαψε πικρά, εκφράζοντας δυνατά συναισθήματα αδικίας, τα οποία σχεδόν αμέσως εκλογικεύτηκαν και παραγκωνίστηκαν (με παρέμβαση της μητέρας της), προκειμένου να φανεί τόσο δυνατή ώστε να στηρίξει τη μητέρα και την αδελφή της. Η μητέρα προσπαθούσε επίσης να μη δείχνει τη θλίψη και το θυμό που αισθανόταν στα παιδιά, αλλά

δηλώνει ότι αισθανόταν τέτοια απόγνωση ώστε σκεφτόταν να τερματίσει τη ζωή της. Η μικρή αδελφή αντέδρασε πολύ ψύχραιμα και εκλογικευμένα. Λίγες ημέρες μετά από την απώλεια του πατέρα μια κοντινή φίλη της Ελευθερίας της είπε: «Το παίζεις λυπημένη για να σου δίνουμε περισσότερη σημασία».

Σχέση με οικογενειακό φίλο ένα χρόνο πριν από την έναρξη της θεραπείας: Διατηρούσε αυτή τη σχέση κατά την έναρξη της θεραπείας. Η μητέρα λέει: «Ευτυχώς που υπήρξε και αυτός, η Ελευθερία δεν θα άντεχε διαφορετικά». Ο φίλος της σπούδαζε στο εξωτερικό.

Έναρξη γαστρεντερικών διαταραχών και προβλημάτων σχετικά με την πρόσληψη τροφής έξι μήνες πριν από την έναρξη της θεραπείας: Σε οικογενειακό τραπέζι, παρουσία του φίλου της και του αδελφού του πατέρα της, παρουσίασε ενοχλήσεις στο στομάχι και έκτοτε σταμάτησε να τρώει κρέας, μείωσε πολύ την ποσότητα τροφής που κατανάλωνε και έχασε περίπου 7 κιλά. Πληρούσε τα κριτήρια για τη «Διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, μη προσδιοριζόμενη αλλιώς» (DSM-IV, 1994). Εκδήλωνε σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία ακολουθούνταν από έντονες ενοχές και προσπάθειες ελέγχου της διατροφής της. Όποτε έβλεπε ωμό κρέας εκδήλωνε έντονα συναισθήματα απδίας.

Πρώτη επαφή με ψυχολόγο τρεις μήνες πριν από την έναρξη της θεραπείας: Διέκοψε μετά από δύο συνεδρίες, γιατί αισθάνθηκε ότι «δεν της άρεσε» και «δεν την καταλάβαινε».

Σχέσεις στην οικογένεια πριν και μετά από την απώλεια

Πριν από την απώλεια του πατέρα:

- Η Ελευθερία ήταν πολύ δεμένη με τον πατέρα της. Περνούσαν πολύ χρόνο μαζί, μοιράζονταν δραστηριότητες, συζητούσαν πολλές ώρες για προσωπικά, φιλοσοφικά και υπαρξιακά θέματα.
- Η μητέρα αναλάμβανε τις περισσότερες ευθύνες του σπιτιού, ενώ συχνά εξέφραζε παράπονα προς τον πατέρα επειδή δεν αναλάμβανε τις ευθύνες του και τον κατηγορούσε για ανευθυνότητα και αδιαφορία, «σαν να ήταν μικρό παιδί». Η στάση του πατέρα στις καταστάσεις αυτές παρέμενε ήρεμη και χαλαρή.
- Η σχέση της μητέρας με τη μικρή αδελφή της είχε γίνει πολύ στενή, καθ' ότι η μητέρα φρόντιζε πολύ τη μικρή της κόρη λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετώπιζε.

Μετά από την απώλεια του πατέρα:

- Η μητέρα απαιτεί από την Ελευθερία να μοιραστεί τις ευθύνες του σπιτιού και της μικρής αδελφής, κατηγορώντας την για εγωισμό και αδιαφορία όταν δεν το έκανε. Το αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς ήταν να συγκρούονται καθημερινά.
- Η μητέρα εξακολουθεί να έχει πολύ στενή σχέση με τη μικρή της κόρη.
- Η μητέρα χρησιμοποιεί την προάσπιση της υγείας της στους τσακωμούς τους για να συγκινήσει τα παιδιά της: «Αν σε ενδιέφερε η υγεία μου, θα έστρωνες το κρεβάτι σου», «Θα πεθάνω έτσι που με στενοχωρείτε και μετά θα μετανιώνετε», «Εγώ για χάρη σας δεν αυτοκτόνησα όταν χάσαμε τον μπαμπά». Επιπλέον, εκφράζει την άποψη ότι η Ελευθερία «παίζει το ρόλο του θύματος».

- Η Ελευθερία αισθάνεται υποχρεωμένη να αναλάβει προστατευτικό και υποστηρικτικό ρόλο και νιώθει ότι πρέπει να επωμιστεί τις ευθύνες της οικογένειας απέναντι στη μαμά και την αδελφή.
- Είναι επιφυλακτική και αμυντική απέναντι στη θεραπεία. Αναφέρει: «Δεν νομίζω ότι μπορεί να με βοηθήσει κανείς. Απλώς θέλω να μιλάω».

Άλλα στοιχεία – εικόνα κατά την έναρξη της θεραπείας

- Η Ελευθερία ξεκίνησε τις θεραπευτικές συνεδρίες με το αίτημα «να μιλάω σε κάποιον, δεν θέλω τίποτα άλλο». Δυσκολεύεται πολύ να προσδιορίσει και να εκφράσει τα αρνητικά της συναισθήματα: «Δεν ξέρω τι έχω, δε μου αρέσει... δεν είναι ωραία», και εστιάζει πολύ σε μη προσωπικά θέματα που την απασχολούν: η αδικία στον κόσμο, η μόλυνση του περιβάλλοντος, τα ναρκωτικά κ.λπ., τα οποία σχετίζονται και με τις ανησυχίες της ηλικίας της (εφηβεία).
- Όταν αναφέρεται στη σχέση της με τη μητέρα της, συχνά εκφράζει γι' αυτήν παράπονα, αλλά αμέσως σταματάει λέγοντας: «Δεν πρέπει να παραπονιέμαι, καταλαβαίνω τι περνάει, γι' αυτήν είναι πιο δύσκολο».
- Δεν αναφέρεται στο θάνατο του πατέρα της. Όταν γίνεται σχετική συζήτηση, μιλάει με ανέκφραστο ύφος και περιγράφει τα γεγονότα προσπαθώντας να τα εξωραΐσει («δεν υπέφερε»). Ο τρόπος με τον οποίο περιγράφει τα γεγονότα είναι φαινομενικά «ανάλαφρος».
- Αναφέρει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στις σχέσεις της με τους συνομηλίκους. Θεωρεί ότι δεν είναι ώριμοι, ότι ασχολούνται με ανόητα πράγματα και ότι δεν την καταλαβαίνουν. Αποφεύγει την παρέα και τις καθημερι-

νές δραστηριότητες μαζί τους. Συχνά δυσκολεύεται να απαντήσει με κατάλληλο τρόπο όταν της λένε κάτι που την ενοχλεί και να αρνηθεί όταν της ζητούν κάτι. Αναφέρει ότι έχει στενές συναισθηματικές σχέσεις με κάποια άτομα που ζουν σε άλλες πόλεις και είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς επίσης ότι τα πιο κοντινά της πρόσωπα είναι άντρες.

- Ασχολείται πολύ με τη ζωγραφική και δηλώνει ότι μόνο όταν ζωγραφίζει είναι χαρούμενη. Τα επαγγελματικά της σχέδια για το μέλλον σχετίζονται με τη ζωγραφική.
- Και η ίδια και η μητέρα της αναφέρουν ότι μοιάζει πολύ (ως προς την εξωτερική εμφάνιση και την προσωπικότητα) με τον πατέρα της. Δεν την ενδιαφέρει ιδιαίτερα η τάξη και αντιστέκεται στους αυστηρούς κανόνες (π.χ. «πρέπει κάθε πρωί να τρώμε όλοι μαζί»).
- Πριν από τη θεραπεία είχε εμφανίσει δύο επεισόδια αποπροσωποποίησης («σαν να έβλεπα τον εαυτό μου μέσα από τζάμι»).

3. Κατάρτιση καταλόγου προβλημάτων – θεραπευτικοί στόχοι

Βάσει των πληροφοριών που συλλέχθηκαν από το ιστορικό αλλά και αυτών που αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας καταρτίστηκε ο ακόλουθος κατάλογος προβλημάτων (Persons, 1989), βάσει των οποίων τέθηκαν οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης:

- Δυσκολία αναγνώρισης και χειρισμού των αρνητικών καταστάσεων και συναισθημάτων. Δυσκολευόταν να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματα θυμού, αδικίας και θλίψης τα οποία αφορούσαν την απώλεια του

πατέρα της, καθώς επίσης τα συναισθήματα θυμού, ενοχής και πίεσης που αισθανόταν απέναντι στη μητέρα.

- Δυσκολίες σχετικές με το πένθος που βίωνε. Εξαιτίας της προσπάθειας εκλογικευμένης θεώρησης της απώλειας («αφού δεν υπέφερε, δεν πειράζει»), αλλά και του φόβου της ότι αν εκφράσει τη θλίψη της θα «παίξει το ρόλο του θύματος», τα συναισθήματα που περιέβαλαν την απώλεια είχαν καταπιεστεί, με αποτέλεσμα να εγκλωβίζεται ή να αναστέλλεται η διαδικασία του πένθους.
- Δυσκολία στις σχέσεις με τους συνομηλίκους (βλ. κεφ. 2.4).
- Υπήρχαν περιπτώσεις υπερβολικού θυμού, των οποίων η κορύφωση σχετιζόταν με τη μητέρα της και συνοδευόταν έπειτα από έντονες ενοχές, αυτομομφή και αγανάκτηση.
- Ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες – «κλειστή» ή επιθετική στάση.
- Επεισόδια υπερφαγίας – εναλλαγή με περιόδους αυστηρής δίαιτας.

Βάσει του παραπάνω καταλόγου προβλημάτων τέθηκαν οι θεραπευτικοί στόχοι, που παρουσιάζονται στη συνέχεια. Οι στόχοι αυτοί αρχικά διαμορφώθηκαν από τη θεραπεύτρια μόνο, και στην πορεία, όταν είχε αρχίσει πλέον να χτίζεται μια καλή θεραπευτική σχέση και συμμαχία, επαναπροσδιορίστηκαν κατόπιν συμφωνίας με τη θεραπευόμενη.

- Εγκατάσταση καλής θεραπευτικής σχέσης – θεραπευτικής συμμαχίας. Αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή των κλινικών τεχνικών και τη συνέχιση της θεραπείας (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, & Ευσταθίου, 2002· Παπακώστας, 1994· Persons, 1989). Κρίθηκε αναγκαίο να αρθεί η δυσπιστία της θεραπευόμενης, προκειμένου να μπορέσει να εμπιστευθεί τη θεραπεύτρια και να αισθανθεί συναισθηματική ασφάλεια απέναντί της.

- Διαμόρφωση αιτήματος – Κινητοποίηση για αλλαγή. Επειδή το αίτημα της Ελευθερίας ήταν πολύ γενικό, χρειάστηκε χρόνος για τον εντοπισμό των προβληματικών περιοχών, καθώς και για τη συνειδητοποίηση και παραδοχή τους εκ μέρους της, προκειμένου να κινητοποιηθεί για αλλαγή. Οι παρακάτω στόχοι τέθηκαν σε συνεργασία με τη θεραπευόμενη:
- Επεξεργασία θεμάτων σχετικών με το πένθος της.
- Επεξεργασία θεμάτων σχετικά με την αυτογνωσία και την εικόνα του εαυτού της.
- Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων – Βελτίωση χειρισμού των διαπροσωπικών της σχέσεων.
- Ομαλοποίηση της διατροφής της.

4. Η θεραπευτική παρέμβαση

Δόθηκε προτεραιότητα και έμφαση στη θεραπευτική σχέση και στην άρση των αντιστάσεων («μου αρέσει που είμαι αυστηρή με τον εαυτό μου», «δεν θέλω να αλλάξει τίποτα» κ.λπ.). Η θεραπευτική συμμαχία χτίστηκε μέσω της ενσυναίσθησης, της αποδοχής και του σεβασμού του ρυθμού της θεραπευόμενης στα θεραπευτικά βήματα που έπρεπε να κάνει. Οι συνεδρίες διεξάγονταν αρχικά σε εβδομαδιαία βάση και εν συνεχεία σε αραιότερα διαστήματα —δεδομένων των πρακτικών δυσκολιών που προέκυπταν εξαιτίας των σχολικών υποχρεώσεων της Ελευθερίας— κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Η θεραπευτική παρέμβαση περιλάμβανε δουλειά για το σπίτι, γνωσιακή διερεύνηση και γνωσιακή αναδόμηση (Καλαντζή-Αζίζι, Αγγελή, & Ευσταθίου, 2002· Gilbert,

1999· Greenberger & Padesky, 1995· Παπακώστας, 1994· Padesky & Greenberger, 1995· Persons, 1989), εκπαίδευση στην υιοθέτηση μιας πιο διεκδικητικής συμπεριφοράς (Καλπάκογλου, 1996), στην αναγνώριση, στην έκφραση των συναισθημάτων («Κλαίω εσωτερικά, ενώ φαίνεται ότι γελάω») και στην επίλυση προβλημάτων (D’Zurilla & Goldfried, 1971), στην οργάνωση ευχάριστων δραστηριοτήτων και στην εμπλοκή της μητέρας σε ψυχοθεραπευτική συνεργασία.

Δουλειά για το σπίτι

Στην αρχή της θεραπευτικής παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες τεχνικές με τη μορφή της «δουλειάς για το σπίτι», προκειμένου να εξοικειωθεί η θεραπευόμενη με την έννοια της προσωπικής δουλειάς ανάμεσα στις συνεδρίες, αλλά και να αρχίσει η διαδικασία της ενδοσκόπησης και της διαμόρφωσης των θεραπευτικών στόχων:

- *Πώς θα είμαι σε έξι μήνες.* Της ζητήθηκε να καταγράψει πώς θα ήθελε να είναι σε έξι μήνες, τι θα ήθελε να έχει πετύχει για να είναι ευχαριστημένη. Από την καταγραφή της φαίνονται οι υψηλές και συχνά αλληλοαντικρουόμενες απαιτήσεις που έχει από τον εαυτό της, καθώς και η ανάγκη να βελτιωθεί στις σχέσεις της με τους άλλους. «Πρέπει να τα καταφέρω σε έξι μήνες να είμαι εντελώς ελεύθερη... να μη φοβάμαι τίποτα... να μην εκνευρίζομαι ποτέ... να είμαι πιο ευχάριστη... να είμαι καλή με τη μητέρα μου και την αδελφή μου... να μη στενοχωρώ κανένα... να είμαι γνήσια, να λέω πάντοτε αυτό που σκέφτομαι».
- *Συμπλήρωση ημιτελών προτάσεων.* Της ζητήθηκε να συμπληρώσει με όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία τα

ρήματα «φοβάμαι...», «θυμώνω...» και «χαίρομαι...». Από τη συμπλήρωση των προτάσεων αυτών προέκυψαν συναισθήματα θυμού απέναντι στη μητέρα, που «δεν την καταλαβαίνει», έντονος φόβος θανάτου των αγαπημένων της προσώπων, αλλά και σημαντικά αποθέματα-καταστάσεις που την κάνουν να αισθάνεται χαρά (π.χ. «να φτιάχνω γλυκό με την αδελφή μου»).

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης, σε όλες τις συνεδρίες χρησιμοποιούνταν το *ημερολόγιο* – αρχικά τετράστηλο (γεγονός/κατάσταση - σκέψεις - συναισθήματα - συμπεριφορά) και εν συνεχεία εξάστηλο (στο οποίο περιλαμβάνονταν και εναλλακτικές σκέψεις και συναισθήματα)— με στόχο την εξάσκηση της στον εντοπισμό των δυσλειτουργικών της σκέψεων και στην τροποποίησή τους, αλλά και την αναγνώριση των συναισθημάτων που οι σκέψεις αυτές της προκαλούσαν. Επιπλέον, η Ελευθερία παροτρυνόταν να κάνει *αυθόρμητη, μη δομημένη καταγραφή σκέψεων και συναισθημάτων*, τα οποία, όπως ανέφερε, «την κατέκλυζαν» σε ορισμένες στιγμές, με σκοπό την ανεμπόδιση –κατά το δυνατόν– έκφρασή τους και εν συνεχεία την αναγνώριση και αποδοχή τους (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1
Παράδειγμα ημερολογίου

Γεγονός/Κατάσταση	Τι πέρασε από το μυαλό μου	Πώς ένιωσα	Τι έκανα
Έχουμε βγει για φαγητό με τη μητέρα και την αδελφή μου. Η μαμά είναι κατσουφιασμένη.	Πρέπει να δείξω χαρούμενη, η μαμά θα σκέφτεται ότι είμαι κομπλεξική και αντικοινωνική, μήπως έχει δίκιο;	Ανησυχία, ανασφάλεια, νεύρα	Κατσούφιασα

Γνωσιακή διερεύνηση και γνωσιακή αναδόμηση

Η γνωσιακή αναδόμηση, μέσω της οριζόντιας και κάθετης διερεύνησης, έφερε στο φως τις ακόλουθες δυσλειτουργικές γνωσίες, οι οποίες αποτέλεσαν στόχο προς αλλαγή:

- «Η ζωή είναι πολύ σύντομη. Θέλω να τα κάνω όλα».
- «Η ζωή είναι ανούσια, άδικη και σκληρή. Μας ειρωνεύεται».
- «Ο κόσμος είναι χαζός. Τίποτα δεν έχει νόημα».
- «Πρέπει να βοηθάω τους άλλους για να είμαι χρήσιμη σε κάτι».
- «Όλοι ασχολούνται με πράγματα που δεν έχουν σημασία».
- «Είμαι παράξενο και κομπλεξικό άτομο».
- «Είμαι ασήμαντη. Σαν μυρμήγκι κάτω από το πόδι ελέφαντα».
- «Δεν χρησιμεύει σε τίποτα το να μάθουν οι άλλοι πώς νιώθω».
- «Είναι εγωιστικό να αφιερώνεις χρόνο στον εαυτό σου, ενώ μπορείς να τον αφιερώνεις στους άλλους».
- «Οι περισσότερες γυναίκες είναι υστερικές και υπερπροστατευτικές».
- «Οι περισσότεροι άντρες σκέφτονται πάντοτε σαν να είναι νέοι».
- «Αν μου πει κάποιος ότι έχω κάτι καλό και το πιστέψω, θα ψωνιστώ, θα γίνω εγωίστρια και θα αποδειχθεί ότι η μητέρα μου είχε δίκιο».
- «Αν μιλήσω για τα προβλήματά μου, οι άλλοι θα θεωρήσουν ότι το παίζω θύμα».
- «Δεν θα φάω τίποτα και τουλάχιστον θα είμαι καλά με το σώμα μου».
- «Αν παχύνω σημαίνει ότι δεν έχω θέληση, άρα ότι δεν

έχω προσωπικότητα, και το να έχω προσωπικότητα είναι το μόνο καλό που μπορώ να έχω, αφού δεν είμαι ούτε όμορφη ούτε πετυχημένη».

- «Δεν πρέπει να κλαίω», «Δεν πρέπει να δείχνω ότι φοβάμαι».
- «Δεν πρέπει να στενοχωρώ τη μητέρα μου, γιατί έχει τραβήξει τόσα και κάνει τόσα για εμάς. Για χάρη μας δεν αυτοκτόνησε».
- «Πρέπει να ασχολούμαι πολύ με την αδελφή μου, γιατί έχει διαβήτη και ανά πάσα στιγμή μπορεί να πεθάνει».

Θέματα σχετικά με την απώλεια του πατέρα

Προέκυψαν πολλές σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με τον πατέρα και την απώλειά του. Συχνά αναδυόταν το ζήτημα της *σύγκρισης με τη μητέρα*:

- «Ο πατέρας μου με καταλάβαινε, τώρα πια κανείς δεν με καταλαβαίνει».
- «Η μητέρα θα με περιέγραφε: ευαίσθητη, χαμένη, αδύναμη, κομπλεξική έφηβη. Ο πατέρας θα με περιέγραφε: καταπληκτικό παιδί, έξυπνη, με ενδιαφέροντα, ώριμη».

Επιπλέον, φάνηκε ότι ο πατέρας αποτελούσε για την Ελευθερία, σε μια ηλικία κρίσιμη για τη διαμόρφωση της ταυτότητάς της, *σημαντικό πρότυπο και πηγή στήριξης, ενίσχυσης και αποδοχής*:

- «Τον έχω μέσα μου, ως πρότυπο και κριτή».
- «Σκέφτομαι συχνά τι θα έλεγε ο πατέρας μου, πώς θα σχολίαζε καθετί που κάνω».
- «Αν το έκανα αυτό, δεν θα ήταν ευχαριστημένος».
- «Δεν έχω πια πρότυπο, σημείο αναφοράς».
- «Μου λείπει η ιδεολογία του και οι συζητήσεις μας».
- «Είχε πάντα δίκιο. Μου έδινε σωστές συμβουλές για τη ζωή μου και μόνη μου νιώθω τελείως χαμένη».

