

Αθήνα 22-09-2014

**Διαταραχές προσωπικότητας-
Παρανοειδής-Σχιζοειδής-Σχιζότυπη-
Αποφευκτική-Εξαρτητική-Ιδεοψυχαναγκαστική
διαταραχή προσωπικότητας**

Ιωάννα Καζάνη

Βασιλική Σπανού

Νικόλαος Τριπόδης

ISBN: 978-618-81539-0-5

**Διαταραχές προσωπικότητας-
Παρανοειδής-Σχιζοειδής-Σχιζότυπη-
Αποφευκτική-Εξαρτητική-Ιδεοψυχαναγκαστική
διαταραχή προσωπικότητας**

Συγγραφείς:

Ιωάννα Καζάνη, Παιδοψυχίατρος

Βασιλική Σπανού, Ψυχολόγος

Δρ. Νικόλαος Τριπόδης, Σχολικός Σύμβουλος

Επιμέλεια κειμένου:

Εύα Σκλάβου, Αρχαιολόγος

Διαταραχές προσωπικότητας

▪ Γενικά για τις διαταραχές προσωπικότητας

Το ανθρώπινο είδος κατά την διάρκεια της εξέλιξής του εμφάνισε ένα σύνολο προτύπων λειτουργίας, τα οποία περιελάμβαναν ποικίλες συμπεριφορές όπως η ανταγωνιστικότητα, η εξαρτητικότητα, η καχυποψία, η δραματοποίηση, η άσκηση ελέγχου, η απομόνωση, η υπερτίμηση του εαυτού κ.α.(13) Κάθε άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του αναπτύσσει τη δική του προσωπικότητα, η οποία αντανακλά τον χαρακτηριστικό τρόπο που σκέπτεται για τους ανθρώπους γύρω του και για τον εαυτό του, τον τρόπο που αισθάνεται, συμπεριφέρεται, αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της ζωής, και σχετίζεται με τα περιβάλλοντα πρόσωπα.(2,6,10,12)

Καθένας από εμάς μπορεί να χρησιμοποιεί διαφορετικές στρατηγικές για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις της ζωής του και μάλιστα με τρόπο λειτουργικό και προσαρμοστικό. Πολλά στοιχεία της προσωπικότητας μπορούν να είναι ιδιαίτερα λειτουργικά, όπως η ανταγωνιστικότητα στον αθλητικό χώρο.(13) Κάποια άλλα όμως μπορεί να οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικούς και άκαμπτους τρόπους συμπεριφοράς και να εμποδίσουν σε μεγάλο βαθμό την σωστή λειτουργία του ατόμου σε επίπεδο προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό προκαλώντας συναισθήματα πόνου, λύπης και έντονου άγχους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, αυτά τα χαρακτηριστικά αποκαλούνται Διαταραχές της Προσωπικότητας.(2,6,10,12 12)

Σύμφωνα με τον Frances (1980) πρόκειται για τις ακραίες εκφράσεις των βασικών φυσιολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (π.χ. ειλικρίνεια, επιθετικότητα, ευαισθησία), που είναι παρόντα σε κάθε άτομο, αλλά στις περιπτώσεις των διαταραχών φθάνουν σε σημείο υπερβολής.(6,10,14) Συνεπώς, τα άτομα που παρουσιάζουν Διαταραχές Προσωπικότητας, μπορεί να διακρίνονται από τα ίδια στοιχεία προσωπικότητας που συναντάμε και στους εαυτούς μας και στους γύρω μας κατά κόρον, όμως εμφανίζουν την τάση να υπερχρησιμοποιούν ένα μικρό αριθμό στρατηγικών με τρόπο άκαμπτο, ακόμα και όταν είναι εμφανές ότι κάτι τέτοιο αποβαίνει βλαπτικό για τους ίδιους. Για τους ανθρώπους αυτούς είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτιμήσουν σωστά τις καταστάσεις και να επιλέξουν

τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης μέσα από το πλήρες εύρος των διαθέσιμων στρατηγικών.(Beck, 1996)

Το DSM IV ορίζει τη Διαταραχή της Προσωπικότητας ως τον εκτεταμένα δυσπροσαρμοστικό, άκαμπτο τρόπο με τον οποίο συμπεριφερόμαστε και βιώνουμε εσωτερικές εμπειρίες και ο οποίος διαφοροποιείται κατά πολύ από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τρόπος συμπεριφοράς είναι αισθητός σε κάθε έκφραση της ζωής μας και έκδηλος σε όλους τους τομείς της δραστηριότητάς μας. Παρουσιάζεται στην αρχή της εφηβείας ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, είναι σταθερός στη διάρκεια του χρόνου και σε διαφορετικές καταστάσεις, και εμποδίζει την λειτουργία του ατόμου σε κοινωνικό και σε επαγγελματικό επίπεδο. Τέλος, κάποιες φορές, όχι πάντα, οδηγεί σε συναισθήματα πόνου, άγχους και ψυχικής ταλαιπωρίας.(6,10,14)

Συνήθως, τα άτομα που υποφέρουν από Διαταραχές της Προσωπικότητας δεν αισθάνονται αναστάτωση, δυσφορία ή άγχος και δεν έχουν κίνητρο για να αλλάξουν την συμπεριφορά τους. Δεν χάνουν επαφή με την πραγματικότητα και δεν παρουσιάζουν αποδιοργανωμένη συμπεριφορά.(2,3) Στις περισσότερες διαταραχές, οι ασθενείς αναστατώνονται από τα συμπτώματά τους, τα οποία θεωρούν ξένα, δυστονικά προς ή ασύμφωνα με το Εγώ τους. Αντίθετα, στις Διαταραχές της Προσωπικότητας τα συμπτώματα βιώνονται από τον ασθενή ως συντονικά/σύμφωνα με το Εγώ τους, συνεπώς από την οπτική γωνία του ασθενούς δεν συμβαίνει κάτι ανησυχητικό με τους ίδιους, δεν κάνουν κάτι λάθος. Απεναντίας, θεωρούν ότι τα πράγματα γύρω τους δεν λειτουργούν όπως θα έπρεπε και αισθάνονται ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα να αλλάξουν τον κόσμο, εκτός και αν οι άλλοι γύρω τους αρχίσουν να αλλάζουν συμπεριφορά.(14)

Έτσι, πολύ συχνά οι πάσχοντες αυτοί θα αναζητήσουν ένα περιβάλλον που να είναι συμβατό με τις ιδιαίτερες στρατηγικές που χρησιμοποιούν, ένα περιβάλλον δηλαδή που να μπορεί να τους αντέξει. Αυτό δεν συμβαίνει συχνά και δεν είναι καθόλου εύκολο καθώς τα άτομα αυτά, που όπως προαναφέρθηκε δεν αισθάνονται δυσφορία με την συμπτωματολογία τους, προκαλούν έντονη συναισθηματική δυσφορία και αναστάτωση στα άτομα του περιβάλλοντος στο οποίο ζουν.(3)

Τα βασικά στοιχεία της Διαταραχής της Προσωπικότητας συνοψίζονται ως εξής:

1. Πρώτη εμφάνιση των περισσότερων Διαταραχών της Προσωπικότητας είναι στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, (συνήθως εμφανίζεται στα 18) (14, 10) ενώ κάποιες από αυτές τις διαταραχές μπορεί να είναι εμφανείς ακόμα και στην παιδική ηλικία. Και στις δύο περιπτώσεις όμως, και ανεξάρτητα από το πότε πρωτοεμφανίστηκε, η διαταραχή θα συνεχιστεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.(2,14)
2. Σταθερή από τη στιγμή της εμφάνισής της (δεν υπάρχει συγκεκριμένη περίοδος που να μην είναι παρούσα) (10). Τα στοιχεία της συμπεριφοράς των ασθενών με Διαταραχές Προσωπικότητας μπορεί να είναι κοινά και σε υγιή άτομα. Ο καθένας από εμάς μπορεί κάποια στιγμή της ζωής του να παρουσιάσει κάποια από αυτά τα στοιχεία (π.χ. να είναι αναξιόπιστος ή να αποφεύγει συστηματικά μια κατάσταση). Σε ένα υγιές άτομο, όμως, αυτά τα στοιχεία είναι προσωρινά και εφαρμόζονται σε μια συγκεκριμένη περίοδο της ζωής και σε μια δεδομένη κατάσταση, ενώ στα άτομα που υποφέρουν από Διαταραχή της Προσωπικότητας αυτά είναι προκαθορισμένα και αμετάβλητα στοιχεία της προσωπικότητας τους.(14) Η Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι χρόνια και η προσωπικότητα του ατόμου, αν δεν παρεμβληθεί κάποιο πολύ σημαντικό γεγονός (θεραπεία), παραμένει σταθερή στη διάρκεια της ζωής του, τουλάχιστον όσον αφορά στα βασικά χαρακτηριστικά της.(9,10,17) Στις περισσότερες Διαταραχές της Προσωπικότητας, μειώνεται η ένταση της εκδήλωσής τους με το πέρασμα του χρόνου (ίσως γιατί παρεμβάλλονται τόσο οι εμπειρίες του ατόμου, όσο και οι βιολογικές αλλαγές), αλλά κατά βάση είναι διαρκείς στην εκδήλωσή τους και δεν εμφανίζονται παροδικά ή επεισοδιακά. Επίσης, κάθε συγκεκριμένο σύμπτωμα μπορεί να διαφοροποιείται ως προς το πόσο συχνά εκδηλώνεται μέσα σε μια χρονική περίοδο, αλλά δεν υπάρχει περίοδος της ζωής του ατόμου που να εξαφανίζονται τα συμπτώματα της Διαταραχής της Προσωπικότητας.(10)