- «Είχα πιο θετική εικόνα του εαυτού μου με τον πατέρα μου».

Τέλος, σημαντικό ήταν το ζήτημα της αλλαγής των ρόλων στην οικογένεια μετά από την απώλεια: η Ελευθερία, ενώ αισθανόταν ότι ήταν το παιδί που το προστάτευε ο πατέρας, με τον οποίο περιγράφει τον εαυτό της ως «σύμμαχο», κλήθηκε να αναλάβει ρόλο ενηλίκου.

- «Σαν να πρέπει τώρα να είμαι εγώ ο πατέρας στην οικογένεια. Σαν να μη δικαιούμαι πια να είμαι παιδί».

Η σχέση με τον πατέρα και το εσωτερικευμένο πρότυπό του αξιοποιήθηκαν κατά τη θεραπευτική παρέμβαση. Εφόσον η απώλεια του πατέρα είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια ενός συμμάχου, συμβούλου και υποστηρικτή, η εσωτερικευμένη εικόνα του πατέρα χρησιμοποιήθηκε ως απόθεμα και πηγή υποστήριξης. Ακολουθεί ένα σχετικό παράδειγμα θεραπευτικού διαλόγου:

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Δεν αντέχω τις φίλες μου. Είναι χαζοχαρούμενες, συζητάνε συνεχώς για αγόρια και ρούχα.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Πώς σε κάνει αυτό να νιώθεις απέναντί τους;

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Τις βαριέμαι. Αν κάνω παρέα μαζί τους, θα γίνω και εγώ χαζοχαρούμενη. Εγώ θέλω να συζητώ για φιλοσοφία, για πολιτική, για την ελευθερία... για σοβαρά ζητήματα... και με λένε σνομπ. Και η μαμά με λέει σνομπ. Μήπως είμαι;

ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Υπάρχει κάποιος με τον οποίο συζητάς σοβαρά ζητήματα;

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Ήταν ο πατέρας μου... και με εσάς συζητώ σοβαρά...

- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Πώς νομίζεις ότι θα σκεφτόταν ο πατέρας σου για τις συζητήσεις για ρούχα και αγόρια;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Ότι είναι ασήμαντες.
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Όσο ζούσε ο πατέρας σου, σκεφτόσουν έτσι για τις φίλες σου;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Όχι όπως τώρα. Μόνο μερικές φορές.
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Αυτές τις φορές το είχες πει στον πατέρα σου ότι σκεφτόσουν έτσι; Ότι πιστεύεις ότι θα γίνεις και εσύ χαζοχαρούμενη αν συζητάς αυτά τα θέματα;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Ναι. Τα συζητούσαμε όλα.
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Και ποια ήταν η γνώμη του;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Θυμάμαι. Γελούσε και μου έλεγε να μην τα παίρνω όλα τόσο σοβαρά... και ότι δεν πρόκειται να γίνω χαζοχαρούμενη όσο και αν συζητάω για ρούχα και αγόρια και ότι έχουν και αυτά την πλάκα τους.
- [...]
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Λες ότι σκέφτεσαι μήπως έχουν δίκιο οι άλλοι και είσαι πράγματι σνομπ.
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Ναι.
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Ποιοι σε θεωρούν σνομπ;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Όλοι... Η μαμά, οι φίλες μου...
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Ο πατέρας σου σε θεωρούσε σνομπ;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Καθόλου!
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ: Έχουμε λοιπόν δύο απόψεις για σένα. Η μια λέει ότι είσαι σνομπ και η άλλη ότι δεν είσαι. Ποια θεωρείς πιο σωστή;
- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: Ίσως να μην είμαι σνομπ, αλλά να απομακρύνομαι για άλλους λόγους, όπως το ότι θεωρώ ότι δεν με καταλαβαίνουν.

5. Αποτελέσματα της παρέμβασης

Στην πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης η Ελευθερία παρουσίασε πολύ σημαντικές αλλαγές σε γνωσιακό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

Σταδιακά άρχισε να γνωρίζει, να κατανοεί και να αποδέχεται τις διάφορες πλευρές του εαυτού της και να μειώνει τις υπερβολικές απαιτήσεις της από την ίδια και τους άλλους. Έγινε περισσότερο διεκδικητική στο οικογενειακό πλαίσιο, υπερασπιζόμενη το ρόλο της και τις ανάγκες της ως παιδί και έφηβη, αλλά και στη σχέση της με τους συνομηλίκους. Επεξεργάστηκε, εξέφρασε και αποδέχτηκε τα συναισθήματα που σχετίζονταν με το πένθος και την απώλεια του πατέρα της («Θέλω τον μπαμπά μου. Μου λείπει») και αποδέχτηκε την εσωτερίκευση του υποστηρικτικού προτύπου του.

Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες σχετικές αναφορές της:

- «Δεν φοβάμαι μήπως γίνω γελοία».
- «Γίνομαι όλο και πιο αισιόδοξη, πιο ήρεμη, λιγότερο μπερδεμένη».
- «Τώρα πια δεν βαριέμαι όταν είμαι μόνη μου».
- «Δεν πειράζει και να βαριέμαι πού και πού».
- «Έχω δικαίωμα να το παίζω θύμα πού και πού».
- «Έμαθα έναν τρόπο να σκέφτομαι τα πράγματα».
- «Έχω γίνει λίγο εγωίστρια, αφιερώνω χρόνο στον εαυτό μου και είναι ωραία», «Σταμάτησα να κλαίω εσωτερικά, γιατί ανοίχτηκα σε άλλους ανθρώπους».
- «Του μοιάζω πολύ και μου αρέσει να τον σκέφτομαι ως καθοδηγητή μου».
- «Με τη μαμά κάνω πια ό,τι έκανε και αυτός: όταν φωνάζει και γίνεται παράλογη, για να μην την ακούω τραγουδάω μέσα μου και περιμένω να τελειώσει».

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας χώρισε με το φίλο της («Τότε ήθελα κάποιον να με προστατεύει. Τώρα νιώθω καλά μόνη μου»). Η διατροφή της δεν πρόλαβε να αποτελέσει άμεσο στόχο της θεραπευτικής παρέμβασης. Αφού είχε μάθει να συσχετίζει τις σκέψεις της και τη συναισθηματική της κατάσταση με τη συμπεριφορά της και μόλις άρχισε να αισθάνεται και να λειτουργεί καλύτερα, η διατροφή της ομαλοποιήθηκε σχεδόν αυτόματα.

Η μητέρα δεν συνεργάστηκε με ειδικό καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης.

Στην αναμνηστική συνεδρία, *έξι μήνες* μετά τη λήξη της θεραπείας, η Ελευθερία είχε διατηρήσει τα θεραπευτικά οφέλη και είχε σημειώσει επιπλέον βήματα ως προς την αυτογνωσία της και την αυτονόμησή της.

Στην αναμνηστική συνεδρία, *ενάμιση χρόνο* μετά τη λήξη της θεραπείας, η Ελευθερία ετοιμαζόταν πλέον για σπουδές στη Σχολή Καλών Τεχνών. Είχε βρει δουλειά με ημιαπασχόληση και επρόκειτο να μετακομίσει από το πατρικό της σπίτι. Εξακολουθούσε να επεξεργάζεται με δημιουργικό τρόπο θέματα σχετικά με την αυτονόμησή της, το ρόλο της στην οικογένεια και τις φιλικές της σχέσεις.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4η έκδ.). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- Bowlby, J. (1995). *Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών* (μτφρ. Π. Στρατή). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 1979).
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

- Gilbert, P. (1999). *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές* (μτφρ. Κ. Αγγελί, & Γ. Ευσταθίου, επιμ. Δ. Μόνος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 1997).
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guilford Press.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελί, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2002). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακώστας, Ι. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Padesky, C.A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to "mind over mood"*. New York: The Guilford Press.
- Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton & Company.

Περιγραφή ατομικής περίπτωσης μετεφήβου με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία

Γιώργος Ευσταθίου

Η ατομική περίπτωση που θα περιγραφεί επιλέχθηκε για δύο λόγους. Ο ένας λόγος είναι ότι αποτέλεσε το πρώτο περιστατικό κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής εκπαίδευσης του συγγραφέα και με τη δημοσίευσή του επιχειρείται να καταδειχθεί ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα πλήρες σύστημα θεωρίας και πρακτικής, στο πλαίσιο της οποίας ακόμη και ένας άπειρος θεραπευτής, υπό εποπτεία, μπορεί να αντιμετωπίσει σύνθετα περιστατικά. Ο δεύτερος λόγος αφορά τη σχετικά πρόσφατη εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεωρίας στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας (Beck, & Freeman, 1990), γεγονός που καθιστά χρήσιμη την περιγραφή ατομικών περιπτώσεων προκειμένου να αναδειχθούν οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση των διαταραχών του Άξονα II, σε αντιδιαστολή με την παραδοσιακή εφαρμογή του ίδιου μοντέλου στις διαταραχές συμπτωμάτων του Άξονα I.

1. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία διαταραχών προσωπικότητας

Η αρχική σύλληψη της γνωσιακής ψυχοθεραπείας από τον Α.Τ. Beck αφορούσε κυρίως μια βραχεία, εστιασμένη στο πρόβλημα μορφή ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη, παρότι ο Beck σημείωσε εξ αρχής τις δυνατότητες εφαρμογές της στις αγχώδεις διαταραχές (Beck, 1967). Σήμερα η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει το χαρακτήρα μιας ενεργητικής, κατευθυντικής, βραχείας, δομημένης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης με ποικίλες εφαρμογές στο σύνολο σχεδόν των ψυχικών διαταραχών (Dryden, & Rentoul, 1991· Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1989· Salkovskis, 1996).

Οι Beck και Freeman (1990) σημειώνουν ότι η παραδοσιακή μορφή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας συχνά είναι αναποτελεσματική στις διαταραχές προσωπικότητας. Ωστόσο, στη θεραπεία των διαταραχών της προσωπικότητας χρησιμοποιούνται διάφορα συστατικά της γνωσιακής θεραπείας για τις διαταραχές συμπτωμάτων (J.S. Beck, 1996). Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι μια ακραιφνώς γνωσιακή προσέγγιση προκειμένου να «πεισθούν» οι θεραπευόμενοι να αλλάξουν τα σχήματά τους δεν αρκεί. Επίσης, δεν αρκεί μια σειρά μεμονωμένων συστηματικών παρεμβάσεων για το καθένα από τα προβλήματα του θεραπευόμενου. Οι γνωσιακοί θεραπευτές συμφωνούν με τους ψυχαναλυτές ότι είναι πιο αποτελεσματικό να εντοπιστούν και να τροποποιηθούν τα «πυρηνικά» προβλήματα του θεραπευόμενου, με κύριο σημείο διαφωνίας των δύο σχολών το γεγονός ότι οι γνωσιακοί θεραπευτές θεωρούν ότι οι διαδικασίες και τα παράγωγα αυτών των «πυρηνικών» δομικών στοιχείων της προσωπικότητας εμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό στη συνειδητότητα του ατόμου και ότι με την κατάλ-

ληλη εκπαίδευση μπορούν να γίνουν ακόμη πιο προσβάσιμα.

Τα «πυρηνικά» δομικά αυτά χαρακτηριστικά στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία ονομάζονται σχήματα. Κύρια διαφορά της γνωσιακής ψυχοθεραπείας των διαταραχών προσωπικότητας σε σχέση με την αντιμετώπιση των διαταραχών συμπτωμάτων είναι ότι η θεραπεία εστιάζεται στα σχήματα, δηλαδή θεραπευτικός στόχος είναι η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σχημάτων που ευθύνονται για τη διαταραχή, χωρίς όμως να παραμελούνται τα συμπτώματα (Beck, & Freeman, 1990· Young, 1990).

2. Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας περιγράφεται για πρώτη φορά στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), αν και ο όρος «αποφευκτική προσωπικότητα» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Millon (1969). Αναφορές που παρουσιάζουν σημαντική ομοιότητα ανιχνεύονται και παλαιότερα στην κλινική βιβλιογραφία, με συχνή χρήση όρων όπως «φοβική» ή «αγχώδης» προσωπικότητα. Στο DSM-IV (1994) έγιναν αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια προκειμένου να μειωθεί η αλληλοεπικάλυψη με την Κοινωνική Φοβία στον Άξονα I και τη σχιζοειδή, τη σχιζοτυπική και την εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας στον Άξονα II (Derksen, 1995). Σημαντικό από κλινικής άποψης είναι το γεγονός ότι τα αποφευκτικά άτομα επιθυμούν να έχουν διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά δυσκολεύονται να συνάψουν τέτοιες σχέσεις. Αντίθετα, τα εξαρτητικά άτομα συνάπτουν σχέσεις, αλλά δυσκολεύονται να τις διακόψουν. Τα άτομα που εμφανίζουν σχιζοειδή διαταραχή αδιαφο-

ρούν για τη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων και δεν παρουσιάζουν σημαντικά μειωμένη αυτοεκτίμηση. Στα άτομα τέλος που εμφανίζουν σχιζοτυπική διαταραχή το κοινωνικό άγχος δεν μειώνεται όσο αυξάνεται η οικειότητα προς ένα πρόσωπο. Η επικράτηση της αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 0,5% έως 1,0%, ενώ περίπου το 10% των ατόμων που παρακολουθούνται σε δομές ψυχικής υγείας παρουσιάζουν αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (DSM-IV, 1944). Στο ICD-10 (World Health Organization, 1992) η σχετική διαγνωστική κατηγορία είναι η «αγχώδης (αποφευκτική) διαταραχή της προσωπικότητας», με κριτήρια που διαφέρουν, αλλά παρουσιάζουν ικανοποιητικό βαθμό συμβατότητας με τα κριτήρια του DSM-IV.

Γενικά τα αποφευκτικά άτομα χαρακτηρίζονται από επίμονη συμπεριφορική (κοινωνική) και γνωσιακή (συναισθηματική) αποφυγή, η οποία πηγάζει από την υποτίμηση του εαυτού τους, την αναμονή διαπροσωπικής απόρριψης, τη χαμηλή αντοχή στις δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα και την υπερευαισθησία στην αρνητική κριτική. Το συναισθημά τους συνήθως είναι «δυσφορικό». Ένας συνδυασμός άγχους και λύπης, που προέρχεται από την αδυναμία τους να αντλήσουν: (α) την ευχαρίστηση που θα ήθελαν από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και (β) την αίσθηση επίτευξης από τα κατορθώματά τους. Είναι δυστυχισμένοι με τη ζωή τους, αλλά θεωρούν ότι δεν μπορούν να αλλάξουν τα πράγματα με τις δικές τους προσπάθειες. Δηλαδή θα ήθελαν να βρίσκονταν κοντά στους άλλους και να εκδιπλώσουν το διανοητικό και επαγγελματικό τους δυναμικό, αλλά φοβούνται μήπως πληγωθούν, μήπως απορριφθούν από τους άλλους ή μήπως αποτύχουν. Έτσι, η στρατηγική που ακολουθούν είναι η απόσυρση ή η αποφυγή της εμπλοκής ευθύς εξαρ-

κής. Η στρατηγική αυτή εκδηλώνεται κυρίως επί: (α) των περιστάσεων που εμπεριέχουν αξιολόγηση, (β) των στενών διαπροσωπικών σχέσεων, και (γ) των δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων (με αποτέλεσμα συχνά να καταφεύγουν σε δραστηριότητες απόσπασης της προσοχής και στην κατάχρηση ουσιών).

3. Πληροφορίες από το ιστορικό

Ο Γιάννης*, πρωτοετής φοιτητής σε μια θεωρητική σχολή του πανεπιστημίου, προσήλθε για θεραπεία σε ηλικία είκοσι ετών. Καταγόταν από την περιοχή στην οποία φοιτούσε, ήταν άγαμος και ζούσε με τους γονείς του και την αδελφή του. Εργαζόταν τα απογεύματα ως πωλητής και ασχολείτο με τη μουσική (κιθάρα). Η οικογένειά του δεν αντιμετώπιζε ιδιαίτερες οικονομικές δυσκολίες. Και οι δύο γονείς του εργάζονταν, ο πατέρας του ως φυσιοθεραπευτής και η μητέρα του ως μοδίστρα.

Κύριο αίτημά του κατά τη διαγνωστική συνεδρία ήταν η αδυναμία του να συνάψει διαφυλικές σχέσεις *ειδικά* («Να μάθω να προσεγγίζω το άλλο φύλο»), η αδυναμία του να συνάψει στενές διαπροσωπικές σχέσεις *γενικά* («Πάρα πολλοί γνωστοί, αλλά κάποια στιγμή δεν θέλω να προσεγγίσω περισσότερο», «Να δείχνω στους φίλους μου όλες τις όψεις μου χωρίς να φοβάμαι μην τους χάσω») και την αδυναμία

* Το όνομα «Γιάννης» δεν αποτελεί το πραγματικό όνομα του θεραπευόμενου, αλλά χρησιμοποιήθηκε για να καταστεί ευκολότερη η περιγραφή του περιστατικού. Επιπλέον, τα διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά έχουν αλλοιωθεί προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που ελήφθησαν κατά τη θεραπεία.

του να προσπαθήσει αποτελεσματικά προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έθετε («Να ασχολούμαι πιο πολύ με αυτά που κάνω. Καταπιάνομαι με πολλά, αλλά δεν με ενθουσιάζουν. Τα βαριέμαι, δεν μου αρέσουν, ψάχνω κάτι άλλο») και να αντέχει τις δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα («Περισσότερη όρεξη για ζωή – να αντέχω περισσότερα», «Δεν μπορώ τους καβγάδες»). Ο Γιάννης ανέφερε ότι οι δυσκολίες αυτές τον απασχολούσαν από το Δημοτικό και μετά, και ότι του προκαλούσαν «πολύ άγχος», συναισθηματική δυσφορία και κάποιες φορές έντονα συναισθήματα απελπισίας. Κύρια στρατηγική του ήταν η αποφυγή, η οποία εκδηλωνόταν με τη μορφή αναβλητικότητας στις σπουδές του καθώς και με τη μορφή παθητικής επιθετικότητας στη σχέση με τον πατέρα του, τους φίλους του και τα άτομα του άλλου φύλου. Μέχρι τη στιγμή που απευθύνθηκε για θεραπεία «ένιωθε ότι δεν ήθελε να αλλάξει», επειδή φοβόταν τις συνέπειες μιας τέτοιας αλλαγής.

Κατά την κλινική διερεύνηση παρουσιάστηκαν και κάποια ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, τα οποία αφορούσαν σκέψεις ότι «κάτι μπορεί να πάθουν οι γονείς μου» και «έφτιαχνε σενάρια με το μυαλό του», στα οποία ένα μέλος της οικογένειάς του πέθαινε και φανταζόταν όλη τη διαδικασία της ταφής του. Προκειμένου να εξουδετερώσει τις σκέψεις αυτές, έκανε το σταυρό του ή έλεγε μια σύντομη προσευχή. Προσπαθούσε επίσης να «πάρει το μυαλό του» από αυτές τις σκέψεις γιατί φοβόταν μη «γρυσουζέψει» το μέλος της οικογένειας. Οι σκέψεις αυτές ξεκίνησαν τρία χρόνια πριν την έναρξη της θεραπείας και συνοδεύονταν από άγχος, το οποίο αντιμετώπιζε επιτυχώς με τις τελετουργίες που υιοθέτησε, δεν είχε όμως κάνει κανενός άλλου είδους προσπάθεια να ξεπεράσει το πρόβλημα.

Περιέγραψε τον πατέρα του, ηλικίας σαράντα επτά ετών, ως έναν άνθρωπο με απaráβατες αρχές, αυστηρό, συναισθηματικά ψυχρό, απορριπτικό και νευρικό, ο οποίος ασκούσε τον απόλυτο οικονομικό έλεγχο στην οικογένεια μέχρι να αρχίσει να εργάζεται και η μητέρα του. Η μητέρα του, ηλικίας σαράντα δύο ετών, ήταν και αυτή νευρική και έντονα επικριτική, και συχνά προκαλούσε λεκτικά τον πατέρα αλλά και τον Γιάννη. Θεωρούσε ότι η αδελφή του, ηλικίας δεκαεπτά ετών, μαθήτρια, «έμοιαζε με τον πατέρα», και ανέφερε ότι δεν έκλαιγε ποτέ και διεκδικούσε ευθέως. Ως προς τη σχέση των γονέων μεταξύ τους, ο Γιάννης αναφέρει συχνούς καβγάδες με απειλές εγκατάλειψης και από τους δύο γονείς από τότε που εκείνος ήταν έξι-επτά ετών. Συχνά τον ενέπλεκαν στις διαμάχες τους, με αποτέλεσμα να νιώθει ότι «είναι το στήριγμά τους συναισθηματικά», αλλά και να αισθάνεται υποχρεωμένος να έχει συγκεκριμένη συμπεριφορά ώστε «να κρατήσει τον κρίκο της οικογένειας» και να μη χωρίσουν οι γονείς του. Οι διενέξεις μεταξύ των γονέων κορυφώθηκαν τέσσερα χρόνια πριν την έναρξη της θεραπείας, όταν ο πατέρας έκανε απόπειρα αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια μιας οικογενειακής συγκέντρωσης επειδή η μητέρα είχε αρχίσει να εργάζεται, με αποτέλεσμα να αλλάξουν τα δυναμικά στην οικογένεια.