3. Αισθητά αποτελέσματά. Οι Διαταραχές επηρεάζουν μια σειρά από προσωπικές, κοινωνικές, και επαγγελματικές καταστάσεις). Οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από μια κλινικά σημαντική δυσπροσαρμοστικότητα που οδηγεί σε συναισθήματα άγχους, πόνου και ψυχικής ταλαιπωρίας και σε ανικανότητα στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα. (10) Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας διαφοροποιούνται από έναν υγιή τύπο προσωπικότητας, από το γεγονός ότι είναι χρόνιες, αλλά και από το ότι οδηγούν σε κατεστραμμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Στοιχεία της προσωπικότητας αρχίζουν να υπονοούν την ύπαρξη και να συνθέτουν την εικόνα κάποιας Διαταραχής της Προσωπικότητας μόνο όταν παρουσιάζονται συχνά και με μεγάλη ένταση και διάρκεια στην έκφρασή τους, τόσο ώστε να εμποδίζουν το άτομο να συνάψει στενές σχέσεις με άλλους γύρω του.(6) Η Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι παρούσα σε πολλές εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, αν και είναι πιθανό να επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό έναν συγκεκριμένο τομέα της ζωής του, αλλά δεν περιορίζεται ποτέ η έκφραση της σε ένα μόνο τομέα. Συχνά, οι αντιδράσεις ενός ατόμου, που αφορούν μια συγκεκριμένη κατάσταση, αποδίδονται λανθασμένα (ακόμα και από ψυχιάτρους) σε στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου και αυτό το λάθος έχει οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις Διαταραχής της Προσωπικότητας. (10) Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας δεν θεωρούνται τόσο σοβαρές όσο άλλες διαταραχές (Σχιζοφρένεια, Αγχώδης Διαταραχές, Διαταραχές του Συναισθήματος), αλλά έχει ειπωθεί από τους Carson & Butcher (1992) ότι τα άτομα, που υποφέρουν από Διαταραχές της Προσωπικότητας, μπορούν να δημιουργήσουν στους γύρω τους τόσες δυσκολίες όσες αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι με της ασθένειά τους. Άνθρωποι, που φροντίζουν ή ζουν με ανθρώπους, που υποφέρουν από Διαταραχές της Προσωπικότητας, χαρακτηρίζουν τους ασθενείς ως ανθρώπους υπερβολικά ενοχλητικούς, απρόβλεπτους και ανθρώπους, που δύσκολα μπορεί κανείς να τους χειριστεί και να τους αντιμετωπίσει σε καθημερινή βάση. Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας, λοιπόν, έχουν αρνητική επίδραση

και αποτελούν πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς και ο βαθμός της δυσλειτουργίας αυτής ποικίλλει και κινείται ανάμεσα σε ασθενείς χαμηλής λειτουργικότητας, που αδυνατούν ακόμα και να διατηρήσουν μια σταθερή δουλειά, και σε ασθενείς υψηλής λειτουργικότητας, που μπορεί να προσαρμόζονται κανονικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, αλλά παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στο να διατηρήσουν ώριμες, υγιείς και ικανοποιητικές σχέσεις.(12,14)

4. Οι άνθρωποι, που υποφέρουν από Διαταραχές της Προσωπικότητας, είναι άκαμπτοι και δεν έχουν καμία ευελιξία.(10) Αυτό όμως ισχύει ως ένα βαθμό και για τα ψυχικά υγιή άτομα: τα στοιχεία της προσωπικότητας του κάθε ατόμου είναι σταθερά στη διάρκεια της ζωής του γιατί άλλωστε αν ήταν οι άνθρωποι τόσο εύκαμπτοι και ευέλικτοι τότε δεν θα ήταν δυνατό να περιγράψουμε την προσωπικότητα κανενός ατόμου. Αυτό που περιγράφει την προσωπικότητα ενός ανθρώπου είναι ο χαρακτηριστικός τρόπος συμπεριφοράς, που συναντάται σε κάθε κατάσταση και περίσταση και ο οποίος είναι πιθανό σε κάποια κατάσταση να είναι δυσλειτουργικός και να μην προάγει την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος. Τα άτομα όμως, που υποφέρουν από Διαταραχή Προσωπικότητας, διαφοροποιούνται από τις υγιείς προσωπικότητες με την παρουσία ενός κλινικά σημαντικού βαθμού δυσπροσαρμοστικότητας, η οποία είναι έκδηλη στη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, στις κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες.(10) Γενικότερα είναι πιθανό, εξετάζοντας τις Διαταραχές της Προσωπικότητας, πολλοί να βρουν κάποια χαρακτηριστικά, που να θυμίζουν δικές τους αντιδράσεις ή την προσωπικότητα συγγενών και φίλων. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο σύνδρομο του φοιτητή της ιατρικής (διαβάζοντας ο φοιτητής έχει την τάση να βλέπει στις περιγραφές των διαταραχών τον εαυτό του την οικογένεια του ή τους φίλους του). Παρότι τα συμπτώματα των Διαταραχών της Προσωπικότητας πλησιάζουν πολύ σε στοιχεία και χαρακτηριστικά, που όλοι έχουμε παρουσιάσει κατά καιρούς και σε διαφορετικό βαθμό ο καθένας, η πραγματική

Διαταραχή της Προσωπικότητας, όμως, χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της υπερβολής στα χαρακτηριστικά που περιγράφονται.(6)

5. Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από το ότι η συμπεριφορά του ατόμου διαφοροποιείται κατά πολύ από τις πολιτισμικές προσδοκίες της κοινωνίας στην οποία ζει. Αυτό δεν σημαίνει ότι κάποια πράξη, που δεν υπόκειται στις πολιτισμικές νόρμες, υποδηλώνει και την ύπαρξη Διαταραχής της Προσωπικότητας. Η διαφοροποίηση από τις πολιτισμικές νόρμες δεν είναι πάντα ένδειξη δυσλειτουργικότητας και η συμμόρφωση προς τις πολιτισμικές νόρμες δεν είναι πάντα υγιής. Αρκετά άτομα, που πάσχουν από Διαταραχές της Προσωπικότητας, μπορεί σε υπερβολικό βαθμό και σε εξεζητημένη μορφή να παρουσιάζουν συμπεριφορές που ενθαρρύνονται και αξιολογούνται θετικά σε μια κοινωνία. Ο λόγος, που υπάρχει στον ορισμό της Διαταραχής της Προσωπικότητας αυτό το στοιχείο, είναι για να τονιστεί το γεγονός ότι μια συμπεριφορά, που φαίνεται δυσπροσαρμοστική και δυσλειτουργική σε μια κουλτούρα, είναι πιθανό να είναι αποδεκτή σε κάποια άλλη κοινωνία με διαφορετική κουλτούρα. Έτσι, οι προσδοκίες και οι νόρμες, που έχει στο μυαλό του ο κλινικός ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος, μπορεί να είναι άσχετες με την κουλτούρα και τις νόρμες της κοινωνίας από την οποία προέρχεται ο ασθενής.(10)

Παρότι οι απαρχές της ενασχόλησης με τις Διαταραχές Προσωπικότητας ουσιαστικά ταυτίζονται χρονικά με την έναρξη της καταγεγραμμένης ιστορίας της ψυχοθεραπείας, το γενικό ενδιαφέρον για τις Διαταραχές Προσωπικότητας είναι σχετικά πρόσφατο.(3) Παρόλα αυτά, στο DSM I περιγράφονταν ήδη 27 Διαταραχές Προσωπικότητας, ενώ στο DSM II συνέχισαν να περιλαμβάνονται 12 από αυτές τις Διαταραχές Προσωπικότητας. Ωστόσο, στις 2 πρώτες εκδόσεις του DSM οι Διαταραχές Προσωπικότητας περιγράφονταν με πολύ γενικούς και ασαφείς όρους. Σαφέστερα κριτήρια και συγκεκριμένα συμπτώματα περιγράφονται στο DSM III, όπου και οι Διαταραχές Προσωπικότητας κωδικοποιούνται για 1^η φορά στον Άξονα II.(13)

Είναι δύσκολο να διαχωρίσει κανείς τις Διαταραχές της Προσωπικότητας και λίγοι είναι οι ασθενείς, που παρουσιάζουν αντιπροσωπευτικό ιστορικό

μιας και μόνο συγκεκριμένης διαταραχής, οι ασθενείς, δηλαδή, που συγκεντρώνουν όλα τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής και κανένα άλλο χαρακτηριστικό κάποιας άλλης διαταραχής.(10) Οι ασθενείς είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά περισσότερων της μίας διαταραχής, και αυτό δημιουργεί προβλήματα τόσο στο να διαγνώσουμε με σιγουριά μια συγκεκριμένη Διαταραχή Προσωπικότητας, αποκλείοντας έστω και την μερική εμφάνιση στοιχείων από άλλες διαταραχές, όσο και στο να κατηγοριοποιήσουμε τους ασθενείς.(2)

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας συνήθως διακρίνονται από τις διαταραχές συμπτωμάτων (τις διαταραχές δηλαδή του Άξονα I), βάσει μιας σειράς γενικεύσεων οι οποίες δεν ισχύουν σε όλες τις περιπτώσεις.(8) Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ισχύουν σε μεγάλο βαθμό αν συγκρίνουμε τις Διαταραχές Προσωπικότητας με μια Αγχώδη Διαταραχή, αλλά όχι αν τις συγκρίνουμε με τη Σχιζοφρένεια (που επίσης κωδικοποιείται στον Άξονα I). Οι γενικεύσεις αυτές θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα ακόλουθα τέσσερα σημεία:

1. Οι Διαταραχές Προσωπικότητας αφορούν σε μακροχρόνια πρότυπα, τα οποία εντοπίζονται ήδη στην εφηβεία και είναι σχετικώς ανεξάρτητα από το κοινωνικό πλαίσιο.
2. Σε αντίθεση με τις διαταραχές συμπτωμάτων, οι Διαταραχές Προσωπικότητας είναι συνήθως εγωσυντονικές, δηλαδή το άτομο μπορεί να μην τις θεωρεί πρόβλημα.
3. Η θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας είναι πολύ πιο δύσκολη. Συγκριτικά οι διαταραχές συμπτωμάτων είναι εκ φύσεως πιο παροδικές.
4. Οι Διαταραχές Προσωπικότητας είναι «θεμελιώδεις» και αφορούν την ολότητα του ατόμου.(13).