Ανέφερε έντονη κοινωνική ζωή με πολλούς γνωστούς, αλλά όχι φίλους. Υπήρχαν δύο κάπως πιο στενοί φίλοι, για τους οποίους «είχε αμφιβολίες» και από τους οποίους είχε απομακρυνθεί. Αντίστοιχα πολλές ήταν και οι κοινωνικές επαφές με κοπέλες, αλλά δεν είχε συνάψει ποτέ δεσμό και δεν είχε μέχρι τότε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Γενικά δεν επιθυμούσε να προσεγγίζει πολύ τους ανθρώπους γιατί «άρχιζαν να του λένε τα προβλήματά τους και δεν ήθελε να πει τα δικά του». Θεωρούσε ότι όταν προ-

σεγγίζεις κάποιον «τον παγιδεύεις», και φοβόταν μήπως του «ζητήσουν κάτι που πρέπει να κάνει», αλλά και μήπως τους «ζητήσει κάτι που θα τους ενοχλήσει». Παρουσίαζε αναβλητικότητα σπουδών, έχοντας περάσει μόνο ένα μάθημα από τα επτά στο προηγούμενο εξάμηνο, και δεν παρακολουθούσε συστηματικά τις παραδόσεις επειδή «δεν του άρεσαν τα μαθήματα». Είχε εγκαταλείψει την ενασχόλησή του με τη μουσική, επειδή «δεν ήταν αρκετά καλός» και «χρειαζόταν πολλή δουλειά».

Από το αναπτυξιακό ιστορικό προέκυψε ότι έως την ηλικία των έξι ετών είχε νυκτερινές ενουρήσεις, οι οποίες ξεκίνησαν όταν γεννήθηκε η αδελφή του, αν και προηγουμένως είχε κατακτήσει τον έλεγχο των σφιγκτήρων. Ως προς το κληρονομικό ιστορικό, η γιαγιά από την πλευρά του πατέρα αναφέρεται ως «νοντικά καθυστερημένη», ενώ η γιαγιά από την πλευρά της μητέρας «πέθανε από νευροφάρμακα» όταν έφυγαν τα παιδιά της από το σπίτι για να εργαστούν.

Η κύρια διάγνωση ήταν η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας στον Άξονα II, όπου διαγνώστηκαν και δυσπροσαρμοστικά στοιχεία παθητικο-επιθετικής προσωπικότητας. Δεν δόθηκε διάγνωση στον Άξονα I, καθώς τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα που εντοπίστηκαν δεν είχαν την ένταση, τη συχνότητα και την καθημερινή διάρκεια ή τις επιπτώσεις στη λειτουργικότητα ή την ψυχική ευεξία που απαιτούνται για να δοθεί επιπρόσθετη διάγνωση.

4. Διατύπωση περιπτώσεως

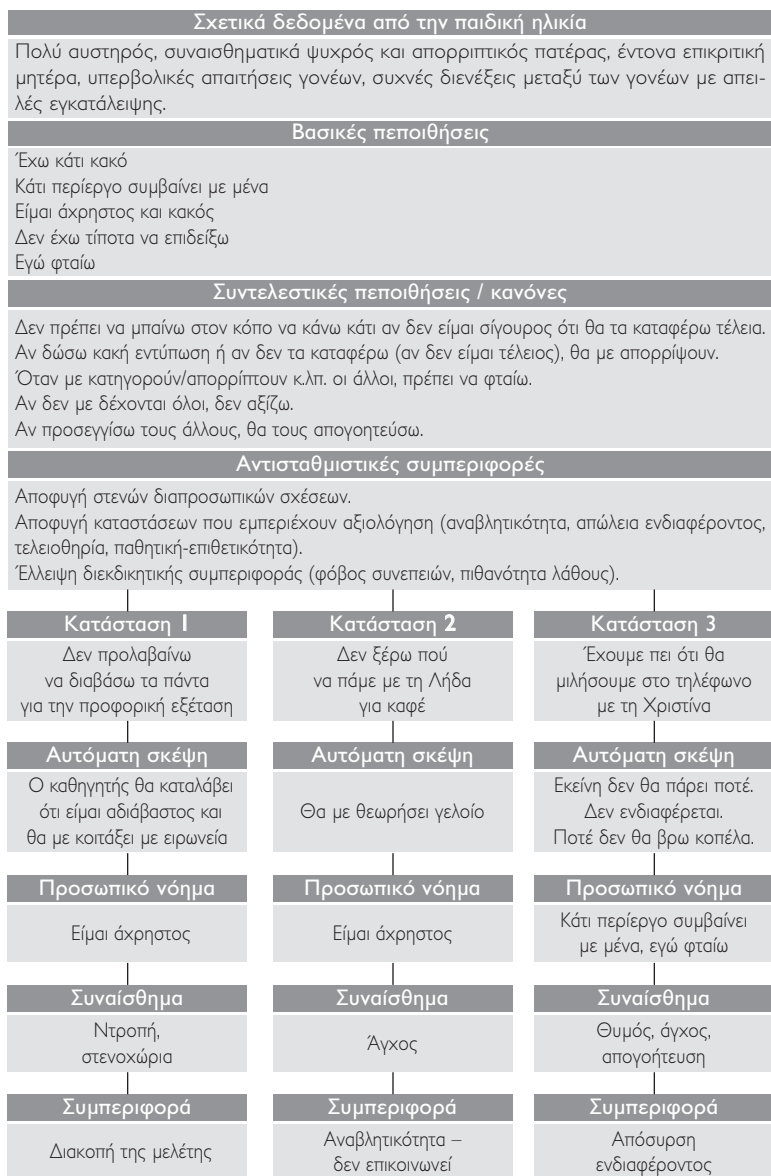
Κεντρικό ρόλο στην εκδήλωση της αποφευκτικής διαταραχής είχε η στάση των γονέων του Γιάννη κατά την παιδική

του ηλικία. Οι γονείς του ήταν πολύ αυστηροί και επικριτικοί («Ό,τι και αν έκανα δεν ήταν αρκετά καλό», «Ποτέ δεν μου είπαν μπράβο»), αλλά και ασαφείς ως προς τις απαιτήσεις τους από τον Γιάννη («Πάντα είχα άγχος γιατί δεν ήξερα τι να κάνω»). Δεν ενέκριναν τη σχολή στην οποία φοιτούσε, ούτε και την ενασχόλησή του με τη μουσική. Κατά την παιδική του ηλικία ο πατέρας του τον συνέκρινε με παιδιά-θαύματα στην τηλεόραση, και γενικότερα του ασκούσαν πίεση να μη συμπεριφέρεται σαν παιδί (π.χ. του απαγόρευαν να βγει να παίξει με τα άλλα παιδιά, «έβλεπα τη ζωή μου να περνάει από το μπαλκόνι»). Ο Γιάννης δικαιολογούσε εν μέρει τη συμπεριφορά των γονέων του λέγοντας ότι «δεν είχαν βιώσει αγάπη», καθώς δούλευαν από μικροί και δεν μεγάλωσαν με τους γονείς τους. Θεωρούσε ότι «πήρε αγάπη» από τη μητέρα του, αλλά του πατέρα του «ακόμη και τα χάρδια ήταν άγαρμπα».

Η συμπεριφορά των γονέων του είχε το χαρακτήρα τραυματικών εμπειριών για τον Γιάννη, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν καθοριστικά περιγεγραμμένα γεγονότα ζωής που να οδήγησαν στην εμφάνιση του προβλήματος. Ο ρόλος εμπειριών της παιδικής ηλικίας στη διαμόρφωση των βασικών πεποιθήσεων του ενήλικου ατόμου έχει συζητηθεί αναλυτικά στη γνωσιακή βιβλιογραφία (Καλαντζή, Αγγελή, & Ευσταθίου, 2002). Ουσιαστικά ο Γιάννης «εσωτερίκευσε» την επικριτική στάση των γονέων του και διαμόρφωσε ισχυρές αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό του, οι οποίες είναι συγκεκριμένες για την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (Beck, & Freeman, 1990). Οι πεποιθήσεις αυτές, δηλαδή το περιεχόμενο των σχημάτων για τον εαυτό, παρουσιάζονται στο *διάγραμμα γνωσιακής διατύπωσης* και θα μπορούσαν να συμπυκνωθούν στη διατύπωση «Είμαι άχρηστος και κακός».

Οι βασικές αυτές πεποιθήσεις ήταν πολύ οδυνηρές για τον Γιάννη, με αποτέλεσμα να υιοθετήσει μια σειρά από συντελεστικές πεποιθήσεις και κανόνες για να εμποδίσει την εμφάνισή τους (βλ. Σχήμα 1). Με βάση τις συντελεστικές αυτές πεποιθήσεις και τους κανόνες ο Γιάννης υιοθέτησε ως κύρια στρατηγική τις αποφυγές, οι οποίες εκδηλώνονταν ως αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Στο πλαίσιο αυτό εκδήλωνε συχνά αναβλητικότητα, απόσυρση ενδιαφέροντος, τελειοθηρία και παθητική επιθετικότητα, η οποία είχε στενή σχέση με τις δυσκολίες που παρουσίαζε στη διεκδικητικότητα. Επιθυμούσε να κάνει «πολλά και τέλεια», αλλά αυτό απαιτούσε «πολύ κόπο και χρόνο», με αποτέλεσμα να έχει «άγχος στο τέλος» και να τα κάνει βιαστικά και «μέτρια» ή καθόλου. Δεν διεκδικούσε («είμαι δειλός όταν πρόκειται να απαιτήσω κάποια πράγματα για εμένα») γιατί φοβόταν την πιθανή αντίδραση του άλλου προσώπου, αλλά και την πιθανότητα να υποστηρίξει κάτι που «δεν είναι σωστό». Έτσι προσπαθούσε να αποφύγει «δύσκολες» ή «ανεπιθύμητες» καταστάσεις με πλάγιους τρόπους.

Παράλληλα, εμφάνιζε χαμηλή αντοχή στη ματαίωση των επιθυμιών του, η εκπλήρωση των οποίων θεωρούσε ότι επαπόκειται στην ευαισθησία, στην κατανόηση και στη συμπεριφορά των άλλων, καθώς πίστευε ότι ο ίδιος δεν μπορούσε να επηρεάσει τα πράγματα προς την κατεύθυνση που επιθυμούσε («Στη ζωή μου όλο περιμένω»). Κύριες ενεργοποιούσες καταστάσεις όσον αφορά τις αρνητικές σκέψεις, τις δυσπροσαρμοστικές γνωσίες και κατ' επέκταση τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές ήταν όσες εμπειρείχαν αξιολόγηση και οι στενές διαπροσωπικές του σχέσεις. Τρία χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων παρουσιάζονται στο Σχήμα 1.



Σχήμα 1
Διάγραμμα γνωσιακής διατύπωσης του προβλήματος

Χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του ήταν το περιστατικό κατά το οποίο ένας φίλος τού έδωσε ένα δωρεάν εισιτήριο για έναν αγώνα της αντίπαλης ομάδας από αυτήν που υποστήριζε και τον πίεσε να πάνε μαζί στο γήπεδο. Δεν μπόρεσε να αρνηθεί, δέχθηκε την πρόταση, αλλά άργησε να πάει στην καθορισμένη τους συνάντηση με αποτέλεσμα να χάσουν τον αγώνα. Αντίστοιχες καθυστερήσεις παρουσίαζε και στις συναντήσεις που κανόνιζε με κοπέλες και πολλές φορές κατά τη διάρκεια της θεραπείας περιέγραψε επεισόδια όπου είχε ραντεβού στις 9.30 και έως τις 9.25 ήταν στο σπίτι του μιλώντας στο τηλέφωνο, ή αποφάσιζε τελευταία στιγμή ότι έπρεπε να κάνει μπάνιο, ή καθ' οδόν προς το ραντεβού σταματούσε να αλλάξει λάδια στο αυτοκίνητο. Όπως ήταν αναμενόμενο, καθυστερούσε σημαντικά στα ραντεβού του, αλλά κατέκρινε την κοπέλα που «δεν καταλάβαινε ότι είχε λόγους για τους οποίους άργησε» και δεν τον περίμενε. Παρόμοιες συμπεριφορές εμφάνιζε και στη σχέση του με τον πατέρα του. Πολλές φορές συμφωνούσαν να κάνουν μαζί κάποια οικιακή εργασία, αλλά ο Γιάννης αμελούσε να επιστρέψει σπίτι, με διάφορες σκέψεις του τύπου «Μήπως πρέπει να πάω να βοηθήσω και εγώ;», «Πού να τρέχω τώρα;», «Όπου να 'ναι θα τελειώσει», αν και στις περιπτώσεις αυτές τη συμπεριφορά του ακολουθούσαν συχνότερα συναισθήματα ενοχής («Αν είχα φύγει νωρίτερα, θα είχα προλάβει να τον βοηθήσω»).

Οι αυτόματες σκέψεις του χαρακτηρίζονταν από τις γνωσιακές παραποιήσεις του διαβάσματος της σκέψης και του διαβάσματος του μέλλοντος. Θεωρούσε πως ό,τι και αν κάνει δεν θα είναι αποδεκτό και ανέμενε ότι οι άλλοι άνθρωποι θα κρατούσαν μια πολύ επικριτική στάση, όπως συνέβαινε με τους γονείς του κατά την παιδική του ηλικία. Στο πλαίσιο αυτό προσπαθούσε με κάθε τρόπο να αποφύγει τα

δυσάρεστα αυτά συναισθήματα και συχνά η σκέψη του χαρακτηριζόταν από τελειοθηρικά «πρέπει» σχετικά με την απόδοση ή τη συμπεριφορά του ώστε να είναι υπεράνω κάθε κριτικής. Κατά την αξιολόγηση της απόδοσής του εμφάνιζε διπολική σκέψη και κατά την αξιολόγηση του εαυτού χρησιμοποιούσε γενικούς υποτιμητικούς χαρακτηρισμούς (ετικέτα), ενώ παράλληλα δυσκολευόταν στη διάκριση της αξιολόγησης των πράξεων από την έκδηλη συμπεριφορά. Αντιμετώπιζε τους επιθυμητούς στόχους με έναν συνδυασμό διαβάσματος του μέλλοντος και διπολικής σκέψης: θεωρούσε δεδομένη την αποτυχία της προσπάθειάς του, αδυνατούσε να διακρίνει τα επιμέρους εφικτά βήματα που οδηγούσαν στο στόχο και αξιολογούσε την πιθανότητα επίτευξης με όρους «όλα ή τίποτα».

Οι γνωσιακές παραποιήσεις που χαρακτήριζαν τις αυτόματες σκέψεις του ήταν ενδεικτικές του *παραπονημένου* τρόπου γνωσιακής επεξεργασίας των εμπειριών του και αποτελούσαν ένα μηχανισμό που επέτρεπε και προήγαγε τη διατήρηση των δυσλειτουργικών του σχημάτων μέσω του προσωπικού νοήματος που αποδίδονταν στις καταστάσεις αυτές. Οι εμπειρίες που διέψευδαν το περιεχόμενο των σχημάτων (π.χ. η επιτυχία στις Πανελλήνιες) παραποιούνταν («Δεν μπήκα σε καλή σχολή», «Μπήκα με την τρίτη»). Η σχέση αυτή ήταν αμφίδρομη, καθώς τα υπερβολικά ενεργά και ισχυρά αρνητικά σχήματα για τον εαυτό του δεν επέτρεπαν τη συμμετοχή πιο λειτουργικών σχημάτων στη διαδικασία επεξεργασίας των πληροφοριών, με αποτέλεσμα η διαδικασία αυτή να αλλοιώνεται και μια ιδιοσυγκρασιακή σύλληψη της πραγματικότητας να καθορίζει το προσωπικό νόημα των καταστάσεων.

Η γνωσιακή αυτή οργάνωση και οι *συμπεριφοριστικές* αποφυγές που επέβαλε ουσιαστικά λειτουργούσαν ως ένας

δεύτερος μηχανισμός διατήρησης των δυσλειτουργικών σχημάτων, μέσω της αδυναμίας ελέγχου της πραγματικότητας. Ο Γιάννης δεν εκδήλωνε συμπεριφορές που θα του επέτρεπαν να ελέγξει στην πράξη αν ίσχυαν οι πεποιθήσεις του και ουσιαστικά στερούσε από τον εαυτό του τις πιθανές διορθωτικές εμπειρίες μέσα από τη συναναστροφή με άτομα έξω από το οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά και μέσα από επιτυχείς εκβάσεις διάφορων προσπαθειών.

Ως προς την ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία, ως γεγονός ζωής αναγνωρίζεται ο αιφνίδιος θάνατος του παππού του Γιάννη, ο οποίος συμπίπτει με την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα εκδηλώθηκαν την πρώτη χρονιά που συμμετείχε στις πανελλήνιες εξετάσεις, ενώ δύο χρόνια νωρίτερα οι γονείς του είχαν αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα με το αυτοκίνητο και μια θεία του είπε στη μητέρα του «Σε γρουσουζέψε ο γιος σου». Επίσης, ανέφερε ότι και η μητέρα του παρουσίαζε έντονη ανησυχία και έκανε προσευχές όταν απουσίαζε κάποιο μέλος της οικογένειας από το σπίτι.

Οι ιδεοληψίες υποκινούνταν όταν καθόταν αδρανής ή όταν έφευγε κάποιο μέλος της οικογένειας από το σπίτι, αλλά εμφανίζονταν σποραδικά και δεν είχαν καθολική αντιστοιχία με τις καταστάσεις αυτές. Βάση των συμπτωμάτων αποτελούσε μια σειρά αυθαίρετων συμπερασμάτων, που είχαν το χαρακτήρα μαγικής σκέψης. Ο Γιάννης θεωρούσε ότι με τους καταναγκασμούς στους οποίους προέβαινε «προλάβαινε το κακό», χωρίς ωστόσο να έχει αποδείξεις ότι κάτι τέτοιο όντως συνέβαινε. Ωστόσο, οι τελετουργίες τις οποίες εκτελούσε μείωναν το άγχος που βίωνε, με αποτέλεσμα και σε αυτή την περίπτωση να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος διατήρησης του προβλήματος. Επειδή δεν είχε κατορθώσει ποτέ να αντισταθεί στην παρόρμησή του να εκτελεί τις καταναγκαστικές πράξεις που τον ανακού-

φιζαν από το άγχος, δεν είχε ποτέ την ευκαιρία να διαπιστώσει αν όντως οι πράξεις αυτές επηρέαζαν με κάποιον τρόπο την εξέλιξη των πραγμάτων ή αν οι γονείς του θα επέστρεφαν αβλαβείς στο σπίτι ακόμη και αν δεν προέβαινε σε καμία τελετουργία.

5. Θεραπευτικός σχεδιασμός

Σύμφωνα με την παραπάνω διατύπωση των προβλημάτων, η υπόθεση εργασίας για τη θεραπευτική παρέμβαση ήταν ότι οι δυσκολίες που σχετίζονται με την αποφευκτική διαταραχή ανάγονταν σε πυρηνικά δομικά στοιχεία της προσωπικότητας του Γιάννη και συγκεκριμένα στις αρνητικές βασικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, χωρίς την τροποποίηση των οποίων δύσκολα θα υπάρξουν αλλαγές στο επίπεδο των αυτόματων σκέψεων και της συμπεριφοράς. Η ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία θεωρήθηκε ανεξάρτητο πρόβλημα, και κρίθηκε ότι η εξαρχής αντιμετώπισή της θα απέτρεπε την παγίωση των συμπτωμάτων και την εκδήλωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

Τα προβλήματα που εντοπίστηκαν αφορούσαν τις υποτιμητικές βασικές πεποιθήσεις για τον εαυτό του και τις γνωσιακές και συμπεριφοριστικές αποφυγές. Ο Γιάννης δυσκολευόταν να καταβάλει και να διατηρήσει την απαιτούμενη προσπάθεια προκειμένου να επιτύχει τους στόχους του και εμφάνιζε τελειοθηρία και αναβλητικότητα. Είχε χαμηλή ανοχή στα δυσάρεστα συναισθήματα, η οποία επηρέαζε τόσο τη δυνατότητά του να καταβάλει προσπάθεια (ενδεχόμενο αποτυχίας) όσο και τις στενές διαπροσωπικές του σχέσεις (ενδεχόμενο απόρριψης). Οι διαπροσωπικές του σχέσεις χαρακτηρίζονταν από έλλειψη διεκδικητι-

κότητας και παθητική επιθετικότητα. Μια δεύτερη περιοχή προβλημάτων αφορούσε την ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία.