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα των Διαταραχών Προσωπικότητας δεν αφορά τόσο στη σημαντική αλληλοεπικάλυψη με τις διαταραχές του Άξονα I, αλλά στη σημαντική αλληλοεπικάλυψη μέσα στον ίδιο τον Άξονα II. Ο μέσος όρος διαγνώσεων στον Άξονα II ανά θεραπευόμενο ήταν 2,8 στην έρευνα των Zanarini et al. (1987), ενώ σύμφωνα με τους Widiger et al. (1986) ο μέσος όρος διαγνώσεων ήταν 3,75. Ο Morey (1988) υποστηρίζει ότι η αλληλοεπικάλυψη αυτή επιτάθηκε με την έκδοση του DSM III R και το

πρόβλημα αυτή λήφθηκε σοβαρά υπόψη κατά την αναθεώρηση των κριτηρίων του DSM IV, χωρίς ωστόσο να μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι το πρόβλημα έχει λυθεί.(8)

Οι κύριες αλλαγές στο DSM IV περιορίζονται σε κάποιες αλλαγές στα κριτήρια της Αντικοινωνικής και της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Επίσης η Παθητική-Επιθετική Διαταραχή Προσωπικότητας, η οποία αφορά σε ένα σταθερό πρότυπο στάσεων αρνητισμού και παθητικής αντίστασης προς τις απαιτήσεις για ικανοποιητική απόδοση σε κοινωνικά και εργασιακά πλαίσια, διαγράφηκε από την ταξινόμηση και μεταφέρθηκε στο ειδικό παράρτημα, όπου περιγράφονται διαταραχές για περαιτέρω έρευνα. Στο ίδιο παράρτημα προστέθηκε η Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, η οποία αφορά σε ένα σταθερό πρότυπο καταθλιπτικών γνώσεων και συμπεριφορών.(13)

Το DSM III-R παρουσίαζε μια λίστα από 11 διαταραχές προσωπικότητας, αλλά σύμφωνα με το DSM IV οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι 10 και κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες, οι οποίες καθορίστηκαν βάσει περιγραφικών ομοιοτήτων. Τονίζεται ότι η εγκυρότητα της κατηγοριοποίησης στις 3 αυτές κατηγορίες δεν έχει επιβεβαιωθεί κατά συστηματικό τρόπο και ότι συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ένα άτομο να εμφανίζει ταυτόχρονα Διαταραχές Προσωπικότητας που ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες. Ωστόσο, η σημασία αυτής της κατηγοριοποίησης έγκειται στο ότι οι διαταραχές, που ανήκουν στην ίδια κατηγορία και μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά και συμπτώματα, πιθανόν να παρουσιάζουν κοινά ή παραπλήσια στοιχεία όσον αφορά την αιτιολογία τους, την παθολογία τους ή και τη θεραπεία τους. Η κατηγοριοποίηση έχει ως εξής:

1. Παράξενος - Εκκεντρικός: Παρανοειδής, Σχιζοειδής και Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας
2. Δραματικός - Συναισθηματικός - Παρορμητικός: Μετ αιχμιακή, Δραματική (Ιστριονική), Ναρκισσιστική και Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας
3. Αγχώδης - Φοβικός: Αποφευκτική, Εξαρτητική και Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(10,13)

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας στο DSM-IV ταξινομούνται στον Άξονα II, όπου κωδικοποιούνται και συγκεκριμένα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για τη διάγνωση μιας Διαταραχής Προσωπικότητας.(13)

Η διάγνωση μιας Διαταραχής Προσωπικότητας σπάνια δίνεται σε παιδιά ή εφήβους, καθώς πρέπει να υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποδεικνύουν ότι το παρατηρούμενο πρότυπο δεν περιορίζεται στο συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο.(13) Άλλωστε αυτό προκύπτει και από τον ορισμό του DSM IV, σύμφωνα με τον οποίο τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι τα σταθερά πρότυπα αντίληψης, σχετίζεσθαι και σκέψης για το περιβάλλον και τον εαυτό, τα οποία εκδηλώνονται σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών και προσωπικών πλαισίων. Μόνο όταν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι άκαμπτα, δυσλειτουργικά και προκαλούν σημαντική λειτουργική μειονεξία ή υποκειμενική δυσφορία συνιστούν Διαταραχή Προσωπικότητας.(13) Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι ως Διαταραχή Προσωπικότητας στο DSM IV ορίζεται ένα σταθερό πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς το οποίο αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες, που καθορίζονται από την κουλτούρα του ατόμου, και εκδηλώνεται τουλάχιστον σε δύο από τις παρακάτω περιοχές:

- σκέψη
- συναίσθημα
- διαπροσωπική λειτουργικότητα
- έλεγχο των παρορμήσεων.

Αυτό το σταθερό πρότυπο είναι άκαμπτο και εμμένον σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών και προσωπικών καταστάσεων. Οδηγεί σε κλινικά σημαντική δυσφορία ή μειονεξία στην κοινωνική, την εργασιακή ή σε κάποια άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας. Το πρότυπο είναι σταθερό και χαρακτηρίζεται από μακρά διάρκεια και η έναρξή του ανιχνεύεται τουλάχιστον στην εφηβεία ή στην πρώτη νεότητα (13).

Σημαντικό σημείο στις Διαταραχές της Προσωπικότητας είναι και η εκτεταμένη χρήση αμυντικών μηχανισμών (ασυνείδητες και αυτόματες εσωτερικές διεργασίες, που αποσκοπούν στο να προστατεύσουν το άτομο σε καταστάσεις μεγάλης πίεσης και άγχους). Εξορισμού οι Διαταραχές της Προσωπικότητας είναι ανώριμοι και ανάρμοστοι τρόποι αντιμετώπισης του

άγχους ή επίλυσης των προβλημάτων. (2) Πηγές άγχους, που αναγκάζουν το άτομο να καταφύγει στη χρήση αμυντικών μηχανισμών, μπορεί να είναι εσωτερικές πιέσεις και ένστικτα, όπως και εξωτερικές πιέσεις και απαιτήσεις ή προσδοκίες, που προέρχονται από το περιβάλλον του ατόμου. Οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι μέρος ταυτόχρονα μιας υγιούς και μιας παθολογικής προσωπικότητας. Οι δυσπροσαρμοστικοί αμυντικοί μηχανισμοί, που χρησιμοποιούνται με τρόπο άκαμπτο, σταθερό και αμετάβλητο είναι αυτοί που διαφοροποιούν ένα υγιές άτομο από κάποιον, που υποφέρει από Διαταραχή της Προσωπικότητας (14).

▪ **Διαταραχές προσωπικότητας μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά**

Το DSM IV έχει συμπεριλάβει στην κατηγορία NOS (Not Otherwise Specified) τις Διαταραχές της Προσωπικότητας για τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν μπορούν να αποτελέσουν διαγνωστικά κριτήρια για οποιαδήποτε άλλη Διαταραχή της Προσωπικότητας, τουλάχιστον έτσι όπως αυτές έχουν αναγνωριστεί επίσημα από το DSM IV. Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά είναι αυτές που σε κάθε μελέτη παρουσιάζουν την μεγαλύτερη διαγνωστική συχνότητα από κάθε άλλη Διαταραχή της Προσωπικότητας. Στην κατηγορία αυτή έχει συμπεριλάβει το DSM IV και τα διαγνωστικά κριτήρια δύο Διαταραχών της Προσωπικότητας με τη μορφή συμπληρωματικής υποσημείωσης, και προτείνονται για μελλοντικές έρευνες:

1. Παθητική – Επιθετική / Αρνητισμική Διαταραχή της Προσωπικότητας (passive – aggressive / negativistic personality disorder)
2. Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας (depressive personality disorder).(14)

▪ **Παθητική – επιθετική / αρνητισμική διαταραχή της προσωπικότητας (passive – aggressive / negativistic personality disorder)**

Η Παθητική – Επιθετική Διαταραχή της Προσωπικότητας αφορά σε βαριές και εκτεταμένες εκφράσεις αρνητισμού και παθητικής αντίστασης στην εξουσία, στις απαιτήσεις, στις ευθύνες ή στις υποχρεώσεις. Η διαταραχή αυτή της προσωπικότητας στο DSM-III-R συμπεριλαμβανόταν επίσημα ως διαγνώσιμη διαταραχή, αλλά στο DSM IV έχει συμπεριληφθεί στο Appendix B, γιατί υπήρχαν ελάχιστες έρευνες όσον αφορά στην εγκυρότητα του όρου, και

εκφράστηκαν ανησυχίες και κριτικές ότι τα διαγνωστικά κριτήρια που παρουσιάστηκαν στο DSM-III-R περιέγραφαν μια συμπεριφορά που θα μπορούσε να είναι περισσότερο αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και όχι μια Διαταραχή της Προσωπικότητας, η οποία είναι εκτεταμένη και χρόνια. Δεδομένου λοιπόν ότι στα γενικότερα κριτήρια–προϋποθέσεις για την διάγνωση της Διαταραχής της Προσωπικότητας, ένα από τα βασικότερα σημεία είναι ότι η δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά του ατόμου θα πρέπει να έχει κάνει την εμφάνισή της από νωρίς στη ζωή του ατόμου, από την εφηβική ηλικία, αν όχι από την παιδική, η Παθητική – Επιθετική Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρήθηκε ότι μέχρι να συγκεντρωθούν περισσότερα στοιχεία από έρευνες δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στις επίσημα αναγνωρισμένες διαταραχές.(14)

Κλινική εικόνα - διάγνωση

Τα Διαγνωστικά κριτήρια του ατόμου σύμφωνα με το DSM IV είναι τα εξής:

1. παθητικά αρνείται και αντιστέκεται στο να εμπλακεί σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες ρουτίνας
2. παραπονιέται ότι είναι παρεξηγημένος από τους άλλους, οι οποίοι δεν τον έχουν εκτιμήσει
3. είναι σιωπηλός, ευερέθιστος, κακόκεφος και εριστικός
4. παράλογα και αδικαιολόγητα ασκεί κριτική και εκφράζει περιφρόνηση για οποιαδήποτε μορφή εξουσίας
5. εκφράζει ζήλια και απέχθεια για όσους είναι φανερά πιο τυχεροί από αυτόν
6. εκφράζει υπερβολικά και επίμονα παράπονα ότι είναι άτυχος
7. η συμπεριφορά του εναλλάσσεται ανάμεσα σε επιθετική ανυποταξία, ανυποταγή και ανυπακοή στους νόμους και έντονη μετάνοια για πράξεις του, που έχουν παραβεί τους νόμους, αυτούς που περιφρονεί και κριτικάρει.(14)

Η Παθητική – Επιθετική Διαταραχή της Προσωπικότητας παρατηρείται σε καταστάσεις όπου το άτομο έχει χάσει την ελευθερία του, την υπευθυνότητά του ή το προνόμιο να παίρνει αποφάσεις, στοιχεία που μέχρι πρότινος κατείχε ελεύθερα. Επίσης, παρατηρείται σε καταστάσεις όπου η ανοικτή έκφραση αντιθέσεων, αντιδράσεων ή δυναμικής παρουσίας είναι

χαρακτηριστικά που αποθαρρύνονται. Είναι εξαιρετικά σημαντικό, όταν αυτή η συμπεριφορά παρουσιάζεται σε αυτές τις περιπτώσεις, να εξεταστεί και να επιβεβαιωθεί το γεγονός ότι η συμπεριφορά προϋπήρχε και δεν παρουσιάστηκε για πρώτη φορά, όπως θα πρέπει να εξεταστεί και το αν η συμπεριφορά αυτή είναι έκδηλη και σε άλλες καταστάσεις και εκφράσεις της ζωής του ατόμου, αν θέλουμε να μιλάμε για την πιθανότητα Διαταραχής της Προσωπικότητας.(14)

Διαφορική διάγνωση

Η Παθητική – Επιθετική Διαταραχή της Προσωπικότητας συχνά συγχέεται με την Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, κυρίως γιατί και οι δύο συμπεριλαμβάνουν αρνητισμό και πεσιμισμό. Αυτό που διαφοροποιεί όμως την Παθητική – Επιθετική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι ότι οι πάσχοντες διατυπώνουν δριμεία κριτική περισσότερο για τους άλλους παρά για τον ίδιο τους τον εαυτό. Στην Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας τα άτομα παρουσιάζουν εκτεταμένο και έντονο το συναίσθημα της ενοχής και της μετάνοιας, ενώ στην Παθητική – Επιθετική Διαταραχή της Προσωπικότητας τα άτομα είναι εριστικά, άλλοτε δείχνουν περιφρόνηση και άλλοτε αισθάνονται οι ίδιοι περιφρονημένοι, είναι ανυπάκουοι, ανυπότακτοι και ασυμβίβαστοι όσον αφορά νόμους/κανόνες και αισθάνονται πικρία και θυμό, που ακολουθείται από μια έντονη διάθεση να προσβάλλουν και να μειώνουν τους άλλους.(14)

Πορεία και πρόγνωση

Οι πάσχοντες από Παθητική-Επιθετική Διαταραχή της Προσωπικότητας σαν παιδιά πιθανόν να παρουσίαζαν εναντιωτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα γενικό αρνητισμό, ευερεθιστότητα, εριστικότητα, αντιδραστικότητα, έντονη έκφραση παραπόνων και αντιδράσεων, συνεχή εναντίωση και φιλονικίες και μια απροθυμία συμμόρφωσης σε λογικές υποδείξεις και στην πειθώ. Σαν ενήλικοι, η μεγαλύτερη επίδραση της διαταραχής θα είναι έκδηλη στον επαγγελματικό τους τομέα. Είναι πιθανό να είναι ανεύθυνοι, χαλαροί και αμελείς όπως και εχθρικοί, αρνητικοί και άτομα που συχνά θα αρνούνται να ακολουθήσουν τους κανόνες ή και τις υποδείξεις των ανωτέρων τους. Όσον αφορά στις σχέσεις, η επίλυση διαφορών, διαφωνιών και αντιθέσεων σε διαπροσωπικό επίπεδο είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί οι πάσχοντες έχουν την τάση να κατηγορούν τους άλλους και

να αποδίδουν τις ευθύνες σε οποιονδήποτε άλλο εκτός από τον ίδιο τον εαυτό τους. Το ίδιο ισχύει και για τις σχέσεις τους με συναδέλφους και με φίλους, οι οποίοι τις περισσότερες φορές δεν αντέχουν την ανταγωνιστικότητα και την όλη συμπεριφορά τους και απομακρύνονται. Συχνά, λοιπόν, οι πάσχοντες προβάλλουν διαφωνίες και αντιθέσεις, ασκούν κριτική και είναι σιωπηλοί, ευερέθιστοι και κακόκεφοι, ακόμα και απέναντι σε φιλικά τους πρόσωπα. (14)

Θεραπεία

Είναι σπάνια η περίπτωση τα άτομα αυτά να απευθυνθούν σε ειδικό με σκοπό να σημειώσουν αλλαγές στην προσωπικότητα ή την έκδηλη συμπεριφορά τους. Τις περισσότερες φορές απευθύνονται σε ψυχοθεραπευτές και ζητούν βοήθεια για συμπτώματα που μπορεί να παρουσιαστούν και να έχουν σχέση με κατάθλιψη, άγχος, σωματόμορφες διαταραχές ή προβλήματα στο γάμο, την οικογένεια και την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Η πρωτοβουλία να αναζητήσουν θεραπεία στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν είναι δική τους, αλλά ακολουθεί την προτροπή του συντρόφου, ή του συζύγου, κάποιου συγγενή και κάποιες φορές και του εργοδότη. Θεωρούνται από τις δύσκολες περιπτώσεις στη θεραπεία γιατί είναι άτομα που κατηγορούν εύκολα τους άλλους για τα προβλήματά τους, προβάλλουν συνεχώς αντιρρήσεις αμφισβητώντας τα πάντα, ενώ ταυτόχρονα εκδηλώνουν πεσιμισμό και παθητική αντίσταση στη θεραπεία.

Η γνωστική θεραπεία πιθανόν να είναι η καταλληλότερη για την αντιμετώπιση των λανθασμένων αντιλήψεων, των υποθετικών σκέψεων και της εσφαλμένης απόδοσης ευθυνών, με την προϋπόθεση ότι ο θεραπευτής θα αποφύγει τον κίνδυνο να εμπλακεί σε έντονες και απρόσφορες αντιπαραθέσεις και διαφωνίες με τον ασθενή. Είναι συχνό φαινόμενο οι ψυχίατροι να αισθανθούν απογοητευμένοι, ότι δεν μπορούν να δείξουν υπομονή και ότι θα πρέπει να υπερασπισθούν τον εαυτό τους και όλα αυτά σαν αντίδραση στην αρνητικότητα, την κριτική και τα παράπονα του ασθενούς. Καλό θα ήταν κατά καιρούς, και για όσο αντιμετωπίζει τέτοια περίπτωση, να απευθύνεται σε κάποιο συνάδελφο για συμβουλευτική.

Η θεραπεία ομάδας μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα από τη στιγμή που ο ασθενής δεσμευτεί και αφοσιωθεί στην ομάδα. Τα μέλη της ομάδας μπορούν να του προσφέρουν σταθερή και επιβεβαιωτική ανάδραση και

επανατροφοδότηση όσον αφορά τον αρνητισμό και την παθητική – επιθετική συμπεριφορά τους. Δεν υπάρχει κάποια φαρμακευτική αγωγή για την διαταραχή αυτή.(14)

▪ **Καταθλιπτική διαταραχή της προσωπικότητας (depressive personality disorder)**

Η Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας αφορά σε βαριές και εκτεταμένες σκέψεις και καταθλιπτικές συμπεριφορές, οι οποίες είναι εμφανείς από την εφηβική ηλικία και είναι διάχυτες στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Τα άτομα, που πάσχουν από Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας εκδηλώνουν χαρακτηριστικά συναισθήματα θλίψης, πεσιμισμού, μελαγχολίας, σκέψεις βαθυστόχαστες και την τάση να διαθέτουν πολλές ώρες στο να σκέφτονται αποτυχίες και απογοητεύσεις.

Η διαταραχή αυτή είχε προταθεί να συμπεριληφθεί στο DSM-III και στο DSM-III-R, αλλά εκφράστηκαν ανησυχίες ότι δεν θα ήταν επαρκώς διαφοροποιημένη από την Δυσθυμική Διαταραχή. Τα μέλη της ομάδας του DSM-IV για τη μελέτη των Διαταραχών Συναισθήματος διαπίστωσαν ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας και όχι τα διαγνωστικά κριτήρια για πρώιμα στάδια Δυσθυμικής Διαταραχής. Πάντως το DSM-IV, όσον αφορά στα διαγνωστικά κριτήρια της καταθλιπτικής διαταραχής της προσωπικότητας, παρουσιάζει έλλειψη εμπειρικών δεδομένων που να στηρίζουν την επίσημη και ολοκληρωμένη αναγνώριση της διαταραχής αυτής.(14)

Κλινική εικόνα - διάγνωση

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια των ατόμων σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

1. η συνήθης διάθεσή τους κυριαρχείται από θλίψη, λύπη, έλλειψη χαράς, ευχαρίστησης και ευτυχίας
2. η αντίληψη για τον εαυτό τους περιστρέφεται γύρω από πιστεύω ότι είναι ανίκανοι, άχρηστοι και η αυτοεκτίμησή τους κινείται σε πολύ χαμηλά επίπεδα
3. ασκούν κριτική, αποδίδουν λάθη και φταιξιμο και αμφισβητούν την υπόληψή τους

4. ασχολούνται για πολλές ώρες με θέματα και εμπειρίες που θεωρούν αποτυχίες ή απογοητεύσεις και παραδίδονται στην ανησυχία τους
5. είναι αρνητικοί, ασκούν κριτική και εκφράζουν εκτιμήσεις για τους άλλους
6. είναι πεσιμιστές
7. είναι επιρρεπείς σε συναισθήματα ενοχής και μετάνοιας.(14)

Διαφορική διάγνωση

Η καταθλιπτική, λοιπόν, διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιθανό να συγγέεται με τα αρχικά στάδια της Δυσθυμικής Διαταραχής, τα οποία γίνονταν αντιληπτά σαν καταθλιπτική προσωπικότητα ή χαρακτηριστική κατάθλιψη πριν το DSM-III-R, και εναλλακτικά κριτήρια για τη Δυσθυμική Διαταραχή, που συμπεριλαμβάνονται σε Appendix του DSM-IV, είναι βασισμένα σε έρευνες πάνω στην Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Το DSM-IV αναγνωρίζει ότι πιθανόν να μην υπάρχει ξεκάθαρος διαχωρισμός μεταξύ των δύο διαγνώσεων. Η εκτεταμένη χρήση της έννοιας των πρώιμων σταδίων της δυσθυμίας με την έλλειψη ελέγχου πάνω στη διάθεση δεν εξηγεί επαρκώς γιατί κάποιοι άνθρωποι παρουσιάζουν χρόνιες στάσεις και συμπεριφορές πεσιμισμού, αρνητισμού, ανημποριάς και θλίψης ή λύπης.(14)

Πορεία και πρόγνωση

Στην παιδική ηλικία τα άτομα αυτά, που πάσχουν από Καταθλιπτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, θα ήταν πεσιμιστές, θλιμμένοι, παθητικοί, παραγκωνισμένοι, αποσυρμένοι και απομακρυσμένοι. Η επίδοση στις σχολικές δραστηριότητες θα κινούνταν σε επίπεδα από ελλιπής και ελλειμματική, ως φτωχή και εξαιρετικά χαμηλή. Η συμπεριφορά αυτή θα πρέπει να είναι σταθερή και χωρίς σημαντικές παρεκκλίσεις, τουλάχιστον στα βασικά σημεία της, σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και διάχυτη σε όλες τις πτυχές της καθημερινής του δραστηριότητας.