Στο βαθμό που ο θεραπευτικός σχεδιασμός ήταν εστιασμένος στα πυρηνικά σχήματα, δεν υπήρξε εξαρχής συμφωνία ως προς τον πραγματικό στόχο της θεραπείας, που ήταν η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σχημάτων για τον εαυτό. Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν στην αρχή της θεραπείας ήταν ουσιαστικά μια περιγραφή των θετικών αποτελεσμάτων που θα επέφερε μια τέτοια αναδόμηση, με εξαίρεση την αντιμετώπιση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων. Ακόμη και ως προς τους στόχους που αφορούσαν σχετικά αυτόνομες παρεμβάσεις, όπως η εκπαίδευση στις διαφυλικές δεξιότητες και στη διεκδικητική συμπεριφορά, δεν θα μπορούσε να υπάρξει σημαντική βελτίωση αν η θεραπεία δεν απευθυνόταν παράλληλα στις βασικές πεποιθήσεις του Γιάννη. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από το θεραπευτή στην ενασχόληση με τις σπουδές προκειμένου να μην υπάρξουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις από το πρόβλημα. Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν σε συνεργασία με τον Γιάννη ήταν οι ακόλουθοι:

1. Να ασχοληθεί συστηματικά με τις σπουδές του.
2. Να είναι σε θέση να προσπαθεί συστηματικά για να επιτύχει τα πράγματα που θέλει να κάνει.
3. Να μάθει πώς να προσεγγίζει το άλλο φύλο.
4. Να προσεγγίζει το άλλο φύλο χωρίς άγχος.
5. Να αποκτήσει σχέσεις με ανθρώπους που να μην είναι απλώς γνωστοί, αλλά να τον ξέρουν παραπάνω.
6. Να μπορεί να φέρεται διεκδικητικά στις σχέσεις του.
7. Να αντέχει περισσότερο τα δυσάρεστα συναισθήματα.
8. Να σταματήσει να κάνει το σταυρό του και να λέει προσευχές όταν έλειπε κάποιο μέλος της οικογένειάς του.

9. Να βελτιώσει τις σχέσεις του με τα μέλη της οικογένειάς του.

Κύριοι άξονες του θεραπευτικού σχεδιασμού ήταν η εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, διότι συχνά κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας εντοπίζονται σημαντικές δυσκολίες στον τομέα αυτό (Beck, 1990), καθώς και η διαμόρφωση του αιτήματος ώστε να υπάρξουν οι προϋποθέσεις για την εστιασμένη στο σχήμα θεραπευτική προσέγγιση. Ως προς το δεύτερο άξονα, θεωρήθηκε απαραίτητο να προσφερθεί στον Γιάννη η γνωσιακή διατύπωση του προβλήματος όσο το δυνατόν νωρίτερα, ώστε αυτός να κατανοήσει τις βασικές πεποιθήσεις από τις οποίες πηγάζουν οι δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές τους σε όλους τους τομείς στους οποίους ανέφερε πρόβλημα, αλλά και το μηχανισμό με τον οποίο δημιουργήθηκαν και ισχυροποιήθηκαν με το πέρασμα του χρόνου. Η διατύπωση αυτή θα γινόταν πιο περιεκτική και συγκεκριμένη κατά την πορεία της θεραπείας, αλλά κρίθηκε ότι είχε εξαιρετική σημασία η κατασκευή ενός πρώτου μοντέλου λειτουργικών συσχετίσεων και στο πλαίσιο αυτό κύριο μέλημα των πρώτων συνεδριών θα ήταν η οριζόντια και κάθετη γνωσιακή διερεύνηση. Σκοπός ήταν, από τη στιγμή που θα εντοπιστούν οι βασικές πεποιθήσεις, να αποτελέσουν κύριο θεραπευτικό στόχο και παράλληλα να ξεκινήσει η αντιμετώπιση συγκεκριμένων δυσκολιών και ελλείψεων.

Ο Γιάννης συγκέντρωνε μια σειρά από χαρακτηριστικά που διευκόλυναν σημαντικά το θεραπευτικό σχεδιασμό αλλά και την πορεία της θεραπείας. Το νεαρό της ηλικίας του εξασφάλιζε ότι δεν υπήρχαν αμετάκλητες συνέπειες από τη μέχρι τώρα πορεία του στη ζωή. Είχε επιτύχει στις εισαγωγικές εξετάσεις για το πανεπιστήμιο και βρισκόταν στο

πρώτο έτος σπουδών, προτού δηλαδή η αναβλητικότητα του επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την ακαδημαϊκή του πορεία. Εκτός αυτού, δεν αντιμετώπιζε προβλήματα στην επιφανειακή κοινωνικότητα, όπως συμβαίνει σε πολλά άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Ήταν ομιλητικός, ευχάριστος και ευγενικός και είχε θάρρος στην πρώτη του επαφή με τους άλλους ανθρώπους. Επιπλέον, είχε πολλά ενδιαφέροντα και κινούνταν σε πολλούς χώρους (πανεπιστήμιο, γυμναστήριο, ωδείο, χορωδία) με αποτέλεσμα να έχει πολλές συναναστροφές. Το γεγονός ότι είχε και ελκυστική εμφάνιση του επέτρεψε να έχει πολλές επαφές με άτομα του άλλου φύλου (κατά τη διάρκεια της θεραπείας γνώρισε περισσότερες από 30 κοπέλες προτού συνάψει σταθερή σχέση) και γενικά υπήρχαν πολλές ευκαιρίες για να αντλήσει τις διορθωτικές εμπειρίες που του ήταν απαραίτητες.

6. Πορεία της θεραπείας

Η θεραπευτική σχέση που αναπτύχθηκε κρίθηκε ικανοποιητική. Κατά τις πρώτες συνεδρίες παρατηρήθηκε ένας αρνητισμός στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ο οποίος κάμφθηκε με τον εντοπισμό των πρώτων στοιχείων τα οποία άρχισαν να στοιχειοθετούν μια αποδεκτή από τον Γιάννη θεωρία σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε. Η αντίδραση αυτή ήταν απολύτως κατανοητή, καθώς είναι δύσκολο για κάθε θεραπευόμενο να κατανοήσει πώς είναι δυνατόν βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις, τις οποίες ο ίδιος νιώθει απολύτως ρεαλιστικές, να μην ανταποκρίνονται πλήρως ή και εν μέρει στην πραγματικότητα. Ο αρνητισμός αυτός φάνηκε ότι σχετιζόταν με τη συγκεκριμένη ψυχοπαθολο-

γία του Γιάννη, καθώς μετά τη γνωσιακή διατύπωση δήλωσε απογοητευμένος που δεν είχε κατορθώσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα νωρίτερα. Όπως διαπιστώθηκε, κατά τη διαδικασία ανάδειξης των δυσλειτουργικών γνωσιών ενεργοποιήθηκε ένα πρότυπο αναμονής απόρριψης από τον θεραπευτή, το οποίο και χρησιμοποιήθηκε θεραπευτικά προκειμένου να καταδειχθεί ότι δεν είναι υποχρεωτικό να επαναληφθεί σε όλες του τις σχέσεις το πρότυπο αλληλεπίδρασης με τους γονείς του. Συναφής ήταν και η αιτιολογία για τη δυσκολία του στη συμπλήρωση ημερολογίου κατά τη διαδικασία της οριζόντιας διερεύνησης, καθώς σύμφωνα με τα λεγόμενά του «δεν ένιωθε όμορφα να γράφει ημερολόγιο γιατί μετά το ξαναδιάβαζε και σκεφτόταν ότι θα μπορούσε να το είχε κάνει καλύτερο», ήθελε δηλαδή να είναι ο «τέλειος θεραπευόμενος», πάλι για να μην εισπράξει την απόρριψη του θεραπευτή. Κάποιες δυσκολίες παρουσιάστηκαν στην τήρηση των θεραπευτικών ορίων που αφορούσαν την έγκαιρη προσέλευση και αποχώρηση από τη θεραπεία, οι οποίες αμβλύθηκαν με την πάροδο του χρόνου. Το μοναδικό εξωτερικό εμπόδιο στην πορεία της θεραπείας ήταν η αρνητική αντίδραση των γονέων του Γιάννη από τη συνεργασία του με έναν ειδικό ψυχικής υγείας, αλλά η στάση τους δεν τον επηρέασε σε σημαντικό βαθμό, με αποτέλεσμα να μη διαταραχθεί η πορεία της θεραπείας.

Πέραν της κάθετης (τεχνική του κάθετου τόξου) και της οριζόντιας γνωσιακής διερεύνησης και των συνήθων τεχνικών αμφισβήτησης και τροποποίησης των δυσλειτουργικών σκέψεων (τήρηση ημερολογίου, γνωσιακά πειράματα), χρησιμοποιήθηκαν και ειδικές τεχνικές για την αναδόμηση των πυρηνικών σχημάτων. Πραγματοποιήθηκε αναβίωση περιστατικών της παιδικής ηλικίας με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό του νοήματος των εμπειριών αυτών

από τη θέση του ενήλικου και τον έλεγχο της προσαρμοστικής αξίας των πεποιθήσεων που διαμορφώθηκαν κατά την παιδική ηλικία βάσει των εμπειριών αυτών. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη σύνδεση επιμέρους καταστάσεων, σκέψεων και συμπεριφορών με τα πυρηνικά σχήματα με τη χρήση του *διαγράμματος γνωσιακής διατύπωσης του προβλήματος* (βλ. Σχήμα 1). Επιπλέον, εφαρμόστηκαν τεχνικές κατάρτισης στόχου και επίλυσης προβλημάτων και εκπαίδευση στις διαφυλικές δεξιότητες και στη διεκδικητική συμπεριφορά. Ειδικά για τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα χρησιμοποιήθηκε αρχικά η τεχνική της παράδοξης προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία αν ο Γιάννης έλεγε την προσευχή κατά τη διάρκεια της ημέρας, θα έπρεπε να την επαναλάβει 20 φορές, και στη συνέχεια η τεχνική της παρεμπόδισης της αντίδρασης. Τέλος, εφαρμόστηκε η τεχνική του γνωστικού πειράματος (τι θα συμβεί αν προσπαθήσει όσο περισσότερο μπορεί να «γρουσουζέψει» ένα μέλος της οικογένειάς του).

Τα κύρια θεραπευτικά ορόσημα θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής:

- 5η: Ύφεση ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων.
- 9η: Κάποια στοιχεία διεκδικητικής συμπεριφοράς.
- 12η: Συστηματική μελέτη και προσπάθεια (7 ώρες την ημέρα) – περνάει 5/7 μαθήματα. Αρνητική αντίδραση γονέων («Γιατί δεν πέρασες όλα τα μαθήματα;»).
- 16η: Καλές εναλλακτικές σκέψεις.
- 18η: Περισσότερη πίστη στις εναλλακτικές σκέψεις.
- 19η: Αναβιώσεις.
- 25η: Πλήρης κατάκτηση δεξιοτήτων διεκδικητικής συμπεριφοράς.
- 29η: Λέει «τα πάντα» σε φίλο. Πολύ θετική εμπειρία. «Μπορώ να μιλάω», «Ξέρουμε πού πονάει ο καθένας».

- 31n: «Μόνος μου δημιουργώ τα προβλήματα».
- 35n: Ικανοποιητικές σχέσεις με πατέρα.
- 37n: Τακτικές έξοδοι με κοπέλα.
- 38n: Ανοίγεται στην κοπέλα. «Δεν έκρυψα κάτι, ήμουν ο εαυτός μου», «Πρώτη φορά λέω: Ναι, θέλω να κάνουμε κάτι». Απόρριψη. «Όχι προς το πρόσωπό μου, αλλά στο να είναι μαζί μου».
- 39n: Σχέση με κοπέλα.
- 43n: Δεν δίνει σημασία στους γονείς, παίζει μουσική με άνεση, «άνετος και ανοιχτός».

Η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε σαράντα τρεις συνεδρίες (μια ανά εβδομάδα) μέσα σε διάστημα δεκαέξι μηνών (6.3.1998-1.7.1999). Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν τρεις αναμνηστικές συνεδρίες, δύο σε διαστήματα έξι μηνών και μια μετά την πάροδο ενός έτους. Κατά τη δεύτερη αναμνηστική συνεδρία (ένα χρόνο μετά τη λήξη της θεραπείας) είχε σταθερή σχέση με μια κοπέλα με την οποία είχαν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, θεωρούσε ότι έχει δύο «σίγουρους» φίλους και ότι έχει άνεση στη διεκδικητικότητα. Δεν ασχολείτο καθόλου με τις εντάσεις στην οικογένεια. Συνέχιζε τις σπουδές του, αλλά είχε αποφασίσει να γίνει επαγγελματίας μουσικός, έχοντας κάνει τα πρώτα του βήματα προς αυτή την κατεύθυνση. Κατά την τελευταία αναμνηστική συνεδρία (δύο χρόνια μετά τη λήξη της θεραπείας) διαπιστώθηκε η διατήρηση και η γενίκευση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3η έκδ.). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4η έκδ.). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1996). Cognitive Therapy of Personality Disorders. Στο P.M. Salkovskis (Επιμ. Έκδ.), *Frontiers of cognitive therapy* (σσ. 165-181). New York: The Guilford Press.
- Derksen, J. (1995). *Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives*. New York: Willey.
- Dryden, W., & Rentoul, R. (Επιμ. Έκδ.) (1991). *Adult Clinical Problems: A cognitive - behavioural approach*. London: Routledge.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Επιμ. Έκδ.) (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2002). *Αυτογνωσία & Αυτοδιαχείριση. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση: Ένας οδηγός κλινικής πρακτικής και εκπαίδευσης ειδικών ψυχικής υγείας και εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Salkovskis, P.M. (Επιμ. Έκδ.) (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Exchange Inc.

Περιγραφή περίπτωσης: διαλεκτική συμπεριφοριστική θεραπεία σε περιστατικό με μεταιχμιακή (οριακή) διαταραχή προσωπικότητας

Βασίλειος Ν. Θεοδώρου

Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης παρουσιάζεται το περιστατικό του Α., ενός εικοσιοκτάχρονου ομοφυλόφιλου άνδρα, εργαζόμενου φοιτητή που βρίσκεται στο πτυχίο, ο οποίος διαμένει στην Αθήνα. Η παραπομπή στο θεραπευτή έγινε από το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών.

Ο Α. διαγνώσθηκε, σύμφωνα με τον άξονα DSM-IV (APA, 1996), με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (ΜΔΠ).

Επισκέφθηκε τον ψυχολόγο παραπονούμενος για προβλήματα συγκέντρωσης, δυσκολία να θέσει και να υλοποιήσει στόχους στη ζωή του και να προγραμματίσει την καθημερινότητα. Είχε έντονο άγχος και καταθλιπτικό συναίσθημα, αντιμετώπιζε προβλήματα στη σχέση του και δυσκολίες στην εργασία του και επιπλέον διέκοψε τις σπουδές του για περίπου δύο έτη. Λίγο μετά την έναρξη της θεραπείας διατύπωσε και το αίτημα προς το θεραπευτή του για ψυχολογική υποστήριξη επειδή διαλύθηκε η σχέση του.

Μέσα από την ανάλυση της συμπεριφοράς του αναδείχθηκαν ελλείμματα σε βασικές δεξιότητες, χαμηλή αντοχή σε στρεσογόνες καταστάσεις, αναποτελεσματική και στρε-

βλή επικοινωνία και δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων του.

Γενικά ο Α. χαρακτηριζόταν από διπολικό τρόπο σκέψης και αξιολογούσε τις εμπειρίες του με διχοτομικό τρόπο (π.χ. καλό-κακό, αποτυχία-επιτυχία κ.ά.). Δυσκολευόταν πολύ να δει τις εμπειρίες του ως ένα συνεχές σύνολο που εμπίπτει στο μέσο όρο (Beck & Freeman, 1990). Είχε έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις και βίωνε σύγχυση στους περισσότερους τομείς της ζωής του. Ένωθε ευάλωτος και αδύναμος να επηρεάσει τα πράγματα στην οικογένεια, στη σχέση, στην εργασία και στις σπουδές του. Πίστευε έντονα ότι δεν ήταν αποδεκτός από τους άλλους, ότι οι γύρω του θα τον κρίνουν αυστηρά και θα τον απορρίψουν. Τέλος, θεωρούσε ότι η ομοφυλοφιλία αποτελούσε το κυρίαρχο εμπόδιο στην αποδοχή του από τους άλλους ανθρώπους.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω ο Α. κατέφευγε σε παρορμητικές συμπεριφορές οι οποίες έπαιρναν τη μορφή καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως επισκέψεις σε φίλους, αναζήτηση συντρόφων στο πάρκο, σεξ χωρίς προφυλάξεις, ύπνος, κάπνισμα, φαγητό, τηλεφώνο και αυνανισμός.

Ο Α. ζούσε μόνος του και εργαζόταν παράλληλα με τις σπουδές του, αλλά η οικονομική του κατάσταση δεν ήταν καλή. Το γεγονός αυτό αποτελούσε πηγή άγχους και τον δυσκόλευε στην καθημερινότητά του. Στην εργασία του τα κατάφερνε σχετικά καλά, παρά το φόβο του μήπως αποκαλυφθεί η σεξουαλική του ιδιαιτερότητα. Ένωθε εγκλωβισμένος σε έναν εργασιακό χώρο που δεν τον κάλυπτε και η σκέψη ότι μπορεί να μείνει για πάντα στη δουλειά αυτή τον γέμιζε άγχος. Ως αντιστάθμισμα ζητούσε συχνά άδειες για διάφορους λόγους, ώστε να μην πηγαίνει στην εργασία του.

Είχε εγκαταλείψει τις σπουδές του λόγω των προβλημά-

των που αντιμετώπιζε, αν και υπολείπονταν μόνο δέκα μαθήματα για να πάρει πτυχίο. Η διάρκεια των σπουδών του είχε παραταθεί σχεδόν στο διπλάσιο, γεγονός που του δημιουργούσε επίσης πολύ άγχος.

Είχε λίγους φίλους και δυσκολευόταν πολύ στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων. Ο περίγυρός του αποτελούσαν κυρίως από τις ερωτικές γνωριμίες του.

Ο Α. ήταν το δεύτερο παιδί μιας πενταμελούς οικογένειας. Ο πατέρας του ήταν εξήντα οκτώ ετών, η μητέρα του πενήντα τρία, ο αδελφός του είκοσι πέντε και η αδελφή του τριάντα ενός ετών. Τα αδέρφια του είχαν δικές τους οικογένειες και ζούσαν στη γενέτειρά του.

Ο πατέρας του ήταν ένας απόλυτος και αυστηρός άνθρωπος. Ο Α. απέδιδε αυτά τα στοιχεία στην αγροτική καταγωγή του και τον χαρακτήριζε «αγροίκο». Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετώπιζε μαζί του από τα παιδικά του χρόνια ήταν η τάση του πατέρα να τον κριτικάρει και να τον μειώνει για τα λάθη του και τις παραλείψεις του. Ο Α. ενοχλούνταν με τη συμπεριφορά αυτή, ένιωθε προσβεβλημένος και κάθε φορά έκλαιγε πολύ. Όταν ήταν έφηβος, ο πατέρας του προσβλήθηκε από λευχαιμία και χρειάστηκε μακροχρόνια θεραπεία, κατά τη διάρκεια της οποίας κλείστηκε στον εαυτό του.

Η μητέρα του, μια γυναίκα με μεσοαστική καταγωγή, δεν έφερνε ποτέ αντίρρηση στον άνδρα της και δεν έπαιρνε θέση στα οικογενειακά θέματα. Προσπαθούσε να απλοποιήσει τα προβλήματα του Α. με τον πατέρα του υποβαθμίζοντας συχνά τα συναισθήματά του. Ο Α. ήταν προσκολλημένος στη μητέρα του και όπως χαρακτηριστικά δήλωνε: «μεγάλωσε στην κουζίνα μαζί της». Αντιμετώπιζε, επίσης, προβλήματα υγείας, πίεση και ζάχαρο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας του Α. υπέστη εγκεφαλικό επεισόδιο.

Γενικά στην οικογένεια δεν ήταν συναισθηματικά διαχυτικοί και οι συχνοί καβγάδες οδηγούσαν σε βίαιες αντιδράσεις από την πλευρά των γονιών. Ο Α. θεωρούσε πάντα υπεύθυνο τον πατέρα του για τα επεισόδια που συνέβαιναν και κρατούσε εχθρική στάση απέναντί του.

Χαρακτήριζε τη σχέση με την αδελφή του «σχετικά καλή, αλλά επιφανειακή», ενώ με τον αδελφό του «τυπική». Ένας πρόσθετος λόγος που επιζητούσε την απόσταση από την οικογένειά του ήταν ο φόβος ότι θα αποκαλυφθεί η σεξουαλική του ιδιαιτερότητα και θα τον απέρριπταν. Περισσότερο από όλα φοβόταν ότι θα συνέβαινε κάτι στη μητέρα του αν το μάθαινε.

Ο Α. ήταν πάντα κλειστό και ντροπαλό παιδί. Είχε προβλήματα γνωστικής ανάπτυξης. Μίλησε για πρώτη φορά στα τρία του χρόνια, ενώ ως μαθητής δυσκολευόταν στην ορθογραφία, με αποτέλεσμα να τον στείλουν σε ιδιωτικό σχολείο. Από μικρός συνήθιζε να καταπιάνεται με πολλές δραστηριότητες, τις οποίες γρήγορα εγκατέλειπε. Ήδη από το Δημοτικό επέλεγε την παρέα των κοριτσιών και δεν συμμετείχε στα παιχνίδια των συνομήλικων αγοριών, διότι τα έβρισκε ανιαρά. Γενικά, η κοινωνικοποίησή του δεν ήταν ομαλή και δεν είχε αναπτυγμένες κοινωνικές σχέσεις. Ένιωθε έντονα την απόρριψη από τους άλλους. Τον απασχολούσε πολύ η διαφορετικότητά του, αλλά δυσκολευόταν να δώσει κάποια ερμηνεία γι' αυτήν. Δεν ένιωθε έλξη για το αντίθετο φύλο, ενώ ήδη από την εφηβεία άρχισε να έλκεται ερωτικά από το ίδιο φύλο.