Οι σχέσεις με συνεργάτες, φίλους και ερωτικούς συντρόφους είναι σταθερά και αμετάκλητα προβληματικές. Οι πάσχοντες είναι θλιμμένοι, λυπημένοι και παρουσιάζουν ευερέθιστη συμπεριφορά στις συναναστροφές τους. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στο να νιώσουν ευχαρίστηση, χαρά ή ικανοποίηση στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Πιθανόν να είναι μοναχικοί και απομακρυσμένοι, αλλά παρουσιάζουν και

σημαντικές ελλείψεις κινήτρων και ενέργειας για να αναζητήσουν ή να διατηρήσουν στενές συναισθηματικές διαπροσωπικές σχέσεις.(14)

Θεραπεία

Οι περισσότεροι πάσχοντες αναζητούν ή παραπέμπονται για θεραπεία κυρίως για την καταθλιπτική τους διάθεση. Είναι πολύ σημαντικό σε αυτές τις περιπτώσεις να αναγνωρίζεται η έκταση στην οποία η καταθλιπτική διάθεση αντικατοπτρίζει την ουσιαστική αντίληψη αυτών των ατόμων για τον εαυτό τους και για τον κόσμο. Ο πεσιμισμός τους δεν σχετίζεται μόνο με μια αδυναμία να ελέγξουν την διάθεσή τους.

Οι γνωστικές-συμπεριφοριστικές θεραπευτικές τεχνικές έχουν να επιδείξουν θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών της Προσωπικότητας. Η πεσιμιστική στάση των ασθενών απέναντι στους εαυτούς τους και το μέλλον τους θα πρέπει να αμφισβητηθεί συστηματικά και να προβληθούν προκλήσεις από την πλευρά του θεραπευτή. Οι ασθενείς πρέπει να εξετάσουν και να ανακαλύψουν το λανθασμένο συλλογισμό, τις παρορμητικές και βασισμένες στις αντιλήψεις τους, και όχι στην αντικειμενική πραγματικότητα, αναφορές, τις επιλεκτικές απόψεις τους και τη λανθασμένη απόδοση ευθυνών. Με αυτό τον τρόπο, μπορεί να ανατραπεί ο πεσιμισμός τους, η θλίψη και η λύπη τους, η διάθεσή τους να κριτικάρουν, και οι αρνητισμικές τους στάσεις.

Οι πάσχοντες ανταποκρίνονται θετικά και σε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία και ειδικότερα στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα.(14)

▪ Θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας

Ζητήματα που σχετίζονται με την θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας

Η ενασχόληση ενός θεραπευτή με ασθενείς που πάσχουν από Διαταραχές Προσωπικότητας μπορεί να φέρει στην επιφάνεια τόσο νομικά όσο και ηθικά ζητήματα. Οι ασθενείς αυτοί έχουν την τάση να αποκρύπτουν στοιχεία από τον θεραπευτή, άλλες φορές εσκεμμένα και άλλες όχι. Τέτοιες διαταραχές είναι κατά βάση συντονικές προς το Εγώ και έτσι συχνά ο ασθενής δεν θεωρεί ότι οι πράξεις του και οι συμπεριφορές του αξίζουν να αναφερθούν, γιατί είναι φυσιολογικές. Επίσης, άλλες φορές μπορεί εσκεμμένα να αποκρύψει πληροφορίες χρήσιμες για τη θεραπεία ή ακόμα και να

διαστρεβλώσει τα γεγονότα για να ελαχιστοποιήσει την δική του ευθύνη και συμμετοχή στην οποιαδήποτε κατάσταση.

Σε τέτοιες περιπτώσεις θα ήταν χρήσιμο ο θεραπευτής να μπορέσει να χρησιμοποιήσει άλλες πηγές πληροφοριών για τον ίδιο τον ασθενή και τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει. Ωστόσο, όσο χρήσιμη και αν είναι η επαφή με συγγενείς και το στενό κύκλο φίλων του ασθενούς, είναι ξεκάθαρο ότι ο θεραπευτής πρέπει να έχει την έγκριση του ασθενούς για να προβεί σε μια τέτοια κίνηση. Η μόνη περίπτωση που επιτρέπεται να επικοινωνήσει ο θεραπευτής με τους συγγενείς του ασθενούς χωρίς την έγκριση του τελευταίου είναι σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως για παράδειγμα η εκτίμηση του θεραπευτή ότι ο ασθενής θα αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.(10)

Ένα άλλο θέμα που προκύπτει σχετίζεται με την εχεμύθεια και το προνόμιο. Ο θεραπευτής δεσμεύεται από το νόμο να μην αποκαλύπτει στοιχεία που εκμυστηρεύεται ο ασθενής στη διάρκεια της θεραπείας. Η μόνη περίπτωση που επιτρέπεται η παραβίαση αυτού του νόμου είναι εκείνη κατά την οποία ο ασθενής με λεπτομέρειες έχει αναφερθεί σε μελλοντική του απόπειρα να βλάψει έναν συγκεκριμένο άνθρωπο τον οποίο έχει κατονομάσει. Τότε ο θεραπευτής καλείται να ακολουθήσει τις οδηγίες Tarasoff και να ειδοποιήσει αρχικά το επικείμενο «θύμα» και στη συνέχεια να ενημερώσει τις τοπικές αρχές για τις προθέσεις του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις ακόμα και αν ο ασθενής επικαλεστεί το προνόμιο ο θεραπευτής είναι καλυμμένος από το νόμο.(10)

Ακόμα, ένα θέμα προκύπτει συχνά στις περιπτώσεις που ο θεραπευτής αντιμετωπίζει ασθενή με Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Οι ασθενείς αυτοί έχουν αρκετά συχνά ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Ο θεραπευτής είναι υποχρεωμένος να μάθει αν ο άνθρωπος αυτός, που κακοποιούσε τον ασθενή σαν παιδί, έρχεται αυτή τη στιγμή σε συχνή επαφή με κάποιο άλλο παιδί. Αν συμβαίνει αυτό, ο θεραπευτής είναι υποχρεωμένος, παρά τις οποιεσδήποτε αντιρρήσεις του ασθενούς ή άλλων, να ειδοποιήσει τις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων.(10)

Όλα αυτά είναι σημαντικά σημεία, τα οποία πρέπει να έχει στο μυαλό του ο θεραπευτής όταν αντιμετωπίζει αυτές τις διαταραχές. Σε πολλές περιπτώσεις, εκτός από τις μεγάλες πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας, υπάρχει και ο κίνδυνος της διάπραξης σοβαρών άλλων εγκλημάτων ειδικά με

τους ασθενείς που πάσχουν από Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(10)

Δυσκολίες στη θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας

Η θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας, πέρα από τα νομικά και ηθικά ζητήματα που προαναφέρθηκαν, εμπειρικλείει και μια σειρά από άλλες δυσκολίες που αφορούν κυρίως στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας αυτής καθαυτής. Οι Beck και Freeman (1990) έχουν αναφερθεί εκτενώς σε αυτές τις δυσκολίες, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα σημεία:

- Σε αρκετές, αν όχι σε όλες, τις περιπτώσεις θεραπείας των Διαταραχών Προσωπικότητας ο ασθενής προσέρχεται μετά από αίτημα των οικείων του ή μετά από παραπομπή και στην ουσία η θεραπευτική διαδικασία δεν είναι ούτε δική του απόφαση ούτε επιλογή του αλλά κάτι που του «επιβάλλεται». Η μη ύπαρξη αιτήματος και κινήτρου για αλλαγή από τον ίδιο τον θεραπευόμενο συνιστά σημαντική δυσκολία για την θεραπευτική διαδικασία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να επιδείξει μεγάλη ευκαμψία για να υποδεχτεί στην θεραπεία έναν ασθενή που προσέρχεται μετά από παρότρυνση τρίτων.
- Ο θεραπευόμενος, κατά την θεραπευτική διεργασία, θα κληθεί να μιλήσει για θέματα, εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα, για τα οποία μπορεί να μην έχει μιλήσει ποτέ ξανά σε κανέναν και τα οποία μέχρι πρότινος μπορεί να απέφευγε ακόμα και να σκεφθεί. Αυτό μπορεί να αποτελέσει μεγάλη δυσκολία για τον ίδιο και να τον εμποδίσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.
- Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας είναι συνήθως χρόνιες και η θεραπεία αναμένεται να έχει όχι μόνο μακρόχρονο χαρακτήρα αλλά και ένα πολύ αργό ρυθμό στην επίτευξη των αλλαγών. Η καθυστέρηση αυτή στο να σημειωθεί εμφανής πρόοδος μπορεί να είναι μια κατάσταση απογοητευτική και αποθαρρυντική όχι μόνο για τον θεραπευτή αλλά και για τον ίδιο τον θεραπευόμενο.
- Ο θεραπευτής που αναλαμβάνει την θεραπεία ενός ασθενούς με Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να μην έχει την ανάλογη

εμπειρία για να διαχειριστεί μια τόσο απαιτητική περίπτωση ψυχοθεραπείας. Ακόμα, μπορεί οι δεξιότητές του να μην επαρκούν για την αντιμετώπιση ενός τέτοιου ασθενούς. Καλό θα είναι αυτό να αναγνωρίζεται από νωρίς από τον ίδιο τον ψυχοθεραπευτή και να γίνεται παραπομπή σε κάποιον πιο έμπειρο συνάδελφο, εξειδικευμένο στη συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία.

- Σημαντική δυσκολία της θεραπείας των διαταραχών αυτών αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία ο ίδιος ο θεραπευτής έχει δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, που προσομοιάζουν σε εκείνες του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το «τυφλό σημείο» της θεραπείας, όπως αποκαλείται, μπορεί να συνιστά τροχοπέδη για την εξέλιξη της θεραπευτικής διεργασίας και την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.
- Στη θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας έχει παρατηρηθεί ότι περισσότερο από ότι σε κάθε άλλη θεραπεία απαντάται μια σημαντική δυσκολία στη συνεργασία του περιβάλλοντος του ασθενούς με την θεραπεία. Οι οικείοι των ασθενών με άμεσους ή έμμεσους τρόπους περνούν στον ασθενή το μήνυμα «μην αλλάξεις». Μπορεί σε ένα πρώτο επιφανειακό επίπεδο να τον ενισχύουν να συνεχίσει να προσέρχεται στη θεραπεία του, αλλά σε ένα δεύτερο βαθύτερο επίπεδο να μην διευκολύνουν ή ακόμα και να σαμποτάρουν τις αλλαγές που υπαγορεύονται στον ασθενή μέσα από τη θεραπευτική διεργασία. Το περιβάλλον με κάποιο τρόπο ανθίσταται στις αλλαγές του ασθενούς και φαίνεται να υπάρχει μια βαθύτερη προσδοκία ή επιθυμία ο θεραπευόμενος να μην αλλάξει, να εμείνει στους παγιωμένους τρόπους συμπεριφοράς του και με άλλα λόγια να αποτύχει η θεραπεία.
- Ορισμένες φορές και ο θεραπευόμενος μπορεί να φοβηθεί την αλλαγή. Η παρούσα κατάσταση, όσο δυσλειτουργική και αν είναι, διατηρεί το στοιχείο της κατάστασης που είναι οικεία στον ίδιο και στο περιβάλλον του και αυτό ίσως να κάνει το ενδεχόμενο της αλλαγής να φαντάζει ανεπιθύμητο και τρομακτικό. Ένα μέρος αυτού του φόβου για αλλαγή μπορεί να σχετίζεται και με το γεγονός ότι ο θεραπευόμενος τρομάζει στην ιδέα ότι ο «αλλαγμένος εαυτός» θα

αξιολογηθεί διαφορετικά από τους άλλους ή ότι οι αλλαγές επάνω του θα έχουν καταστροφικές συνέπειες για τους οικείους του. Κάποιες άλλες φορές βέβαια ο ασθενής θεωρεί ότι οι θεραπευτικοί στόχοι μοιάζουν απλά ανέφικτοι.

- Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει το σωστό timing σε ότι αφορά στις παρεμβάσεις που στοχεύουν στις βαθύτερες πεποιθήσεις του ασθενούς. Θα πρέπει ο θεραπευτής να συγκεντρώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και να δώσει χρόνο στο να διαμορφωθεί η κατάλληλη θεραπευτική σχέση προτού προβεί στην διατύπωση υποθέσεων ή στην εφαρμογή θεραπευτικών τεχνικών, για τις οποίες δεν έχει προετοιμαστεί κατάλληλα ο ασθενής. Αν ο θεραπευτής προχωρήσει σε τέτοια βήματα θεραπείας πρόωρα διατρέχει τον κίνδυνο να αρνηθεί ο θεραπευόμενος να συνεργαστεί ή ακόμα και να διακόψει την θεραπεία.
- Κάποιες φορές η συμπτωματολογία του ασθενούς μπορεί αυτή καθαυτή να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την θεραπευτική διαδικασία. Πεποιθήσεις του ασθενούς, που αφορούν στον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους, δεν εξαιρούν τον θεραπευτή. Έτσι στοιχεία όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης ή η πεποίθηση ότι οι άλλοι συνωμοτούν για να τον βλάψουν μπορούν να μεταφερθούν και στην θεραπευτική σχέση και όπως είναι αναμενόμενο να αποτελέσουν σημαντική δυσκολία στην θεραπευτική διαδικασία.
- Σε κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, η συνεργασία ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο μπορεί να γίνει ιδιαίτερα προβληματική. Οι δυσκολίες μπορεί να αφορούν πρακτικά προβλήματα όπως η καθυστερημένη άφιξη στις συνεδρίες ή η συχνή ακύρωση συνεδριών κ.α. Άλλες φορές οι δυσκολίες αφορούν στην δομή της θεραπευτικής συνεδρίας, όπως η απαίτηση του θεραπευόμενου να επεξεργαστεί θέματα που προκύπτουν την δεδομένη στιγμή και να αναβάλλει την επεξεργασία συνολικότερων, βαθύτερων ζητημάτων, που μπορεί να αφορούν και τις βασικές πεποιθήσεις του, ή ακόμα και η τάση του να παραμελεί να εκτελέσει

το έργο που του έχει ανατεθεί για το σπίτι στο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο συνεδριών κ.α.

Ιδιαιτερότητες της θεραπείας των Διαταραχών Προσωπικότητας

Η θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας θεωρείται ως μια από τις πιο απαιτητικές και πλέον δύσκολες θεραπείες. Ο θεραπευτής θα πρέπει να διαθέτει περισσότερες δεξιότητες, να έχει εμπειρία από θεραπείες της συγκεκριμένης διαγνωστικής κατηγορίας και γενικά να επιδείξει και μεγάλη υπομονή με τους συγκεκριμένους θεραπευόμενους. Έτσι η θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες που αφορούν τόσο σε πρακτικά θέματα, όπως η συχνότητα των συνεδριών και η συνολική διάρκεια της θεραπείας, όσο και σε πιο ουσιαστικά θέματα, όπως η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης, η θεραπευτική συμμαχία, οι στόχοι της θεραπείας κ.α.

Σε ότι αφορά στα πρακτικά ζητήματα, η θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας είναι μακρόχρονη και μπορεί να διαρκέσει από 9 μήνες έως και 2 χρόνια. Δεν αποκλείεται, σε σοβαρότερες περιπτώσεις, να ξεπεράσει και την διάρκεια των 2 ετών. Αυξημένη είναι και η συχνότητα των συνεδριών, δεδομένων των αναγκών και των δυσκολιών της θεραπευτικής αυτής διαδικασίας.(3,4)

Όπως σε κάθε άλλη θεραπευτική διαδικασία, ίσως στην περίπτωση των Διαταραχών Προσωπικότητας ακόμα περισσότερο, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση και διατήρηση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης. Στις συγκεκριμένες διαταραχές είναι ιδιαίτερα σημαντική η θεραπευτική σχέση ακριβώς επειδή οι θεραπευόμενοι εμφανίζουν την τάση να μεταφέρουν και εκεί τους δυσλειτουργικούς τρόπους του σχετίζεσθαι και να μην εξαιρούν τον θεραπευτή τους από τις αρνητικές τους πεποιθήσεις για τους άλλους. Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να ξεχνά πόσο σημαντική είναι η εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και για έναν άλλο λόγο: ο θεραπευόμενος καλείται στην ουσία να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται, συμπεριφέρεται και ερμηνεύει τις καταστάσεις γύρω του, δηλαδή να αλλάξει αυτό που είναι. Αυτός ο τρόπος, όσο δυσλειτουργικός και αν είναι, είναι ο μοναδικός που γνώριζε ως εκείνη τη στιγμή ο ασθενής και η ιδέα και μόνο της αλλαγής αυτής του «εαυτού» προκαλεί έντονο άγχος και ανησυχία. Μόνο μέσα από μια καλή θεραπευτική σχέση θα μπορέσει ίσως ο ασθενής να αισθανθεί ασφάλεια και

εμπιστοσύνη στο να δοκιμάσει έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης, αντίληψης, συμπεριφοράς κ.α.(3,4)

Η θεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας διαφοροποιείται από την θεραπεία των διαταραχών συμπτωμάτων και σε ότι αφορά στους θεραπευτικούς στόχους και τις προσδοκίες θεραπευτή και θεραπευόμενου από την θεραπευτική διαδικασία, αλλά και σε ότι αφορά στις τεχνικές και τις μεθόδους που επιστρατεύει ο θεραπευτής. Για παράδειγμα, στη Γνωσιακή–Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία των Διαταραχών Προσωπικότητας είναι περισσότερο σημαντικό να εστιάσει ο θεραπευτής στην τροποποίηση των βασικών πεποιθήσεων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η αναγνώριση και η αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών σκέψεων δεν θα συνεχίσει να αποτελεί στόχο της ψυχοθεραπείας. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος όμως, η θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει εστιασμένη στο εδώ και τώρα, αλλά να ανατρέξει στο παρελθόν και να εντοπίσει τις εμπειρίες εκείνες από τις οποίες πηγάζουν οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις του ασθενούς, για να μπορέσει στη συνέχεια να αναδομήσει το νόημα των παρελθοντικών αυτών τραυματικών εμπειριών.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει πάντα στο μυαλό του ότι με τους συγκεκριμένους ασθενείς η συμφωνία σε ότι αφορά στους θεραπευτικούς στόχους δεν είναι δεδομένη. Ο θεραπευτής θα πρέπει, πριν προβεί στην διατύπωση των θεραπευτικών στόχων, να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει και να αναγνωρίσει τις βασικές πεποιθήσεις του και τα άκαμπτα πρότυπα συμπεριφοράς και να του εξηγήσει πώς αυτά αποδεικνύονται δυσλειτουργικά για τον ίδιο. Θα πρέπει ο ασθενής να έχει καταλάβει τον τρόπο που οι βασικές αυτές πεποιθήσεις παρεμβάλλονται και διαμορφώνουν το πως ο ίδιος ερμηνεύει τις καταστάσεις γύρω του και αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα.