Η πρώτη του ολοκληρωμένη ομοφυλοφιλική επαφή ήταν στο στρατό στα δεκαεννιά του χρόνια. Έκτοτε είχε δύο περιστασιακές σχέσεις και στη συνέχεια μια μακροχρόνια ερωτική σχέση. Συζούσε για πεντέμισο χρόνια με έναν άνδρα τριάντα οκτώ ετών. Ο σύντροφός του ήταν καταπιεστικός

και η σχέση δεν τον ικανοποιούσε. Η σχέση του περνούσε από μεγάλες διακυμάνσεις, τη μια θαύμαζε υπερβολικά το σύντροφό του και την άλλη τον αποστρεφόταν. Δεν εξέφραζε τα συναισθήματά του για αυτή τη σχέση και δυσκολευόταν να διεκδικήσει οτιδήποτε. Ο σύντροφός του ήταν υπερβολικά απαιτητικός, ελεγκτικός και ανασφαλής. Έτσι δημιουργούσε ένα περιβάλλον που ακύρωνε την προσωπικότητα του Α., το οποίο έμοιαζε πολύ με το οικογενειακό του. Παρ' όλα αυτά δεν μπορούσε να διακόψει τη σχέση, διότι δεν μπορούσε να αντέξει την πιθανότητα να μείνει μόνος.

Την ίδια περίοδο ο Α. συνήθιζε να επισκέπτεται κάποια πάρκα της Αθήνας και να έχει περιστασιακές σεξουαλικές επαφές χωρίς να παίρνει προφυλάξεις. Το γεγονός αυτό τον γέμιζε άγχος και ενοχές. Μετά την πράξη ένιωθε απέχθεια για τον εαυτό του και τους περιστασιακούς ερωτικούς παρτενέρ του. Τις περισσότερες φορές δεν ξανασυναντούσε αυτά τα άτομα. Τη συμπεριφορά αυτή την περιέγραφε ως «σεξουαλική αναζήτηση», αλλά κάποιες φορές την απέδιδεν σε αυτοτιμωρία (λόγω της επικινδυνότητας και των ενοχών που ακολουθούσαν).

Η εμφάνισή του ήταν περιποιημένη. Κατά καιρούς έκανε διάφορους πειραματισμούς, κυρίως στα μαλλιά και στα γένια. Μιλούσε γρήγορα, χωρίς ρυθμό, και δυσκολευόταν να εκφράσει τις σκέψεις του. Εκδήλωνε ξεσπάσματα θυμού σχετικά με τον πρώην σύντροφό του ή για άλλα θέματα που τον απασχολούσαν. Συχνά, ο θυμός του ήταν δυσανάλογα μεγάλος σε σχέση με τη βαρύτητα των γεγονότων. Διατηρούσε βλεμματική επαφή με το θεραπευτή, συχνά επίμονη και δεν μπορούσε να ανεχθεί μεγάλα διαστήματα σιωπής στη συνεδρία.

Τον κύριο ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής διαδραμάτισε ο συνδυασμός της αίσθησης ότι ήταν συναισθημα-

τικά ευάλωτος, κάτι που παρουσίασε από όταν ήταν παιδί, και του ακυρωτικού περιβάλλοντος στο οποίο μεγάλωσε. Οι θετικές συναισθηματικές εκδηλώσεις στην οικογένεια δεν ήταν αποδεκτές και θεωρούνταν δείγμα αδυναμίας. Αντίθετα, κυριαρχούσε ο υπερβολικός έλεγχος των συναισθημάτων, ενώ ο συναισθηματικός πόνος αποτελούσε δείγμα απειθαρχίας ή έλλειψης κινήτρου.

Ο Α. δεν έμαθε ως ενήλικος να «ετικετοποιεί» και να ρυθμίζει τη συναισθηματική του διέγερση. Για το λόγο αυτό δεν μπορούσε να αντεπεξέλθει σε καταστάσεις οι οποίες τον καταπονούσαν συναισθηματικά και δυσκολευόταν να εμπιστευθεί το συναίσθημά του ως αφετηρία για να επιλέξει την κατάλληλη αντίδραση σε μια κατάσταση. Η πηγή των αντιδράσεων που είχε να επιλέξει δεν βρισκόταν μέσα του, αλλά αντλούσε στοιχεία του περιβάλλοντός του (Linehan & Kehrer, 1993).

Ο τρόπος σκέψης του δομήθηκε μέσα από πρώιμα δυσπροσαρμοστικά σχήματα, όπως ορίζονται από τον Young (Beck & Freeman, 1990, βλ. Πίνακα 1). Τα σχήματα αυτά ευθύνονται για τη δυσλειτουργική συμπεριφορά, που με το χρόνο ενισχύθηκε και ενίσχυσε αντίστοιχα και τα ίδια τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα οδηγώντας στη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας.

Πολλοί ασθενείς με αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν σύγχυση γύρω από τη σεξουαλικότητά τους, όμως ο σεξουαλικός προσανατολισμός δεν τέθηκε από τον Α. ως πρόβλημα και δεν αποτέλεσε θεραπευτικό στόχο. Τα αίτια της ομοφυλοφιλίας δεν είναι γενικότερα σαφή και οι θεωρίες που έχουν προταθεί για την ερμηνεία της ομοφυλοφιλίας δεν έχουν αποδειχθεί επιστημονικά και η αποδοχή τους τίθεται στην προαίρεση ή στην κουλτούρα της κάθε κοινωνίας (Μάνος, 1988). Η ομοφυλοφιλία χαρακτηρίστηκε «εγω-σύντονη».

Πίνακας 1
Στάδια θεραπείας
Διαλεκτική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Linehan, 1993)

Προθεραπευτικό στάδιο	
<ul style="list-style-type: none">• Λήψη ιστορικού• Διάγνωση• Ανάλυση συμπεριφοράς• Θεραπευτικοί στόχοι• Προσδοκίες από τη θεραπεία	<ul style="list-style-type: none">• Δόμηση θεραπευτικής σχέσης
Πρώτο στάδιο θεραπείας	
Α. Διαπραγμάτευση των σκέψεων που αφορούν το θάνατο (χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό).	
Β. Διακοπή των επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών.	
Γ. Βελτίωση των παραγόντων που δυσχεραίνουν τη θεραπεία: <ul style="list-style-type: none">• Αποφυγή των συγκρούσεων μετά τη διακοπή της σχέσης του – διαχείριση του συναισθήματος.• Επαναδραστηριοποίηση στο πανεπιστήμιο.• Βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των οικονομικών απολαβών.	
Παράλληλες συνεδρίες για την εκπαίδευση δεξιοτήτων σε: <ul style="list-style-type: none">• τεχνικές χαλάρωσης• τεχνικές επίλυσης προβλήματος• διεκδικητική συμπεριφορά• διαπροσωπική επικοινωνία• καθοδήγηση και υποστήριξη• ενδυνάμωση δεξιοτήτων	
Δεύτερο στάδιο θεραπείας	
Α. Παρελθούσες εμπειρίες – σύνδεση με τωρινά προβλήματα.	
Β. Ανάλυση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών.	
Τρίτο στάδιο θεραπείας	
Α. Εμβάθυνση των δεξιοτήτων.	
Β. Έλεγχος των παρορμήσεων (Beck & Freeman, 1990).	
Γ. Ενδυνάμωση της ταυτότητας.	
Δ. Προετοιμασία για τον τερματισμό της θεραπείας.	

Πίνακας 2
Τα πρώιμα δυσπροσαρμοστικά σχήματα του Young
(Beck & Fremam, 1990)

ΠΔΣ	Εκφράσεις θεραπευόμενου
Εγκατάλειψη	«Θα μείνω πάντα μόνος» «Κανείς δεν θα με θέλει»
Εξάρτηση	«Χρειάζομαι κάποιον για να βασιστώ» «Όλα πάνε καλά όταν έχω σχέση με κάποιον»
Έλλειψη εμπιστοσύνης	«Αν ανοιχθώ, θα με εκμεταλλευτούν» «Πρέπει να προστατευθώ»
Ενοχές/Τιμωρία	«Μου αξίζει, ό,τι παθαίνω»
Συναισθηματική αποστέρηση	«Δεν ενδιαφέρεται κανείς για μένα»
Απώθηση	«Όποιος με γνωρίσει περισσότερο, δεν θα θέλει να είναι μαζί μου»
Υποταγή/Έλλειψη ατομικότητας	«Πάντα κάνω ό,τι θέλουν οι άλλοι για να τους κρατώ κοντά μου»
Ανεπαρκής αυτοπειθαρχία	«Δεν μπορώ να πειθαρχήσω παρά τις προσπάθειές μου»
Φόβος απώλειας ελέγχου	«Όταν χάνω τον έλεγχο, μου συμβαίνουν πάντα άσχημα πράγματα»

Η θεραπεία βασίστηκε στη *διαλεκτική συμπεριφοριστική θεραπεία*, ένα εξειδικευμένο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο για τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας με έμφαση στα συμπεριφοριστικά στοιχεία (βλ. Πίνακα 2). Θεωρείται ένα θεραπευτικό μοντέλο με μεγάλη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των κινδύνων και ευρείας αποδοχής από τον ασθενή (Linehan & Kehrer, 1993).

Πραγματοποιήθηκαν συνολικά πενήντα έξι συνεδρίες, σχεδόν σε εβδομαδιαία βάση, από τις 18/4/01 έως τις 29/10/02, με μερικές ενδιάμεσες διακοπές λόγω των πο-

λήμερων επισκέψεων του θεραπευόμενου στην οικογένειά του. Στη συνέχεια έγιναν τέσσερις αναμνηστικές συνεδρίες, διαδοχικά στον ένα μήνα, στους τρεις, στους έξι μήνες και τέλος στη συμπλήρωση ενός έτους από τη λήξη της θεραπείας.

Στο προθεραπευτικό στάδιο (συνεδρίες 1-5) πραγματοποιήθηκε η λήψη ιστορικού, η διάγνωση, η ανάλυση συμπεριφοράς και συμφωνήθηκαν οι θεραπευτικοί στόχοι που θα έπρεπε να επιτευχθούν μέσω της θεραπείας. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση στη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, καθώς η θεραπεία της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτή τη σχέση. Εξηγήθηκε το μοντέλο θεραπείας και ο θεραπευόμενος ενημερώθηκε για τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Αρχικά ως θεραπευτικοί στόχοι τέθηκαν κατά σειρά η αλλαγή των σεξουαλικών πρακτικών, η επάνοδος στις σπουδές, η διακοπή της δυσλειτουργικής σχέσης, η βελτίωση των σχέσεων στο εργασιακό του περιβάλλον, η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, η ταξινόμηση και η επεξεργασία των συναισθημάτων. Συζητήθηκαν, επίσης, ο χρόνος θεραπείας και η δέσμευση του θεραπευόμενου σε αυτήν. Τέλος, επαναδιατυπώθηκαν με ρεαλιστικό τρόπο κάποιες υπερβολικές προσδοκίες που είχε ο ασθενής από τη θεραπεία, οι οποίες αφορούσαν κυρίως την ταχύτητα των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων.

Ο Α. δεν είχε φανερές αυτοκτονικές συμπεριφορές, ούτε αυτοτραυματισμούς. Ωστόσο κάποιες γενικόλογες αναφορές για το θάνατο στην αυτοσκιαγράφηση του έδωσαν αφορμή για την πραγμάτευση του θέματος της αυτοκτονικότητας. Δεν υπήρχε ιστορικό, ούτε αυτοκτονικός ιδεασμός, ο θεραπευτής όμως διερευνούσε τακτικά κατά την πρώτη φάση κάθε πιθανή ένδειξη, καθώς ο θεραπευόμενος

συγκέντρωνε μερικά κριτήρια υψηλής επικινδυνότητας. Στο πρώτο στάδιο (συνεδρίες 6-29) επικεντρώσαμε την προσοχή μας στην αναστολή των επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών (σεξ χωρίς προφύλαξη, με άγνωστους, επισκέψεις σε πάρκα για αναζήτηση ερωτικού συντρόφου).

Στη συνέχεια εργασθήκαμε για τον έλεγχο των παραγόντων που θα μπορούσαν να δυσχεράνουν τη θεραπεία. Επιδιώξαμε τη βελτίωση της καθημερινότητας, την αποφυγή των συγκρούσεων με τον πρώην σύντροφο και τον κύκλο των κοινών γνωστών τους, τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και τέλος την επαναδραστηριοποίησή του στο πανεπιστήμιο. Το τελευταίο μάλιστα λειτούργησε ως θετικό παράδειγμα και για τα υπόλοιπα, καθώς η προσπάθειά του είχε θετική απήχηση από τους συμφοιτητές και το διδακτικό προσωπικό, παρόλο που ο ίδιος φοβόταν για το αντίθετο.

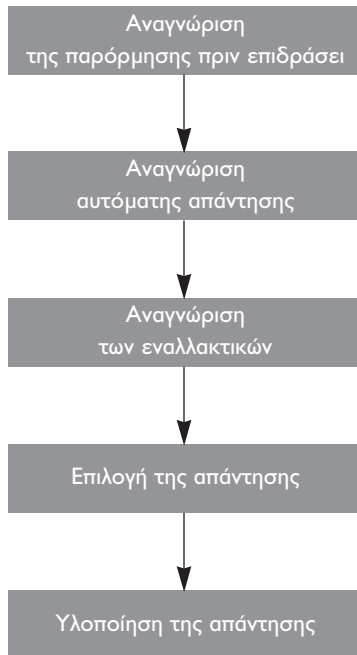
Σύμφωνα με το θεραπευτικό πλάνο, στο πρώτο στάδιο έγιναν παράλληλα με τις προκαθορισμένες θεραπευτικές συναντήσεις, ανά δεκαπενθήμερο, επτά συνεδρίες επικεντρωμένες στην εκμάθηση δεξιοτήτων. Η θεματολογία που συμφωνήθηκε ήταν οι τεχνικές χαλάρωσης, επίλυσης προβλήματος, διεκδικητικότητας, διαπροσωπικής επικοινωνίας, καθοδήγησης και υποστήριξης, και ενδυνάμωσης και γενίκευσης δεξιοτήτων. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στο να κατανοηθούν από το θεραπευόμενο ο διχοτομικός τρόπος σκέψης του και τα οφέλη που θα αποκόμιζε από έναν πιο λειτουργικό τρόπο σκέψης. Οι νέες δεξιότητες βοήθησαν στη βελτίωση των οικονομικών του, στην καλύτερη ενασχόλησή του με τις σπουδές του και στη μείωση του άγχους που βίωνε. Ο Α. βελτιώθηκε συνολικά, καθώς απέκτησε την αίσθηση του ελέγχου της ζωής του και ενισχύθηκε ψυχολογικά από τις επιτυχίες αυτές. Στις συνεδρίες συχνά αφιε-

ρωνόταν χρόνος στην αποτίμηση και στην ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών.

Το γεγονός ότι δεν αναφέρθηκε ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης μας έδωσε τη δυνατότητα να προχωρήσουμε πιο γρήγορα και κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου (συνεδρίες 30-39) να επικεντρωθούμε στις παρελθούσες εμπειρίες, με στόχο τη σύνδεση του ιστορικού του Α. με τα σημερινά του προβλήματα. Παράλληλα εξετάστηκε το θέμα του σεξουαλικού προσανατολισμού ιδωμένου μέσα από τις εμπειρίες του. Κομβικά σημεία αποτέλεσαν οι περίοδοι κατά τις οποίες διαπίστωσε την ομοφυλοφιλία του (σχολικά χρόνια - στρατός), ο φόβος του για την αντίδραση των δικών του και η διαρκής απόκρυψη του θέματος, οι στάσεις απέναντι στην ομοφυλοφιλία, η αίσθηση της μειονεξίας και η γκετοποίηση των ομοφυλοφίλων. Μεγάλη προσοχή δόθηκε στην ανάλυση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών, και επιχειρήθηκε η αλλαγή των δυσλειτουργικών του πεποιθήσεων. Μέσα από τη διαδικασία αυτή πετύχαμε έναν ικανοποιητικό βαθμό αποδοχής των γεγονότων και τη μείωση της επίδρασης του κοινωνικού στίγματος και κυρίως της αυτοενοχοποίησης.

Τέλος, στο τρίτο στάδιο έγιναν παρεμβάσεις για την ενίσχυση της αξιοπιστίας, της εμπιστοσύνης στον εαυτό του, και για τη βελτίωση της ικανότητας αυτοαξιολόγησης. Στόχος η ενδυνάμωση της ταυτότητας μέσα από την αυτοαξιολόγηση, η αποδοχή των αντιδράσεων στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και η ανεξαρτητοποίηση της αυτοαξιολόγησης από τις επιρροές των άλλων. Κάθε προσπάθεια για την επίτευξη των προαναφερθέντων στόχων συνοδεύτηκε από μεγάλη ενίσχυση του θεραπευτή. Ο έλεγχος των παρορμήσεων του θεραπευόμενου αποτέλεσε σε αυτό το

στάδιο κύριο στοιχείο των συνεδριών, λόγω υποτροπής (δύο επισκέψεις στο πάρκο και ένα επεισόδιο υπερφαγίας). Οι υποτροπές στη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν συνηθισμένο φαινόμενο και είναι αναμενόμενες (Linehan & Kehrer, 1993). Ο έλεγχος των παρορμήσεων βασίστηκε στο μοντέλο των Beck και Freeman (1990, βλ. Σχήμα 1), το οποίο, αν και δεν ανήκει στο μοντέλο θεραπείας που εφαρμόστηκε, κρίθηκε σκόπιμη η προσθήκη του ώστε να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμόρφωση στην αποφυγή των παρορμητικών συμπεριφορών.



Σχήμα 1
Στάδια της διαδικασίας ελέγχου της παρόρμησης
(Beck & Freeman, 1990)

Γενικότερα πάντως, στο τρίτο στάδιο ο θεραπευτής δεν είχε πλέον παρεμβατικό αλλά ενισχυτικό ρόλο. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διαδικασία προετοιμασίας για τη λήξη της θεραπείας και την αυτονόμηση του θεραπευμένου.

Ο Α. κατανόησε τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και μπόρεσε να ερμηνεύσει μια σειρά από ακατανόητες μέχρι εκείνη τη στιγμή συμπεριφορές. Κατανόησε το ρόλο των παρορμήσεων και του διχοτομικού τρόπου σκέψης στη συμπεριφορά του. Τροποποίησε τις γνώσεις για την πιθανή εγκατάλειψή του, την έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους, την αυτοτιμωρία και τη συναισθηματική αποστέρση.

Η ενδυνάμωση των συμπεριφορών αυτοαξιολόγησης της συμπεριφοράς, αυτοφροντίδας και επίλυσης προβλημάτων έπαιξε σπουδαίο ρόλο στην ανάκτηση της αυτονομίας του Α. Παρ' όλα αυτά εξακολουθεί να αισθάνεται την ανάγκη εξάρτησης από κάποιον. Η νέα του σχέση βασίστηκε σε ένα πιο ρεαλιστικό πλαίσιο και εκφράζει περισσότερο τις ανάγκες του μέσα σε αυτήν. Έχει αποδεχθεί τη σημερινή του εργασία ως ένα μεταβατικό στάδιο και επιθυμεί να εργασθεί στο αντικείμενό του. Κάλυψε μια σειρά από στόχους για τις σπουδές του, με αποτέλεσμα να απομένει πλέον μόνο μια εργασία για το πτυχίο. Αποδέχθηκε ότι η ομοφυλοφιλία δεν αποτελούσε τον κατεξοχήν λόγο για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, αναγνώρισε την ευθύνη που έχει για τη βελτίωση της ζωής του και το ρόλο που διαδραματίζουν οι παρορμήσεις στην επιδείνωση της κατάστασής του.

Ένα χρόνο σχεδόν μετά τη θεραπεία δεν είχε συνάψει περιστασιακή ερωτική σχέση και χρησιμοποιούσε πάντα προφυλακτικό. Έκανε σχέδια για τη ζωή του μετά την αποφοίτηση και είχε αποφασίσει να μην επιστρέψει στην ιδιαίτερη

πατρίδα του. Εξακολουθούσε να μη θέλει να αποκαλύψει τη σεξουαλική του ιδιαιτερότητα στην οικογένειά του, αλλά σκεφτόταν κάποια στιγμή να μιλήσει στην αδελφή του. Το άγχος του ήταν φυσιολογικό, όπως δήλωνε, αισθανόταν υπερήφανος για τα επιτεύγματά του και είχε πάψει να φοβάται μια πιθανή υπότροπη, γιατί πίστευε ότι θα την αντιμετώπιζε μόνος ή με τη βοήθεια ενός ειδικού.

Η επιδείνωση της υγείας της μητέρας του κατά τη διάρκεια της θεραπείας τον είχε αναστατώσει. Έτσι αφιερώθηκε χρόνος στις συνεδρίες για να διαχειριστεί επαρκώς την ανησυχία και τη λύπη του. Όταν η μητέρα του υπέστη εγκεφαλικό, η θεραπεία διακόπηκε περίπου για ένα μήνα. Παρά το μεγάλο άγχος και την αρνητική του διάθεση, η θεραπεία συνεχίστηκε κανονικά μετά από μια συνάντηση υποστηρικτικού χαρακτήρα.

Ιδιαίτερα θετικό ρόλο στη θεραπεία είχε η στάση του θεραπευτή απέναντι στο σεξουαλικό προσανατολισμό του θεραπευόμενου. Η στάση του θεραπευτή, όταν στη δεύτερη συνέδρια ο Α. ανακοίνωσε ότι ήταν ομοφυλόφιλος, βοήθησε στη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Ο θεραπευόμενος έφερε το θέμα για συζήτηση με δική του πρωτοβουλία στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας, όταν αισθάνθηκε ασφαλής. Το στοιχείο αυτό ήταν βοηθητικό για τη θεραπεία, καθώς ενδυνάμωσε την αίσθηση έλεγχου πάνω στη ζωή του, σε σημείο που να αστειεύεται για τη διαφορετικότητά του. Το ενδιαφέρον του θεραπευτή να ενημερωθεί για τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ομοφυλόφιλοι μέσα από το πρίσμα της αποδοχής και μακριά από τις αναμενόμενες προκαταλήψεις βοήθησαν στην ενδυνάμωση του κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Παρ' όλα αυτά η θεραπευτική σχέση πέρασε από διάφορα στάδια και διακυμάνσεις, με επιστέγασμα το ξέσπασμα

θυμού του θεραπευόμενου όταν ο θεραπευτής ακύρωσε τηλεφωνικά μια συνεδρία εντός των προσυμφωνημένων χρονικών ορίων. Τόσο σε αυτή όσο και σε άλλες περιπτώσεις μετριότερου θυμού χρειάστηκε να αφιερωθεί χρόνος για να συζητηθεί το θέμα και, μέσα από τη λειτουργία του θεραπευτή ως πρότυπο, να εκπαιδευτεί ο Α. σε πιο ήπιες συμπεριφορές.

Η συμμόρφωσή του στις εργασίες για το σπίτι πέρασε από διακυμάνσεις και παρά τη βελτίωση δεν επιτεύχθηκε η συστηματική ενασχόλησή του με αυτές. Το γεγονός αυτό αντισταθμίστηκε με τη συμπλήρωση των καταγραφών στην αρχή της συνεδρίας.

Η θεραπεία της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας είναι μια μακρά και δύσκολη διαδικασία, η οποία πολλές φορές δοκιμάζει τις αντοχές του θεραπευτή. Πρέπει να είναι ευέλικτος και να μπορεί να ενσωματώσει, όταν αυτό χρειάζεται, νέες τεχνικές στο θεραπευτικό πλάνο. Ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει μεγάλη υπομονή και αυτοέλεγχο, ιδιαίτερα στα ξεσπάσματα του θεραπευόμενου και να αποφεύγει να αντιπαρά τίθεται ή να απολογείται. Σε διαφορετική περίπτωση ενισχύει τις μη επιθυμητές συμπεριφορές και δυσκολεύει τη θεραπεία. Τέλος, θα πρέπει να είναι ανθεκτικός στη ματαίωση, αφού σε κάθε σημείο της θεραπείας ελλοχεύει μια πρόωρη διακοπή από πλευράς θεραπευόμενου και οι υπότροπες είναι ιδιαίτερα συχνές.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4η έκδοση). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- Beck, A.T & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. & Kehrer, C.A. (1993). Borderline Personality Disorder. Στο D.H. Barlow (Επιμ. Έκδ.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (σσ. 396-441). New York: The Guilford Press.
- Μάνος, Ν. (1988). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Περιγραφή περίπτωσης: αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Δέσποινα Καποδίστρια

[ΜΕΡΟΣ 1ο]

1. Πρόλογος

Τα άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας διακρίνονται από χαμηλό αυτοσυναίσθημα και γενικότερα από συναισθήματα ανεπάρκειας τα οποία επηρεάζουν τόσο τον προσωπικό όσο και τον επαγγελματικό τους τομέα (Sperry, 1999). Αν και διακατέχονται από έντονη επιθυμία να συνάψουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις, δεν τα καταφέρνουν λόγω του έντονου φόβου τους για ενδεχόμενη απόρριψή τους από το κοινωνικό περιβάλλον (Meyer, 2002). Αυτός ο φόβος της απόρριψης έχει ως αποτέλεσμα την υστέρησή τους σε θέματα που σχετίζονται τόσο με την κοινωνική όσο και με την επαγγελματική τους ζωή. Η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί τον παράγοντα που δυσχεραίνει και παγιώνει την αποφευκτική τους συμπεριφορά (Sperry, 1999).

Τα ελλιπή ερευνητικά δεδομένα δεν μας επιτρέπουν να προτείνουμε εμπειριστατωμένα ένα μοντέλο θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί για την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (Meyer & Charles, 2000). Μέσα

από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας εντοπίσαμε την έλλειψη ερευνητικών δεδομένων τα οποία να εστιάζουν στην αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Η διαταραχή αυτή έχει μελετηθεί σε μεγάλη έκταση είτε σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές προσωπικότητας είτε σε σχέση με την κοινωνική φοβία (Alden, Larosa, Taylor, & Ryder, 2002). Παρ' όλα αυτά, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία περιλαμβάνει κάποιες στρατηγικές παρέμβασης που είναι ειδικά σχεδιασμένες για την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (Beck & Freeman, 1990 Sperry, 1999).

2. Εισαγωγή

Η Μαρία*, ηλικίας είκοσι χρόνων, ζει με την οικογένειά της. Είναι φοιτήτρια σε σχολή δημοσιογραφίας. Η διάγνωση έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-IV (APA, 1994). Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, το κυριότερο χαρακτηριστικό της αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας, που είναι οι *αποφυγές*, εντοπίζεται και σε άλλες διαταραχές τόσο του Άξονα Ι όσο και του Άξονα ΙΙ. Οι πιο συνήθεις είναι η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας, η κοινωνική φοβία και η αγοραφοβία (Beck & Freeman, 1990). Τόσο στη σχιζοειδή διαταραχή όσο και στην αποφευκτική διαταραχή παρατηρείται έλλειψη στενών

* Το όνομα «Μαρία» δεν αποτελεί το πραγματικό όνομα της θεραπευόμενης, αλλά χρησιμοποιήθηκε για να καταστεί ευκολότερη η περιγραφή του περιστατικού. Επιπλέον, τα διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά έχουν αλλοιωθεί προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που ελήφθησαν κατά τη θεραπεία.

διαπροσωπικών σχέσεων. Η διαφορική διάγνωση έγκειται στο ότι οι μεν αποφευκτικοί επιθυμούν την επίτευξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων αλλά φοβούνται την κριτική, οι δεν σχιζοειδείς είναι ικανοποιημένοι με την ύπαρξη επιφανειακών κοινωνικών σχέσεων, επιθυμούν την προσωπική τους απομόνωση και δεν φοβούνται την κριτική. Επιπλέον, η αποφευκτική διαταραχή διαφοροποιείται από την κοινωνική φοβία στο ότι τα άτομα με κοινωνική φοβία δεν αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά μόνο συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, όπως το να μιλήσουν μπροστά σε πολύ κόσμο ή το να συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις όπου υπάρχει μεγάλη εισροή κόσμου. Οι αγοραφοβικοί διαφοροποιούνται από τους αποφευκτικούς στο ότι οι αποφυγές των πρώτων σχετίζονται με το φόβο τους μην τυχόν πάθουν κάτι σε χώρους όπου κανένας δεν θα μπορεί να τους βοηθήσει, και όχι με το φόβο της κριτικής από άλλους ανθρώπους (Beck & Freeman, 1990).

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα ακόλουθα: SCL-90R (Derogatis, 1977), Beck Depression Inventory (Ερωτηματολόγιο Συναισθήματος) (Beck & Steer, 1987), Ερωτηματολόγιο Φόβου και Ανασφάλειας (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1977α) και Ερωτηματολόγιο Φόβου (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1977β). Η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί και έχει πραγματοποιηθεί η πρώτη επαναξιολόγηση μετά από διάστημα επτά μηνών.

Ιστορικό παραπομπής

Η Μαρία παραπέμφθηκε από το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, στο πλαίσιο της κλινικής μου πρακτικής ως εκπαιδευόμενη θεραπεύτριας στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο. Η πρώτη επαφή ήταν τηλεφωνική, οπότε και συζητήθηκε ο τόπος και ο χρόνος της

πρώτης μας συνάντησης. Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας βρισκόμουν σε ομάδα εποπτείας. Όλα τα μέλη της ομάδας μου και κυρίως ο επόπτης μου, Γ. Ευθυμίου, με βοήθησαν, ιδιαίτερα όταν συναντούσα κάποιες δυσκολίες κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι εύστοχες παρατηρήσεις τους και η συνεχής ενίσχυσή τους με βοήθησαν να φέρω σε πέρας το περιστατικό.

Αίτημα θεραπείας

Αναφορικά με το αίτημά της, η Μαρία αντιμετώπιζε προβλήματα τόσο στον ενδοπροσωπικό τομέα (δεν γνώριζε τι την ευχαριστεί, δεν αντλούσε ευχαρίστηση από την υπάρχουσα ζωή της) όσο και στο διαπροσωπικό (προβλήματα με τον πατέρα της, με τις φίλιες της και αδυναμία σύναψης καινούριων φιλικών σχέσεων). Δεν μπορούσε να χειριστεί γενικότερα τις καταστάσεις όπου κυριαρχούσε αρνητικό κλίμα. Έμενε παθητική και συμμορφωνόταν στην εκάστοτε κατάσταση χωρίς να μπορεί να υπερασπίζεται τον εαυτό της.

Οικογενειακό και προσωπικό ιστορικό

Το κορίτσι προέρχεται από μια δυσλειτουργική οικογένεια. Οι γονείς της ζουν τυπικά μαζί για χάρη των παιδιών εδώ και πολλά χρόνια. Έχουν μια συμβατική σχέση, ενώ παράλληλα διατηρούν και οι δύο εξωσυζυγικές σχέσεις. Υπάρχουν διαρκώς διενέξεις μεταξύ τους και αλληλοκατηγορούνται βάζοντας στη μέση είτε τη Μαρία είτε την εντεκάχρονη αδελφή της. Η Μαρία ήταν πάντα σύμμαχος του πατέρα της, ενώ με τη μητέρα της δεν είχε συναισθηματική εγγύτητα, όπως η ίδια ανέφερε χαρακτηριστικά.

Η Μαρία ήταν ένα πολύ ήσυχο παιδί, που δεν δημιουργούσε προβλήματα, πολύ καλή μαθήτρια, και απασχολού-

νταν σε διάφορες δραστηριότητες (πιάνο, αγγλικά, γαλλικά). Μέχρι που ξεκίνησαν οι συναντήσεις μας δεν είχε μιλήσει σε κανένα για την κατάσταση των γονιών της λόγω των συναισθημάτων ντροπής που την κατέκλυζαν. Έχει αναλάβει το ρόλο του κηδεμόνα της μικρότερης αδελφής της, μια και ο πατέρας της και η μητέρα της αδιαφορούν γι' αυτήν. Τέλος, εδώ και δύο χρόνια η Μαρία έχει ερωτική σχέση με ένα αγόρι δύο χρόνια μεγαλύτερό της, με το οποίο είχε την πρώτη της σεξουαλική επαφή.

Ιστορικό του κύριου προβλήματος

Αναφέρονται περιληπτικά κάποια γεγονότα τα οποία, κατά τη γνώμη μας, έπαιξαν ουσιαστικό ρόλο στην εγκαθίδρυση της αποφευκτικής συμπεριφοράς που τη χαρακτηρίζει και η οποία αποτελεί το κύριο πρόβλημά της. Όπως αναφέρει και η διεθνής βιβλιογραφία, οι λόγοι της ανάπτυξης των διαταραχών προσωπικότητας βρίσκονται σε βιώματα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (Beck & Freeman, 1990· Young, 1990· Meyer, 2002).

Παιδική ηλικία

- α. Μεγάλος καβγάς με τον πατέρα της εξαιτίας ενός κακού βαθμού (7) που είχε πάρει στην Δ' Δημοτικού. Της απύθηνε υποτιμητικά λόγια: «Να σταματήσεις το σχολείο, να πας να δουλέψεις στο εργοστάσιο». Κρύφτηκε τότε στην ντουλάπα και ήρθε η μητέρα της και την έβγαλε (πρώτες ενοχλήσεις στο στομάχι της).
- β. Κάθε φορά που τη μάλωνε ο πατέρας της (ποτέ δεν την έχει χτυπήσει) κρυβόταν κάτω από το κρεβάτι.

Εφηβική ηλικία

- α. Δεκαπέντε ετών σε ταξίδι αναψυχής στο εξωτερικό: καβγάς με τις φίλες της. Πολύ έντονος πόνος στο στομά-

χι, δεν υπερασπίστηκε καθόλου τον εαυτό της, ενώ αισθανόταν αδικημένη.

- β. Δεκαεφτά χρόνων σε ταξίδι αναψυχής στο εξωτερικό: τσακωμός με τις φίλες της. Ήθελε «να ανοίξει η γη να την καταπιεί», όπως χαρακτηριστικά δήλωσε. Ήθελε να φύγει μια μέρα νωρίτερα. Εμφάνιση έντονων σωματικών συμπτωμάτων. Μετά την πενθήμερη σχολική εκδρομή δεν ήθελε να ξαναπάει στο σχολείο (φοβόταν την αντίδραση των άλλων συμμαθητών της, ότι δηλαδή θα την ενοχοποιούσαν και θα την κορόιδευαν).

Μετεφηβική ηλικία

Η εισαγωγή της στη σχολή δημοσιογραφίας οδηγεί σε έντονο καβγά με τον πατέρα, ο οποίος νιώθει απογοητευμένος που δεν μπήκε στη Νομική (μόνο η μαμά χάρηκε λίγο). Το γεγονός θεωρήθηκε μια μεγάλη αποτυχία της Μαρίας (για τον πατέρα της): «Αν αποτύχω, δεν θα τον έχω κοντά μου» (συναισθηματική εγκατάλειψη). Κατά τη διάρκεια όλου του καλοκαιριού έως και την έναρξη των συνεδριών η κατάσταση με τον πατέρα ήταν πολύ αρνητική εξαιτίας του γεγονότος ότι η Μαρία δεν εισήχθη στη Νομική.

* * *

Πριν από την ανάλυση των θεραπευτικών συνεδριών με τη Μαρία, θα περιγραφεί το μοντέλο ερμηνείας της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς της σύμφωνα με το πρότυπο της *λειτουργικής ανάλυσης συμπεριφοράς* (Μπουλουγούρης, 1992· Ο'Brien & Haynes, 1997). Η λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα κατανόησης της διαταραχής και προσφέρει τα κατάλληλα στοιχεία για τη δημιουργία του θεραπευτικού πλάνου (Καλαντζή-Αζίζι, 2002).

ΕΡΕΘΙΣΜΑ

Κάθε φορά που δημιουργείται ή πρόκειται να δημιουργηθεί μια κατάσταση η Μαρία αισθάνεται ότι δεν μπορεί να τη χειριστεί. Γι' αυτό κρατάει παθητική στάση, υποχωρώντας κατ' αυτό τον τρόπο και χωρίς να υπερασπίζεται τον εαυτό της.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ

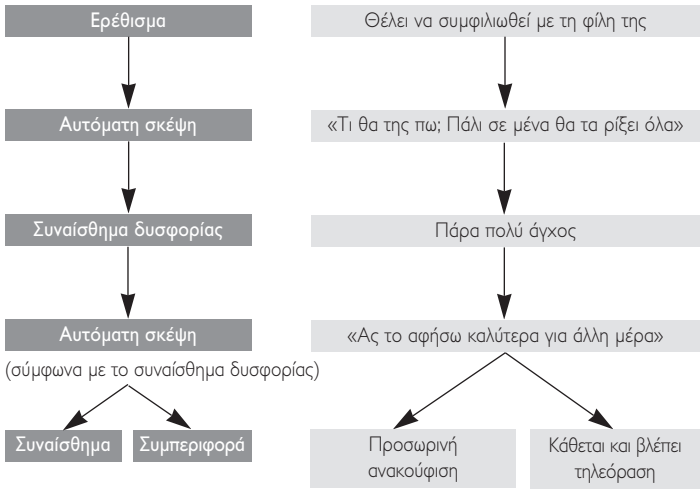
Η παραπάνω κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζονται σωματικά συμπτώματα άγχους: μούδιασμα στα πόδια, ανακάτεμα στο στομάχι, λίγη δύσπνοια, εφίδρωση, ρίγος (δεν παρουσιάζονται όλα μαζί κάθε φορά). Επιθυμεί να μην πει τίποτα, όσο και αν νιώθει αδικημένη, διότι αισθάνεται αδύναμη, ανήμπορη.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Τα σωματικά συμπτώματα της προκαλούν ταραχή. Θέλει πολύ να ξεφύγει από αυτή την άβολη αγχωτική κατάσταση που βιώνει.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Η συμπεριφορά αυτή (παθητική στάση και τάση φυγής) ανακουφίζει άμεσα τη Μαρία διότι παύει αυτή η δυσάρεστη κατάσταση (μειώνεται η εσωτερική της ένταση). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση της παθητικής συμπεριφοράς και την επανάληψή της στο μέλλον. Η ίδια αισθάνεται κατόπιν ότι προδίδει τον εαυτό της διαρκώς, αλλά δεν μπορεί να κάνει τίποτα πια (learning helplessness, βλ. Seligman, 1975). Ο ίδιος ο περίγυρός της ενισχύεται από αυτή τη συμπεριφορά και συνεχίζει να απαιτεί ή να της επιβάλλει πράγματα. Όλα αυτά της δημιουργούν το αίσθημα της μοναξιάς και η διάθεσή της κατά περιόδους είναι πεσμένη. Ένα τυπικό παράδειγμα της δυσλειτουργικής της συμπεριφοράς παρατίθεται στο Σχήμα 1.



Σχήμα 1
Η διαδικασία της αποφυγής

Η περιγραφή αυτή αντικατοπτρίζει ένα σημαντικό μέρος της καθημερινότητας της Μαρίας και ταυτόχρονα αποτελεί και το λόγο συντήρησης της αποφευκτικής της συμπεριφοράς ως μηχανισμού ενίσχυσης. Η διαίωσιση του προβλήματος της Μαρίας την οδήγησε στην υιοθέτηση μιας δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, εξαιτίας της οποίας δεν είναι ικανοποιημένη ούτε από τον εαυτό της ούτε από τη ζωή της γενικότερα.

Η όλη θεραπεία εστιάστηκε στην επίτευξη των στόχων που θέσαμε από κοινού τηρώντας το συνεργατικό εμπειρισμό και την ενεργό συμμετοχή του θεραπευόμενου (Sperry, 1999· Καλατζή-Αζίζι, 2002), στοιχεία αναπόσπαστα με τις αρχές του γνωσιακού μοντέλου.

Στόχοι της θεραπείας

- α. «Να συμφιλιωθώ με τον εαυτό μου, δηλαδή να επιλέγω η ίδια τι θέλω και τι δεν θέλω».
- β. «Να υπερασπίζω τον εαυτό μου όταν δημιουργείται κάποια διένεξη με τον πατέρα μου».
- γ. «Να επιλέγω η ίδια τι θέλω και τι δεν θέλω».
- δ. «Να αποκτήσω νέους φίλους» (και με ένα άτομο είμαι ευχαριστημένη).
- ε. «Να μπορώ να λειτουργώ μέσα στην οικογένειά μου χωρίς να παίζω συνεχώς το ρόλο του κηδεμόνα της αδελφής μου» (οριοθέτηση της οικογένειας).

Όλοι οι στόχοι που προαναφέρθηκαν τέθηκαν σε εφαρμογή ταυτόχρονα, με τη σύμφωνη γνώμη της θεραπευόμενης, εκτός του τελευταίου που αναφέρεται στην υιοθέτηση μη κηδεμονικού ρόλου απέναντι στην αδελφή της, ο οποίος τέθηκε σε εφαρμογή όταν άρχισαν να επιτυγχάνονται οι υπόλοιποι.

[Μέρος 2ο: Πορεία Θεραπείας]

Λόγω περιορισμένου χώρου θα εστιάσουμε στα κεντρικά σημεία της θεραπείας με στόχο να δώσουμε μια γενική εικόνα της εφαρμογής της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας σε περιστατικό με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας.

Προτού περιγράψουμε την πορεία της θεραπείας, θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε ότι η κάθε συνεδρία προσαθούσε να έχει όσο πιο πιστά γίνεται την ακόλουθη δομή (Καλπάκογλου, 1999): επανεξέταση της κατάστασης του θεραπευόμενου, καθορισμός προγράμματος ημέρας, εξέταση της δουλειάς για το σπίτι, στόχοι συνεδρίας, δουλειά για το σπίτι και, τέλος, ανατροφοδότηση συνεδρίας.