Είναι απαραίτητο να βοηθήσει ο θεραπευτής τον θεραπευόμενο να δει πώς οι πεποιθήσεις αυτές εγκαταστάθηκαν και ισχυροποιήθηκαν με την πάροδο των ετών, την ίδια στιγμή που οι περισσότερο ρεαλιστικές πεποιθήσεις αποδυναμώνονταν ή απέτυχαν εξαρχής να κατασκευαστούν. Όταν ο θεραπευόμενος φθάσει στο σημείο να κατανοήσει γιατί αισθάνεται ότι οι πεποιθήσεις αυτές είναι αληθινές, τη στιγμή που δεν ανταποκρίνονται στην αλήθεια ή τουλάχιστον δεν αντιπροσωπεύουν όλη την αλήθεια, τότε θα μπορέσει να προχωρήσει ένα βήμα παρακάτω και να διακρίνει τα

πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του να διατηρήσει αυτές τις πεποιθήσεις και του να τις αλλάξει με κάποιες άλλες περισσότερο λειτουργικές.(3,4)

Βιβλιογραφία

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (4TH EDITION). WASHINGTON, DC: ΑΥΤΟΕΚΔΟΣΗ
2. ATKINSON, R.L., ATKINSON R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J. (1993) "INTRODUCTION TO PSYCHOLOGY" USA: HARCOURT BRACE COLLEGE PUBLISHERS (11TH EDITION).
3. BECK, A.T. & FREEMAN, A. (1990). COGNITIVE THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS. NEW YORK: GUILFORD PRESS.
4. BECK, J.S. (1995). COGNITIVE THERAPY: BASICS AND BEYOND. NEW YORK: GUILFORD PRESS.
5. BECK, J.S. (1996). COGNITIVE THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS CITED IN SALKOVSKIS, P.M. (ΕΠΙΜ. ΕΚΔ.) FRONTIERS OF COGNITIVE THERAPY, 165-181. NEW YORK: GUILFORD PRESS.
6. CARSON, R.C. & BUTCHER, J.N. (1992). ABNORMAL PSYCHOLOGY AND MODERN LIFE. GLENVIEW, IL: SCOTT, FORESMAN & CO. 665
7. DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. (1998) "ABNORMAL PSYCHOLOGY" USA: JOHN WILEY & SONS, INC.
8. DERKSEN, J. (1995). PERSONALITY DISORDERS: CLINICAL AND SOCIAL PERSPECTIVES. NEW YORK: WILLEY.
9. DIGMAN, J.M.(1990): PERSONALITY STRUCTURE: EMERGENCE OF THE FIVE-FACTOR MODEL. ANNU REV PSYCHOL.; 41:417-440.
10. ELKIN, O. (1999) 'INTRODUCTION TO CLINICAL PSYCHIATRY" USA: APPLETON N' LANGE (1ST EDITION)
11. FRANCES, A. (1980). THE DSM-III PERSONALITY DISORDERS SECTION: A COMMENTARY. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 137, 1050-1054.
12. GOLDSTEIN, E.B. (1994) "PSYCHOLOGY" USA: BROOKS/COLE PUBLISHING COMPANY
13. ΚΑΛΑΝΤΖΗ-AZIZI, A. (2003). «ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ- ΜΑΘΗΜΑ: ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ / ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ». ΑΘΗΝΑ: ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ. ΣΕΛ. 56-69
14. KAY, J., TASMAN, A., LIEBERMAN, J.A.(2000) "PSYCHIATRY" USA: W.B. SAUNDERS COMPANY.
15. MOREY, L.C. (1988). PERSONALITY DISORDERS IN DSM-III AND DSM-III-R: AN EXAMINATION OF CONVERGENCE, COVERAGE, AND INTERNAL CONSISTENCY. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 145, 573-577.
16. WIDIGER, T., FRANCES, A., WARNER, L. & BLUHM, C. (1986). DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE BORDERLINE AND THE SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDERS. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 95, 43-51.
17. WIGGINS, J.S., PINCUS, AL. (1992): PERSONALITY: STRUCTURE AND ASSESSMENT. *ANNU REV PSYCHOL*; 42:473-504.

18. ZANARINI, M., FRANKENBURG, F., CHAUNCEY, D. & GUNDERSON, J. (1987). THE DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR PERSONALITY DISORDERS (DIPD): INTERATER AND TESTRETEST RELIABILITY. *COMPREHENSIVE PSYCHIATRY*, 28, 467-480.

Παρανοειδής-Σχιζοειδής και Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

▪ Εισαγωγή

Τα συμπτώματα των διαταραχών, που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, παρουσιάζουν κάποιες ομοιότητες με τα συμπτώματα της Υπολειμματικής Σχιζοφρένειας ή της Σχιζοφρένειας σε πολύ αρχικά στάδια.(6) Τα άτομα, που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία διαταραχών, και δεδομένης της φύσης και των συμπτωμάτων της διαταραχής είναι πολύ σπάνιο να ζητήσουν με δική τους πρωτοβουλία τη βοήθεια ειδικών.(11) Η αναζήτηση των αιτιών βασίστηκε στην ιδέα ότι οι διαταραχές αυτές συνδέονται γενετικά με την Σχιζοφρένεια αλλά και με άλλες σοβαρές ψυχικές νόσους. Αυτή την υπόθεση επιβεβαίωσαν μελέτες οικογενειών σχιζοφρενών και άλλων ψυχασθενών. (6)

Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

Η διάγνωση της Παρανοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας τίθεται όταν ένας ασθενής έχει επαναλαμβανόμενες και σταθερές στο χρόνο συμπεριφορές, που χαρακτηρίζονται από:

- συνεχή και μη αιτιολογημένη καχυποψία
- αδυναμία να εμπιστευθεί τους άλλους
- υπερβολική αντίδραση στην κριτική (21)

▪ Επιδημιολογία

Η Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας φαίνεται να είναι πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες.(6,11,21) Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την επικράτησή της στο γενικό πληθυσμό. (21) Η Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρείται από τις συνηθέστερες διαταραχές. Τα ποσοστά που προκύπτουν από τις έρευνες έχουν ως εξής:

- 0.5%-2.5% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό (7) ή 1% σύμφωνα με τον Weissman (1993) ή σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (2004) συν 0,7%-4,3%
- 2%-10% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε όσους ακολουθούν θεραπεία και ζουν μέσα στην κοινωνία
- 10-30% είναι το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε όσους είναι εγκλεισμένοι σε κλινικές και παρακολουθούνται από ειδικούς.(7)

▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της Παρανοειδούς Διαταραχής της Προσωπικότητας είναι μια υπόθεση για την οποία υπάρχουν ενδείξεις. Φαίνεται, επίσης, ότι η οικογενειακή-γενετική σύνδεση της διαταραχής αυτής με την Παραληρητική Διαταραχή είναι πιο ισχυρή από ότι η γενετική σύνδεσή της με την Σχιζοφρένεια.(21)

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, στη διαμόρφωση της εμπειρίας του ασθενούς με Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας έχουν συμμετοχή αμυντικοί μηχανισμοί, όπως η προβολή και η διάσπαση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ο ασθενής, προκειμένου να επιβιώσει ψυχικά, θα διασπάσει την κακή από την καλή εσωτερική ψυχική εμπειρία και θα προβάλλει την επιθετικότητα σε εξωτερικά πρόσωπα. Έτσι ανατρέπεται η ισορροπία μεταξύ «επιθετικότητας» και «θυμάτων», όπως αυτή θα αναγνωριζόταν σε ένα φυσιολογικό εσωτερικό κόσμο ενός ατόμου, και ο ασθενής βιώνει τον εαυτό του μονίμως ως θύμα των εξωτερικών επιθέσεων και διώξεων. Για ορισμένες περιπτώσεις διατυπώνεται και η υπόθεση ότι υπάρχουν και άλλοι αμυντικοί μηχανισμοί που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη των παρανοειδών χαρακτηριστικών όπως η απώθηση, η μεταστροφή στο αντίθετο και η προβολή παθητικών ομοφυλοφιλικών επιθυμιών.(21)

▪ **Κλινική εικόνα – διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Παρανοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV (21):

1. Μη αιτιολογημένη καχυποψία: οι άνθρωποι που υποφέρουν από την Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας είναι αδικαιολόγητα καχύποπτοι. Δεν υπάρχει κάποια βάση σε όσα πιστεύουν και πολλές φορές οι ισχυρισμοί τους δεν έχουν και αντίκρισμα στην πραγματικότητα. Υποπτεύονται ότι οι άλλοι γύρω τους θα τους φερθούν άσχημα, θα τους εκμεταλλευτούν, θα τους βλάψουν, θα τους εξαπατήσουν και θα τους κάνουν κακό. Όλες αυτές οι υποψίες τους οδηγούν σε μια μυστικοπάθεια και σε μια αέναη αναζήτηση ενδείξεων ή αποδείξεων ότι οι άλλοι δολοπλοκούν και αποσκοπούν στην κακοποίηση του ατόμου αυτού.(6,7,9,11,21) Οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις αυτές είναι τόσο έντονες που

κατακλύζουν τον ασθενή και βρίσκουν έκφραση σε όλους τους τομείς της καθημερινής του ζωής, ανεξάρτητα από το αν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα ή είναι προϊόντα της φαντασίας του ασθενούς. (11,21)