1. *Εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης*: Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο, η ύπαρξη θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στο θεραπευόμενο και στο θεραπευτή θεωρείται από τα πιο σημαντικά στοιχεία για την επιτυχή έκβαση της κάθε θεραπείας διότι είναι ισοδύναμα αποτελεσματική με τις εφαρμοσμένες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές (Καλαντζή-Αζίζι, 2002). Η θεραπευτική σχέση χρησιμοποιείται ως εργαλείο για την κατανόηση των προβλημάτων του θεραπευόμενου, καθώς και για την επίτευξη των θεραπευτικών αλλαγών στις οποίες στοχεύει ο θεραπευτής (Καλαντζή, 1990). Αν δεν λυθούν τα προβλήματα που ανακύπτουν απ' την επαφή θεραπευόμενου και θεραπευτή, είναι βέβαιο ότι κανένα άλλο πρόβλημα του θεραπευόμενου δεν πρόκειται να λυθεί στη συνέχεια (Καλαντζή-Αζίζι, 2002). Ειδικότερα στα άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας απαιτείται από το θεραπευτή ιδιαίτερη ευελιξία και χρήση των θεραπευτικών δεξιοτήτων του όπως είναι η ενσυναίσθηση, η κατανόηση και η αποφυγή αντιπαράθεσης, ιδιαίτερα στις αρχικές συνεδρίες, διαφορετικά ο θεραπευόμενος αισθάνεται ότι γίνεται αντικείμενο «κοροϊδίας» και αποσύρεται (Sperry, 1999). Μέσα λοιπόν από τη χρήση αυτών των γενικών δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση, η γνησιότητα, η κατανόηση (Μπουλουγούρης, 1998), όσο και από την εφαρμογή ειδικών δεξιοτήτων, όπως η συνεργασία, η ευγένεια, η ικανότητα προσεκτικής ακρόασης και η ύπαρξη χιούμορ (Καλπάκογλου, 1999), κατορθώσαμε ν' αναπτυχθεί ανάμεσα στη Μαρία και σε μας μια πάρα πολύ καλή σχέση, η οποία συνετέλεσε στο να μας εμπιστευθεί και κατ' επέκταση να βοηθήσει η ίδια τον εαυτό της.

2. *Λήψη ιστορικού*: Για τη λήψη του ιστορικού χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο της συνέντευξης. Η συνέντευξη ήταν μη δομημένη και περιλάμβανε τόσο ανοιχτές όσο και κλειστές ερωτήσεις.
3. *Στοχοθεσία*: Η τοποθέτηση στόχων αποτελεί άλλο ένα βασικό χαρακτηριστικό της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας και λαμβάνει χώρα πριν τη θεραπευτική παρέμβαση. Θέσαμε μάλιστα συγκεκριμένους στόχους με τη Μαρία βάσει του συνεργατικού εμπειρισμού (Χαρίλα, 1998), οι οποίες βοηθούν έτσι ώστε ο θεραπευόμενος να έχει άμεσα αποτελέσματα. Επιπλέον, η στοχοθεσία συμβάλλει κατά κύριο λόγο στη δημιουργία πλάνου θεραπείας, καθορίζει δηλαδή με ποια ζητήματα θα ασχοληθεί ο θεραπευόμενος στις συνεδρίες, και δίνεται η δυνατότητα βάσει αυτών των στόχων να διαφανεί η λήξη της θεραπείας με την επίτευξή τους (Καλαντζή-Αζίζι, 2002).
4. *Γνώση του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου*: Μέρος της θεραπείας είναι να εξηγήσουμε στο θεραπευόμενο το σκεπτικό της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας (Χαρίλα, 1998). Η Μαρία ενημερώθηκε για το είδος θεραπείας στην οποία εμπλέκεται. Δηλαδή γνώρισε —προφορικά και μέσα από έντυπο υλικό— τη διάκριση ερεθίσματος, σκέψης, συναισθήματος, συμπεριφοράς και συνεπειών καθώς και το πώς αλληλεπιδρούν αυτά μεταξύ τους (McMullin, 2000). Επιπλέον, μέσα από υλικό που έφερε η ίδια τής επεξηγήθηκε ότι η γνωσιακή επεξεργασία ενός ερεθίσματος είναι αυτή που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τελικά το ερέθισμα (Beck, 1996· Young, 1996). Με άλλα λόγια, σημασία δεν έχουν τα γεγονότα αυτά καθαυτά, όσο το πώς ερμηνεύονται από το άτο-

μο. Η Μαρία εκπαιδεύτηκε επίσης στο να παρατηρεί τι προηγείται και τι έπεται στην εκδήλωση κάθε συμπεριφοράς της, στοιχείο αναπόσπαστο της συμπεριφοριστικής θεραπείας. Η εκπαίδευση στο γνωσιακό μοντέλο συνεχίστηκε καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και μέσω της χρήσης του ημερολογίου (εργασία στο σπίτι) (Χαρίλα, 1998).

5. *Επισήμανση και εκπαίδευση στις γνωσιακές παραποιήσεις καθώς και στον εναλλακτικό τρόπο σκέψης*: Οι συνήθειες γνωσιακές διαστρεβλώσεις που έκανε η Μαρία ήταν η υπεργενίκευση, το διάβασμα της σκέψης, η μεγέθυνση και η σμίκρυνση, καθώς και η διπολική σκέψη (Beck, 1995· Παπακώστας, 1994· Καλαντζή-Αζίζι, 2003). Για να εξακριβώσουμε εάν πράγματι επρόκειτο για γνωσιακές διαστρεβλώσεις της Μαρίας, χρησιμοποιήσαμε την τεχνική της αναζήτησης αποδείξεων, τη σωκρατική (μαιευτική) μέθοδο και τον «καταμερισμό σε κομμάτια της πίτας» (pie-charts) (Καλπάκογλου, 1999· Beck & Freeman, 1990). Η Μαρία κατόρθωσε πολύ γρήγορα μέσα από την καταγραφή του ημερολογίου της να αναγνωρίζει τα γνωσιακά λάθη της και εν συνεχεία να τα αναδομεί χρησιμοποιώντας εναλλακτικούς τρόπους σκέψης. Επιπλέον, για την καλύτερη εξοικείωσή της με το ρόλο των αυτόματων αρνητικών σκέψεων δώσαμε στη Μαρία να διαβάσει κεφάλαια από το βιβλίο του Beck *Δεν αρκεί μόνο η αγάπη* (Beck, 1996). Κατά την πορεία των συναντήσεών μας επιτεύχθηκε κατά πολύ η μείωση των καταστροφικών της σκέψεων και η αντικατάστασή τους από άλλες πιο ρεαλιστικές.
6. *Εκπαίδευση διεκδικητικής συμπεριφοράς*: Πριν προβούμε σε οποιαδήποτε εκπαίδευση υιοθέτησης διεκδικητικής συμπεριφοράς, παρείχαμε στη Μαρία το κί-

νητρο για αλλαγή (Καλαντζή-Αζίζι, 2002). Μέσα από την τεχνική «συν και πλν» (Καλπάκογλου, 1999) η Μαρία κατανόησε ότι ένα μεγάλο μέρος του προβλήματός της οφειλόταν στην παθητικότητα που τη διακρίνει, αφήνοντας κατ' αυτό τον τρόπο τους άλλους να ρυθμίζουν τη ζωή της. Η εκπαίδευση περιλάμβανε θεωρητικό και πρακτικό μέρος. Στο θεωρητικό διευκρινίστηκε ο όρος «διεκδικητικότητα» και διαφοροποιήθηκε από την «επιθετικότητα» και την «παθητικότητα» (Καλπάκογλου, 1998). Εν συνεχεία, μέσω του παιχνιδιού ρόλων και των κατευθυνόμενων εργασιών (Sperry, 1999), η Μαρία κατόρθωσε να γενικεύσει τη διεκδικητική της συμπεριφορά τόσο στο φιλικό όσο και στο προσωπικό και οικογενειακό της περιβάλλον.

7. *Εντοπισμός των αποφυγών της και συνεχής ενασχόληση με αυτές:* Για την εποικοδομητική αντιμετώπιση των αποφυγών της χρησιμοποιήσαμε το ημερολόγιο καταγραφής γεγονότων, την τεχνική του χειρότερου σεναρίου, το παιχνίδι ρόλων και την αντιστροφή ρόλων, την έκθεση στη φαντασία καθώς και την έκθεση στην πραγματικότητα (McMullin, 2000· Καλπάκογλου, 1999). Μέσα από καταστάσεις που ανέφερε η ίδια στη θεραπεία αναδείξαμε το δυσλειτουργικό μηχανισμό της αποφυγής που χρησιμοποιεί. Πώς δηλαδή μια κατάσταση (π.χ. «να ζητήσει από τον πατέρα της να κάνει μαθήματα οδήγησης») προκαλεί την αυτόματη σκέψη (π.χ. «δεν μπορώ να του το ζητήσω, σίγουρα θα μου αρνηθεί»), η οποία εν συνεχεία δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα (π.χ. άγχος), ενώ η αμέσως επόμενη αυτόματη σκέψη («θα του το ζητήσω αύριο») έχει ως συνέπεια συναισθηματικά να την ανακουφίζει προσωρινά και συμπεριφορικά να φεύγει και να ασχολείται με κάτι άλλο

(Beck & Freeman, 1990). Ακόμα της επεξηγήθηκε ο φαύλος κύκλος της χαμηλής αυτοπεποίθησης που τη διακρίνει (Καλπάκογλου, 1997).

Ο εντοπισμός των αποφυγών της (συμπεριφορικά και συναισθηματικά) καθώς και η θετική ενίσχυση συμπεριφορών που οδηγούν στη σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς της (shaping) (Μπουλουγούρης, 1998) έκαναν τη Μαρία να μειώσει κατά πολύ την ποσότητα και τη συχνότητα των αποφυγών της.

8. *Σωματικά συμπτώματα*: Όπως προαναφέρθηκε, η Μαρία είχε ορισμένα σωματικά συμπτώματα τα οποία ναί μεν δεν πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές στον Άξονα Ι, αλλά παρουσιάζονταν κάθε φορά που βίωνε μια απειλητική κατάσταση. Μέσα από έντυπο υλικό η Μαρία κατάλαβε το ρόλο της αδρεναλίνης και τους φαύλους κύκλους που δημιουργούνται (Καλπάκογλου, 1997).
9. *Διερεύνηση σχήματος*: Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι ακόμα ασαφές, ιδιαίτερα στις διαταραχές προσωπικότητας, κατά πόσο μπορούμε να υποστηρίξουμε την εξ ολοκλήρου «εξαφάνιση» του δυσλειτουργικού σχήματος (Beck & Freeman, 1990). Όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι ο θεραπευόμενος, τόσο πιο παγιωμένο είναι το σχήμα του. Εμείς αποπειραθήκαμε να διερευνήσουμε αφενός την πεποίθηση της θεραπευόμενης («αν είμαι ανεπαρκής, τότε θα με απορρίψουν») (conditional belief) και αφετέρου του σχήματός της («δεν αξίζω») μέσα από την τεχνική του κάθετου τόξου (Mc Mullin, 2000· Young, 1990· Beck & Freeman, 1990· Sperry, 1999). Επιπλέον, για την καλύτερη εξοικείωσή της με την έννοια του σχήματος και τις παγίδες που δημιουργούνται εξαιτίας της ενεργοποίησής του δώσα-

με στη Μαρία να διαβάσει κεφάλαια από το βιβλίο του Young *Ανακαλύπτοντας ξανά τη ζωή σας* (Young, 1996). Τέλος, σύμφωνα με τον Young (1990), το σχήμα μπορεί να εκδηλωθεί με τρεις διαφορετικές συμπεριφορές: με συμπεριφορά που επιβεβαιώνει το σχήμα (π.χ. αν το σχήμα είναι εφάμιλλο της αποτυχίας, τότε το άτομο συνεχώς αναλαμβάνει δραστηριότητες στις οποίες αποτυγχάνει), με συμπεριφορά που λειτουργεί ως αναπλήρωση του σχήματος (π.χ. το άτομο με το σχήμα της αποτυχίας δεν παραδέχεται τα λάθη του όταν του τα επισημαίνουν), και με αποφευκτική συμπεριφορά (π.χ. το άτομο με το σχήμα της αποτυχίας αρνείται να αναλάβει καινούριες δραστηριότητες). Η Μαρία λόγω της αποφευκτικής διαταραχής της είναι ευνόητο ότι απέφυγε καταστάσεις που θεωρούσε ότι δεν μπορεί να τις φέρει σε πέρας, εκδήλωνε δηλαδή την αποφευκτική συμπεριφορά.

10. *Οριοθέτηση οικογένειας*: Η επίλυση των προβλημάτων που απασχολούσαν τη Μαρία αναφορικά με την οικογένειά της απαιτούσε τη συμμετοχή όλης της οικογένειας σ' ένα πλαίσιο οικογενειακής θεραπείας. Ο δικός μας ο ρόλος περιορίστηκε στο να μπορέσει η ίδια να λειτουργήσει μέσα σε αυτό το νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον. Εφαρμόζοντας την τεχνική επίλυσης προβλήματος (Καλπάκογλου, 1997· Καλαντζή-Αζίζι, 2002) και την τεχνική του παιχνιδιού ρόλων, η Μαρία κατόρθωσε να βάλει όρια στους γονείς της αναφορικά με το ρόλο της μέσα στην οικογένεια.
11. *Τελική φάση θεραπείας*: Στο τέλος της συνεργασίας μας ασχοληθήκαμε με τα ζητήματα υποτροπής. Λόγω του ότι οι «αποφευκτικοί» θεραπευόμενοι μπορεί πολύ εύκολα να παλινδρομήσουν στη δυσλειτουργική συμπερι-

φορά τους με τον τερματισμό των συνεδριών, ο θεραπευτής καλείται να αφιερώσει αρκετό χρόνο για ζητήματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν το θεραπευόμενο σε υποτροπή (Sperry, 1999). Έτσι αναπτύχθηκαν σενάρια όπου θα ήταν δυνατόν να εμφανιστεί η δυσλειτουργική συμπεριφορά και συζητήθηκαν πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης και συμπεριφοράς (Beck & Freeman, 1990).

[Μέρος 3ο: Τωρινή κατάσταση]

Οι βαθμολογίες της στα ερωτηματολόγια κατά τη λήξη της θεραπείας και κατά την επανεξέταση είναι χαμηλές και δεν εμφανίζεται κανένα στοιχείο ψυχοπαθολογίας. Το συναίσθημά της κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο συναισθήματος και το SCL-90R (βλ. Πίνακες 1 και 2). Η ίδια είναι περισσότερο διεκδικητική, σίγουρη για τον εαυτό της και με αυτοπεποίθηση, όπως δηλώνει και όπως φαίνεται από το ερωτηματολόγιο φόβου και ανασφάλειας και το SCL-90R (βλ. Πίνακες 2 και 3). Ακόμα δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα με τις ήδη υπάρχουσες φιλίες της και έχει κάνει επίσης καινούριες γνωριμίες, γεγονός που διαφαίνεται και μέσα από τη χαμηλή βαθμολογία της στην υποκλίμακα του SCL-90R «Παρανοειδής Ιδεασμός» (βλ. Πίνακα 2). Αναφορικά με τον πατέρα της, η Μαρία κατόρθωσε να μην απειλείται από τυχόν συγκρούσεις τους και να υπερασπίζεται τον εαυτό της, γεγονός που ενισχύεται από τις χαμηλές βαθμολογίες της τόσο στο ερωτηματολόγιο φόβου και ανασφάλειας όσο και στο SCL-90R. Επιπλέον, έχει σταματήσει να παίζει το ρόλο του κηδεμόνα απέναντι στην αδελφή της. Τέλος, έχει συνειδητοποιήσει

της αποφυγές της και οποτεδήποτε βρίσκει ευκαιρία τις αντιμετωπίζει. Γενικότερα η Μαρία μέσα από τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία κατάφερε όχι μόνο να πετύχει τους στόχους της κατά τη λήξη της θεραπείας αλλά και να τους διατηρήσει, γεγονός που συμπεραίνεται άμεσα από τις βαθμολογίες της και στα τέσσερα ερωτηματολόγια κατά την επανεξέταση (βλ. Πίνακες 1, 2 και 3). Είναι αξιοσημείωτο ότι οι βαθμολογίες της σε κάποιες μετρήσεις είναι χαμηλότερες από αυτές κατά τη λήξη της θεραπείας (βλ. Πίνακες 1, 2 και 3). Βέβαια, είναι νωρίς να προβούμε σε οποιοδήποτε συμπέρασμα γιατί έχουν περάσει μόνο επτά μήνες από τη λήξη της θεραπείας. Από την άλλη πλευρά, οι χαμηλές βαθμολογίες κατά την επανεξέταση ενδέχεται και να σημαίνουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής για την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, γεγονός που αντιτίθεται στα σημερινά ερευνητικά δεδομένα (Meyer & Charles, 2000· Alden et al., 2002).

Πίνακας 1
Βαθμολογίες στο Ερωτηματολόγιο Συναισθήματος
και το Ερωτηματολόγιο Ανασφάλειας

Ψυχομετρικά Εργαλεία	1η Μέτρηση (Αρχή θεραπείας)	2η Μέτρηση (Τέλος θεραπείας)	3η Μέτρηση (Επανεξέταση)
Ερωτηματολόγιο Συναισθήματος	17	8	2
Ερωτηματολόγιο Ανασφάλειας	46	30	5

Πίνακας 2
Βαθμολογίες στις υποκλίμακες του SCL-90R

SCL-90R	1η Μέτρηση (Αρχή Θεραπείας)	2η Μέτρηση (Τέλος Θεραπείας)	3η Μέτρηση (Επανεξέταση)
I. Σωματοποίηση	0,58	0,00	0,08
II. Ψυχαναγκαστικότητα – Καταναγκαστικότητα	1,70	0,10	0,10
III. Διαπροσωπική Ευαισθησία	1,78	0,56	0,11
IV. Κατάθλιψη	2,15	0,31	0,31
V. Άγχος	0,90	0,20	0,10
VI. Θυμός – Επιθετικότητα	0,83	0,00	0,17
VII. Φοβικό Άγχος	0,29	0,00	0,00
VIII. Παρανοειδής Ιδεασμός	2,50	0,33	0,00
IX. Ψυχωτισμός	0,80	0,00	0,00
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (GSI)	1,27	0,18	0,10
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων (PST)	55,00	14,00	8,00
Δείκτης ενασχόλησης με θετικά συμπτώματα	2,07	1,14	1,13

Πίνακας 3
**Βαθμολογίες στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου
 Φόβου και Ανασφάλειας**

Ερωτηματολόγιο Φόβου και Ανασφάλειας	1η Μέτρηση (Αρχή Θεραπείας)	2η Μέτρηση (Τέλος Θεραπείας)	3η Μέτρηση (Επανεξέταση)
Φόβος λάθους κριτικής	44	23	4
Φόβος επαφής	44	20	12
Ικανότητα για διεκδικητικότητα	33	44	47
Δυσκολία να λες ΟΧΙ	37	15	7
Αισθήματα ενοχής	12	5	1
Ευπρέπεια	16	6	3

Σύνοψη
Στρατηγικές θεραπείας ατόμων με αποφευκτική διαταραχή
προσωπικότητας (Sperry, 1999)

Φάση	Θεματολογία	Στρατηγική/Τακτικές
Θεραπευτικό συμβόλαιο	1. Πρώιμος τερματισμός 2. Συμπεριφορά «δοκιμής»: Ακύρωση ραντεβού/δυσκολία κανονισμού καινούριου ραντεβού 3. Δυσπιστία για το ενδιαφέρον του θεραπευτή 4. Φόβος απόρριψης 5. Δυσκολία αυτοαποκάλυψης	Αναμονή των δοκιμασιών εκ μέρους του πελάτη
Μεταβίβαση	Δοκιμασία/Υπερβολική εξάρτηση	Αποδοχή και ερμηνεία των συμπεριφορών δοκιμασίας του θεραπευόμενου Τοποθέτηση ορίων στην εξάρτηση
Αντιμεταβίβαση	Απογοήτευση και ανημποριά Μη ρεαλιστικές προσδοκίες	Παρατήρηση
Ανάλυση προτύπων συμπεριφοράς	Πρόκληση: στενών σχέσεων και κοινωνικής εικόνας	
Αλλαγή προτύπων συμπεριφοράς	Θεραπευτικοί στόχοι: Περισσότερο δεκτικός σε επανατροφοδότηση Εμπιστεύεται περισσότερο το θεραπευτή	
Σχήματα	Ανεπάρκεια/Ντροπή Κοινωνική αποφυγή-απομόνωση	Στρατηγική αλλαγής σχήματος Στρατηγική ερμηνειών
Στυλ/Δεξιότητες		
1. Συναισθηματικότητα	Υπερευαισθησία και ανησυχία	Ρύθμιση συναισθήματος
2. Συμπεριφοριστικό – διαπροσωπικό στυλ	Αποφυγή/Απόσυρση Ντροπαλότητα και έλλειψη διεκδικητικότητας	Εκπαίδευση στις διαπροσωπικές δεξιότητες Εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά
3. Γνωστικό στυλ	Υπερεργήγηση	Εκπαίδευση στη μείωση της ευαισθησίας
Διατήρηση/Διακοπή	Αποφυγή προσωπικής εργασίας Άγχος και διφορούμενα συναισθήματα για τη διακοπή	Καταγραφή ημερολογίου/ μείωση της συχνότητας των συνεδριών

Βιβλιογραφία

- Alden, L.E., Laposa, S.M., Taylor, C.T., & Ryder, A.G. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16 (1), 1-29.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4η έκδ.). Washington, DC: Αυτοέκδοση.
- Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y. Guilford Press.
- Beck, A., & Steer, R.A. *Beck Depression Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T. (1996). *Δεν αρκεί μόνο η αγάπη* (μτφρ. Χ. Μουτζούκης, επιμ. Γ. Σίμος). Αθήνα: Πατάκη.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Ευθυμίου, Κ. (2004). *Στάθμιση του Ερωτηματολογίου Φόβου και Ανασφάλειας (Der Unsicherheitsfragebogen) σε ελληνικό πληθυσμό*. Υπό έκδοση.
- Ευθυμίου, Κ. (2004). *Στάθμιση της κλίμακας ανασφάλειας (Der Fehlschlagangst-Fragebogen) σε ελληνικό πληθυσμό*. Υπό έκδοση.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1990). Οι σχέσεις θεραπευτού-πελάτη στις θεραπείες της συμπεριφοράς. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 30, 90-99.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., & Ευσταθίου, Γ. (2002). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση: Ένα μοντέλο κλινικής πρακτικής και εκπαίδευσης Ειδικών Ψυχικής Υγείας και Εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (Επιμ. Έκδ.) (2003). *Πανεπιστημιακές σημειώσεις «Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές Ψυχοθεραπείες»*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Αθηνών.

- Καλπάκογλου, Θ. (1997). *Άγχος και πανικός: Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλπάκογλου, Θ. (1998). Εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά. Στο Γ. Μπουλουγούρης (Επιμ. Έκδ.), *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλπάκογλου, Θ. (1999). Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία. Στο Π. Ασημάκης (Επιμ. Έκδ.), *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα: Από τη θεωρία στην εφαρμογή* (σελ. 283-305). Αθήνα: Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης.
- Meyer, B., & Carver, C.S. (2000). Negative childhood accounts sensitivity and pessimism: A study of avoidant personality disorders features in college students. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 233-248.
- Meyer, B. (2002). Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16 (2), 174-188.
- Ο'Brien, W., & Haynes, S. (1997). Αξιολόγηση της συμπεριφοράς. Στο L. Heiden & M. Hersen (Επιμ.), Α. Καλαντζή-Αζίζι & Φ. Αναγνωστόπουλος (Επιμ. Έκδ.), *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία* (σελ. 157-204). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπουλουγούρης, Γ. (1998). Μεταβίβαση και θεραπευτική σχέση. Στο Γ. Μπουλουγούρης (Επιμ. Έκδ.), *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας* (σελ. 45-68). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπουλουγούρης, Γ. (1992). Συμπεριφεριολογική ανάλυση και σχεδιασμός θεραπευτικής προσέγγισης. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Ν. Δέγληρης (Επιμ. Έκδ.), *Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- McMullin, R. (2000). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York: Norton.
- Ντώνιας, Σ., Καρασεργίου, Α., & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
- Παπακώστας, Ι. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality*

- disorders: Highly effective interventions for the most common personality disorders*. N. York: Taylor and Francis Group.
- Ullrich, R., & Ullrich de Muynck, R. (1977α). *Der Fehlschlagangst-Fragebogen*. München: Pfeiffer.
- Ullrich, R., & Ullrich de Muynck, R. (1977β). *Der Unsicherheitsfragebogen*. München: Pfeiffer.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Young, J.E., & Klosko, J.S. (1996). *Ανακαλύπτοντας ξανά τη ζωή σας* (μτφρ. Ν. Χήρα, επιμ. Γ. Σίμος). Αθήνα: Πατάκι.
- Χαρίλα, Ν. (1998). Γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς. Στο Γ. Μπουλουγούρης (Επιμ. Έκδ.), *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας* (σελ. 113-124). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΚΡΙΣΕΙΣ

Σχολιασμός περιστατικού «γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία σε περίπτωση παιδιού με επιλεκτική βωβότητα»

Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

Είναι πολύ ενδιαφέρουσα η περίπτωση του κοριτσιού ηλικίας εννέα ετών που πάσχει από καθαρή επιλεκτική βωβότητα, το οποίο σε σχέση με το φύλο και την ηλικία του ανήκει σε πληθυσμιακή ομάδα υψηλού κινδύνου για τη διαταραχή αυτή, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα.

Η ανάλυση της περίπτωσης που στηρίχθηκε «στα προβλήματα που αφορούν το συγκεκριμένο παιδί» και στη σχέση τους με «τα προβλήματα που αφορούν τους γονείς» είναι η ενδεδειγμένη και έχει ως αποτέλεσμα την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων τις οποίες εφάρμοσε η ψυχοθεραπεύτρια και στο σπίτι και στο σχολείο.

Επιπλέον θα ήταν χρήσιμη μια σαφής διαγραμματική ανάλυση της περίπτωσης σε ό,τι αφορά την αλληλεπίδραση γονέων-παιδιού, η οποία θα οδηγούσε και σε μια συνοπτική ερμηνεία της εμφάνισης του προβλήματος. Θα πρότεινα την ανάλυση SORCK των Kanfer και Saslow.

Επίσης, μια διεξοδική περιγραφή της εκπαίδευσης των γονέων στη διαχείριση του άγχους, στη μείωση των καταναγκαστικών συμπεριφορών και στην αύξηση των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού, καθώς και των «σωστών»

(όπως τις περιγράφει) ενισχύσεων της δασκάλας την κατάλληλη στιγμή θα πλούτιζαν την εικόνα τής αποδεδειγμένα αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης που εφαρμόστηκε.

Σχολιασμός περιστατικού «περιγραφή ατομικής περίπτωσης με προβλήματα σχετικά με το πένθος και άλλες οικογενειακές δυσκολίες»

Μαρία Ζαφειροπούλου

Η απώλεια ενός προσφιλούς προσώπου είναι ένας από τους πλέον αγχογόνους παράγοντες στη ζωή του ανθρώπου.

Αν και πολύ επώδυνη, η διαδικασία του πένθους για τους περισσότερους από μας εκτυλίσσεται ομαλά, και έτσι σύντομα βγαίνουμε από αυτή τη φυσιολογική διαδικασία με ομαλό και υγιή τρόπο, ενώ η ζωή μας επανέρχεται σταδιακά στους κανονικούς της ρυθμούς. Κάποιοι όμως δεν συνέρχονται σχεδόν ποτέ. Αυτοί είναι συνήθως οι άνθρωποι στους οποίους δεν παρασχέθηκε η στήριξη που χρειάζονταν ώστε να ξεπεράσουν τον πόνο της απώλειας. Αισθάνονται εγκλωβισμένοι στη θλίψη τους, μια κατάσταση που αποτελεί το θεμέλιο των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας που συνήθως ακολουθούν την απώλεια.

Η αποφυγή συναισθημάτων που συνοδεύουν την απώλεια και το πένθος συγκαταλέγονται μεταξύ των προειδοποιητικών χαρακτηριστικών της δυσλειτουργικότητας. Συχνά η οικογένεια, στην προσπάθειά της να «προστατεύσει» τα ευπαθέστερα μέλη της –τα παιδιά κυρίως– από την επώδυνη εμπειρία της απώλειας και του πένθους, χρησιμο-

ποιεί στρατηγικές που προωθούν την αποφυγή και ως εκ τούτου αυξάνουν τις πιθανότητες για μια προβληματική διαδικασία πένθους και επαναπροσαρμογής.

Τα παιδιά πενθούν όπως ακριβώς και οι ενήλικες, και είναι αναγκαίο να περάσουν από αυτή τη διαδικασία. Η προσπάθεια αποφυγής της οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που προσδοκούν όσοι (συνήθως οι γονείς) την επιχειρούν. Βέβαια, τα παιδιά αντιμετωπίζουν την απώλεια και το πένθος πολύ διαφορετικά από ό,τι οι ενήλικες. Υπάρχει επίσης διαφοροποίηση μεταξύ των διαφόρων εξελικτικών σταδίων. Τα μεγαλύτερα παιδιά συνήθως αποσύρονται, αν και κάποιες φορές εκδηλώνουν και έντονες εξωτερικευμένες μορφές συμπεριφοράς.

Το πένθος επομένως είναι μια εμπειρία που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με μεγάλο σεβασμό.

Αν και η δοκιμασία στην οποία υποβάλλεται κανείς κατά τη διάρκεια του πένθους είναι πολύ οδυνηρή, το πένθος που αποφεύγεται ή που δεν βιώνεται είναι περισσότερο οδυνηρό, διότι δεν θα οδηγήσει ποτέ στη λύση του. Άρα η οικογένεια οφείλει να αναγνωρίζει και να σέβεται το δικαίωμα των μελών της να πενθούν και μάλιστα το καθένα με το δικό του τρόπο. Ανάλογος σεβασμός απαιτείται και από τον ψυχολόγο που αναλαμβάνει τη διαχείριση προβλημάτων πένθους.

Διαβάζοντας με προσοχή την παρούσα μελέτη περίπτωσης διαπιστώνουμε ότι η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση που υιοθετήθηκε έλαβε υπόψη της όλα τα παραπάνω και αντιμετώπισε τα προβλήματα πένθους της νεαρής Ελευθερίας με τον απαιτούμενο σεβασμό.

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να επισημάνω δύο-τρία χαρακτηριστικά στοιχεία της μελέτης. Κατά την άποψή μου, αξίζει να τονιστεί ιδιαίτερα η προσοχή που δόθηκε κατά τη

θεραπευτική διαδικασία στο εξελικτικό στάδιο της Ελευθερίας.

Λόγω της εφηβικής της ηλικίας οι δυσκολίες πένθους που αντιμετώπιζε πλαισιώνονταν και από έναν αριθμό άλλων προβλημάτων, τα οποία συνήθως χαρακτηρίζουν την εφηβεία και αναπόφευκτα δυσχέραιναν την ήδη επιβαρνημένη κατάστασή της. Επίσης, ως έφηβη είχε απόλυτη ανάγκη την εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και τη δημιουργία συμμαχίας, πράγμα που επιτεύχθηκε.

Θα πρέπει επίσης να υπογραμμιστεί ο σεβασμός που επιδείχθηκε στους ρυθμούς της νεαρής θεραπευόμενης. Στους εφήβους θα πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη ο χρόνος που διαθέτουν και ο τρόπος με τον οποίο τον διαχειρίζονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Ιδιαίτερα κατά τη διαδικασία του πένθους ο χρόνος είναι μια εξαιρετικά σημαντική παράμετρος και κάθε προσπάθεια παραβίασής του (π.χ. επίσπευση της διαδικασίας) οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα.

Σχολιασμός περιστατικού «μετέφηβος με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία»

Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

Πρόκειται για μια ιδιαίτερα καλή παρουσίαση αντιμετώπισης ενός τέτοιου περιστατικού. Κάνει εκτενή θεωρητική τοποθέτηση και καλή ανάλυση του περιστατικού με ένα εντυπωσιακό διάγραμμα διαγνωστικής διατύπωσης του προβλήματος, γεγονός που οδηγεί σε αποτελεσματική θεραπευτική πρόταση με θετικό αποτέλεσμα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Απόδειξη άλλωστε της επιτυχίας της θεραπευτικής παρέμβασης είναι και η διατήρηση και γενίκευση της επίδρασής της στις τρεις αναμνηστικές συνεδρίες κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Το μόνο στοιχείο που θέλω να παρατηρήσω σχετίζεται με την ιδιαίτερη ενασχόληση του θεραπευτή με το διαγνωστικό όρο της «αποφευκτικής προσωπικότητας», όπως ορίζεται στα DSM-III και IV και τις αλληλοεπικαλύψεις του με φοβίες, το γενικευμένο άγχος και την εξαρτητική συμπεριφορά.

Το γεγονός και μόνο ότι χρειάζεται κάθε τόσο να γίνονται αναθεωρήσεις των DSM δείχνει ότι οι διαταραχές που παρατηρούνται στο συγκεκριμένο θεραπευόμενο δεν μπορούν να οριστούν απόλυτα και μάλιστα να τοποθετηθούν

σε ορισμούς κάποιων ειδών προσωπικότητας που ενέχουν και την έννοια του αμετάβλητου. Ο γνωσιακός-συμπεριφορικός θεραπευτής έχει στη διάθεσή του τα θαυμάσια εργαλεία της γνωσιακής και συμπεριφορικής ανάλυσης του περιστατικού, τα οποία μαζί με τα σημαντικά γεγονότα-ορόσημα του ιστορικού του ολοκληρώνουν την ερμηνευτική διαδικασία. Με την ολοκλήρωση της ερμηνείας οδηγούμαστε στην κατάλληλη θεραπευτική πορεία για το περιστατικό, το οποίο κάθε φορά είναι μοναδικό. Ο γνωσιακός-συμπεριφορικός θεραπευτής δεν έχει ανάγκη το DSM για να του πει τι στόχους θα θέσει. Επισημαίνω μάλιστα τον κίνδυνο να επηρεασθεί ο ίδιος ο θεραπευτής και να κρατήσει μια προκαθορισμένη στάση απέναντι στον «ετικετοποιημένο» από το DSM θεραπευόμενο του.

Σχολιασμός περιστατικού «διαλεκτική συμπεριφοριστική θεραπεία σε περιστατικό με μεταιχμιακή (οριακή) διαταραχή προσωπικότητας»

Κωνσταντίνος Παπασταμάτης

Η ψυχοθεραπεία θεραπευόμενων με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας θέτει πολύ συχνά το θεραπευτή μπροστά στις προκλήσεις των επιστημονικών, πνευματικών και ψυχικών του ορίων. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή αντιλαμβάνονται την ψυχοθεραπευτική διεργασία όχι μόνο ως μια προσπάθεια τροποποίησης συμπεριφορών και διαστρεβλωμένων τρόπων σκέψης και αντιλήψεων αλλά και ως ένα εγχείρημα αλλαγής ολόκληρου του εαυτού τους όπως είναι και όπως τον ήξεραν από πάντα. Γι' αυτό δύσκολα εισέρχονται σε θεραπεία.

Στις περιπτώσεις που το αποφασίζουν —συνήθως όταν βιώνουν καταθλιπτικά ή αγχώδη συναισθήματα— έχοντας την παραπάνω πεποίθηση, και επειδή ταυτόχρονα η γκάμα των ψυχοπαθολογικών στοιχείων του χαρακτήρα τους και των προβλημάτων τους που εγείρονται από την επαφή τους με το εξωτερικό περιβάλλον είναι εκτεταμένη και πολύπλοκη, η ψυχοθεραπεία μαζί τους διευρύνεται χρονικά, πολλές φορές συναντά σημαντικές δυσκολίες και απαιτεί αναμφίβολα πολλές και υψηλής ποιότητας δεξιότητες εκ μέρους του θεραπευτή για τη «διαχείριση»

των σύνθετων ζητημάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκειά της.

Στο συγκεκριμένο περιστατικό δόθηκε προφανώς ο κατάλληλος ρυθμός στην ψυχοθεραπευτική πορεία αλλαγών και επίτευξης στόχων του ασθενούς και αυτό προστάτευσε αποτελεσματικά τη θεραπεία από τον αυξημένο κίνδυνο διακοπής της, κάτι πολύ γνώριμο στη συνεργασία με αυτούς τους θεραπευόμενους.

Ταυτόχρονα αξιοποιήθηκε με τον καλύτερο τρόπο το συγκεκριμένο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, στο οποίο, επειδή κυριαρχούν οι συμπεριφορικού τύπου παρεμβάσεις και στόχοι, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της θεραπείας, οι προτάσεις για αλλαγές θεωρήθηκαν λιγότερο απειλητικές (σε σύγκριση με τις γνωσιακού τύπου, όπου εμπλέκονται και τυγχάνουν διαπραγμάτευσης περισσότερο οι σκέψεις και τα συναισθήματα). Αυτό συνέβαλε αποφασιστικά στην εδραίωση της θεραπείας μέσα από τα πρώτα θετικά αποτελέσματα.

Παράλληλα διαμορφώθηκε μια λειτουργική θεραπευτική σχέση με την ύπαρξη ενσυναίσθησης και υποστήριξης από την πλευρά του θεραπευτή, κάτι αρκετά δύσκολο και επίπονο και για τα δύο μέρη, αν σκεφθούμε ότι ειδικά στις ψυχοθεραπείες διαταραχών προσωπικότητας είναι σχεδόν κανόνας τα σχήματα του θεραπευόμενου να είναι συστηματικά ενεργοποιημένα κατά το χρόνο της θεραπείας, κάτι που με τη σειρά του «διεγείρει» και τα σχήματα του θεραπευτή.

Ίσως θα ήταν χρήσιμο η θεραπεία να τελειώσει με έναν ακόμα πιο σταδιακό τρόπο, πραγματοποιώντας περισσότερες συνεδρίες σε προοδευτικά αραιούμενα χρονικά διαστήματα.

Χωρίς αμφιβολία έγινε μια σύνθετη και άρτια θεραπευτική παρέμβαση σε ένα τόσο δύσκολο ψυχιατρικό πρόβλημα.

Σχολιασμός περιστατικού «αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας»

Αναστασία Καλαντζή-Azizi

Πρόκειται για μια ενδιαφέρουσα περίπτωση μιας νέας φοιτήτριας η οποία αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα στις κοινωνικές της σχέσεις. Αυτά οφείλονται εν μέρει και στη μεταβατική ηλικιακή φάση (μετεφηβεία) που διανύει. Είναι πολύ σημαντικό ότι θέλησε να καταπολεμήσει τα προβλήματα της σχετικά νωρίς, διότι εάν αφεθούν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παγίωσης και επαύξησής τους.

Έγινε μια εμπειριστατωμένη ανάλυση της συμπεριφοράς, γεγονός που διαφώτισε την οικογενειακή δυσλειτουργία και το ρόλο της θεραπευόμενης μέσα στο οικογενειακό της σύστημα. Πιστεύω ότι αυτή ακριβώς η ανάλυση του ιστορικού εμπλούτισε τη θεραπευτική διαδικασία και η παρέμβαση δεν παρέμεινε σε ένα πρώτο ψυχοεκπαιδευτικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση μόνο των κοινωνικών συμπεριφορών. Επιπλέον, οι γνωσιακές παραποιήσεις τού σήμερα ερμηνεύτηκαν σε σχέση με το ατομικό ιστορικό, γεγονός που απαντά και στο πιεστικό ερώτημα των θεραπευόμενων «γιατί σε μένα».

Θεωρώ ότι η ανάγνωση σχετικής βιβλιογραφίας χειριδίων αυτοεκπαίδευσης είναι πολύ επιβοηθητική για τη θετική πορεία της θεραπείας, κυρίως όταν πρόκειται για θεραπευόμενους με υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

Θα μπορούσε ίσως να γίνει περισσότερη επεξεργασία στο κομμάτι της οριοθέτησης της οικογένειας μέσω καταγραφών σε ημερολόγιο των καθημερινών καταστάσεων που διαδραματίζονται στο σπίτι.

Γενικά, πιστεύω ότι έγινε μια σοβαρή ψυχοθεραπευτική δουλειά. Θα πρότεινα να πραγματοποιηθούν μερικές συνεδρίες σε αραιά διαστήματα (ένα μήνα, τρεις μήνες, έξι μήνες) για καλύτερη διευθέτηση της πρόληψης των υποτροπών.

Η παρουσίαση κλινικών περιστατικών ολοκληρώνει μια επιτυχημένη εκπαίδευση στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, αποτελεί όμως και βασικό στοιχείο της διά βίου εκπαίδευσης των θεραπευτών. Οι γραπτές παρουσιάσεις πρέπει να δομούνται με αυστηρά καθορισμένο τρόπο ώστε να αποδεικνύουν ότι ο υποψήφιος ψυχοθεραπευτής είναι σε θέση να βελτιώσει θεωρίες και τεχνικές που διδάχθηκε.

Με αυτό το σκεπτικό παρουσιάζονται πέντε κλινικά περιστατικά, τα οποία καταδεικνύουν τη δομή και την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης παρέμβασης. Εκτός από τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να διέπουν τη δομή μιας εργασίας, αναλύονται επιπλέον οι βασικές αρχές του μοντέλου και περιγράφονται κλασικές συμπεριφοριστικές τεχνικές αλλά και νεότερες τεχνικές από το γνωσιακό χώρο.

Το βιβλίο απευθύνεται σε εκπαιδευόμενους και εν ενεργεία ψυχοθεραπευτές, αλλά και σε όσους ασχολούνται γενικότερα με τη θεραπευτική εργασία και έρευνα (ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς, νοσηλευτές κ.λ.π.).