2. Αμφιβολία για την αξιοπιστία φίλων ή συνεργατών: οι ασθενείς αυτοί ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με αδικαιολόγητες και ανυπόστατες αμφιβολίες σχετικά με τις φιλικές τους σχέσεις και τις επαγγελματικές τους συνεργασίες και αμφισβητούν την αξιοπιστία των ατόμων που συναναστρέφονται. Οι υποψίες τους συνήθως εστιάζονται στα κίνητρα των άλλων καθώς πιστεύουν ότι οι προθέσεις των γύρω τους είναι κακοπροαίρετες. Οι παρατηρήσεις τους αυτές έχουν μια «αληθοφάνεια», αλλά μπορεί εύκολα να αναγνωρίσει κανείς την υπερβολή στα συμπεράσματα που εξάγουν. Έτσι, μέσα στον εργασιακό του χώρο το άτομο αυτό αισθάνεται ότι κινδυνεύει από τους συνεργάτες του και παντού βλέπει να εξυφαίνονται συνωμοσίες. (7,9,21)
3. Δεν εμπιστεύεται προσωπικά θέματά του στους άλλους: τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή είναι εξαιρετικά διστακτικά στο να εμπιστευθούν άλλα άτομα και να τους εκμυστηρευθούν τα προβλήματά τους, τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους. Αυτή η δυσκολία να δείξουν εμπιστοσύνη στους άλλους οφείλεται κατά βάση στον αδικαιολόγητο φόβο τους ότι οι άλλοι θα εκμεταλλευθούν κακοπροαίρετα και κακόβουλα αυτές τις προσωπικές πληροφορίες και θα τις χρησιμοποιήσουν προκειμένου να τους βλάψουν. (6,7,9,11,21) Το αποτέλεσμα μιας τέτοιας στάσης είναι τα άτομα αυτά να είναι κοινωνικά απομονωμένα, να μην δημιουργούν εύκολα φιλίες και να αποφεύγουν συστηματικά την συμμετοχή σε οποιοδήποτε είδους ομάδα.(1,2) Υποφέρουν από σκέψεις ότι τους καταδιώκουν. Σε κάποιες περιπτώσεις οι αρνητικές στάσεις των άλλων απέναντί τους γίνονται πραγματικότητα, αλλά αυτό οφείλεται στο ότι οι ίδιοι είναι ευερέθιστοι, επιθετικοί και δύστροποι.(11) Συχνά οι άλλοι γύρω τους βλέπουν και αντιμετωπίζουν τους ασθενείς αυτούς σαν ανθρώπους

μυστικοπαθείς, εριστικούς και ισχυρογνώμονες, αλλά και άτομα που χαρακτηρίζονται από έντονη αυτοπεποίθηση και προβάλλουν μια εικόνα ανθρώπου ισχυρού, με σπάνιο ταλέντο και δυνατότητες.(10)

4. Παρερμηνευτική σκέψη: οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν την τάση να εξάγουν συμπεράσματα βασιζόμενοι σε αυτό που οι ίδιοι αναγνωρίζουν ως «κρυμμένα μηνύματα», που μόνο εκείνοι μπόρεσαν να διακρίνουν πίσω από τα γεγονότα και τις πράξεις των άλλων.(6,21) Τα μηνύματα αυτά μπορεί να είναι προσβλητικά, να στοχεύουν στο να μειώσουν την αξία του ατόμου ή ακόμα και απειλητικά.(7) Είναι εξαιρετικά εύκολο να αισθανθούν αυτοί οι ασθενείς προσβεβλημένοι, ταπεινωμένοι και ντροπιασμένοι, καθώς βλέπουν τους πάντες γύρω τους ως άτομα αρνητικά προκατειλημμένα απέναντί τους και, ακόμα και το παραμικρό σχόλιο εκλαμβάνεται ως πρόθεση για προσβολή και ταπείνωση.(10)
5. Ευαισθησία στην κριτική (αντίδραση με επίθεση): οι ασθενείς αυτοί είναι συχνά εχθρικοί και αντιδρούν πολύ επιθετικά σε κινήσεις ή λόγια, που οι ίδιοι εκλαμβάνουν ως προσβολές (χωρίς απαραίτητα να είναι τέτοιες).(6,21) Είναι άτομα που βρίσκονται σε μια συνεχή ένταση, εγρήγορση, επαγρύπνηση, η οποία αυξάνει αν κάποιος επιχειρήσει να τους αναιρέσει τις επιφυλάξεις ή προσπαθήσει να τους επικρίνει. Εντοπίζουν στις λέξεις και στη συμπεριφορά των άλλων ενδείξεις επιθετικότητας και προσβολές για τον χαρακτήρα ή την φήμη τους. Αυτές οι ενδείξεις, βέβαια, δεν είναι προφανείς για όλους τους άλλους, αλλά είναι ξεκάθαρες για τους ίδιους και αυτές οι περιπτώσεις είναι μια εξαιρετική ευκαιρία να αναδειχθεί το πόσο εύστροφοι και ετοιμόλογοι είναι στο να απαντήσουν σε μια υποτιθέμενη προσβολή. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα το πάσχον άτομο μπορεί ακόμα και να φθάσει στο σημείο να εκδηλώσει φυσική βία. (7,21)
6. Ιδέες ζηλοτυπίας: είναι άτομα που δεν έχουν χιούμορ και οι σχέσεις τους χαρακτηρίζονται ψυχρές και απόμακρες, με διάχυτη την ανάγκη να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο. Οι

διαπροσωπικές τους σχέσεις είναι περιορισμένες και επιφανειακές.(11,21) Συχνά εκφράζουν έντονα συναισθήματα και εκδηλώσεις παθολογικής ζήλιας, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε αδικαιολόγητη αμφισβήτηση της αξιοπιστίας του συντρόφου. Το άτομο, που πάσχει από αυτή τη Διαταραχή Προσωπικότητας, εκδηλώνει υπέρμετρη ενασχόληση με αβάσιμες αμφιβολίες σχετικά με το κατά πόσο ο/η σύντροφος ή/και σημαντικοί άλλοι είναι άτομα πιστά σε αυτόν και άξια της εμπιστοσύνης του και συχνά διακατέχεται από το φόβο ότι ο/η σύντροφος θα τον προδώσει. Απέναντι στον/στην ερωτικό/ή του σύντροφο, λοιπόν, είναι δύσπιστος, ζηλότυπος και ιδιαίτερα απαιτητικός. (6,7,11,21)

7. Δυσχέρεια να συγχωρήσει: οι ασθενείς αυτοί έχουν την τάση να κατηγορούν τους άλλους για ότι συμβαίνει και να εκφράζουν αντιπάθεια και αρνητισμό απέναντί τους, ακόμα και στις περιπτώσεις που φταίνε οι ίδιοι και το γνωρίζουν. Για ότι δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι ίδιοι πάντα φταίει κάποιος άλλος.(6,21) Δεν συγχωρούν τους ανθρώπους που τους έχουν πληγώσει, προσβάλλει, εκμεταλλευτεί ή μειώσει (ακόμα και αν αυτό δεν είναι κάτι που αντανάκλα την πραγματικότητα και αποτελεί μόνο δική τους αίσθηση). (7,11,21)

▪ Διαφορική διάγνωση

Τα συμπτώματα της Παρανοειδούς Διαταραχής της Προσωπικότητας συναντώνται και σε πολλές Ψυχωσικές Διαταραχές. Όμως, όσον αφορά στην διαταραχή αυτή της προσωπικότητας, μπορεί οι σκέψεις του ατόμου να μην συμβαδίζουν με την πραγματικότητα και να μην επηρεάζονται από δεδομένα του περιβάλλοντος, που μάλλον αποδεικνύουν το αντίθετο από αυτό που πιστεύει, αλλά δεν είναι σκέψεις τελείως παράλογες, ασύλληπτες και παράξενες, έχουν μια αληθοφάνεια.(7) Η βασική διαφορά στη σκέψη του ασθενούς με Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας σε σύγκριση με αυτή του παρανοειδούς σχιζοφρενούς έγκειται στα εξής:

- η σκέψη του ασθενούς με Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας δεν είναι παραληρητική, καθώς έχει την

δυνατότητα να αντιληφθεί την πραγματικότητα, την οποία όμως ερμηνεύει με τρόπο διαταραγμένο.

- στη σκέψη του σχιζοφρενικού ασθενούς έχει διαμορφωθεί μια νέα παραληρητική πραγματικότητα, η οποία μπορεί να είναι διωκτική, ζηλοτυπική κ.α.(21)

Ένα άλλο στοιχείο για να διαχωρίζουμε την Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας από άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές είναι το γεγονός ότι απουσιάζουν συμπτώματα όπως οι ψευδαισθήσεις (αισθητηριακή αντίληψη που συμβαίνει σε απουσία πραγματικού εξωτερικού ερεθίσματος), που είναι χαρακτηριστικές στις Ψυχωσικές Διαταραχές. (7)

Τέλος, ένα ακόμα στοιχείο που μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της διαταραχής αυτής είναι το ότι τα πρώτα σημάδια εμφανίζονται νωρίς στην ενήλικη ζωή, ενώ οι ψυχωσικές διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του ατόμου.(7)

Πιο συγκεκριμένα η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις εξής διαταραχές:

1. Παραληρητική Διαταραχή: ο ασθενής με Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας έχει καχυποψίες, οι οποίες δεν φθάνουν σε βαθμό οργανωμένου παραληρήματος.
2. Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας: στην Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας επικρατούν στοιχεία όπως η καχυποψία και η παρανοειδής ετοιμότητα αλλά απουσιάζουν στοιχεία όπως η ιδιόρρυθμη και εκκεντρική συμπεριφορά.
3. Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας: στην Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας επικρατούν τα στοιχεία της καχυποψίας και ο παρανοειδής ιδεασμός.(21)

▪ **Συνοσηρότητα**

Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή είναι επιρρεπείς στο να αναπτύξουν και διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Αγχώδεις Διαταραχές (π.χ. Αγοραφοβία) και Διαταραχές Συναισθήματος. Παράλληλα, μελέτες οικογενειών σχιζοφρενών ή ατόμων που έπασχαν από Παραληρητική Διαταραχή έδειξαν πολύ υψηλά ποσοστά Παρανοειδούς Διαταραχής της Προσωπικότητας.(3) Η διαταραχή δεν εμφανίζεται, λοιπόν, αποκλειστικά και μόνο παράλληλα με τη

Σχιζοφρένεια, τις Διαταραχές του Συναισθήματος, με χαρακτηριστικά ψυχώσεων, ή με άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές, και δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια.(7)

Η διαταραχή αυτή συχνά εκδηλώνεται επίσης μαζί με τη Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας, την Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(3,14)

Τα άτομα, που υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή, χρησιμοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς όπως η άρνηση, που τους επιτρέπει να αποφεύγουν σκέψεις και καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος και τους κάνουν να αισθάνονται άβολα, και η προβολή, που τους επιτρέπει να αποδώσουν αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα σε άλλους, και έτσι διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα.(11)

▪ Πορεία – πρόγνωση

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες της πορείας της Παρανοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας.(21) Από τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι αυτή η διαταραχή εμφανίζεται νωρίς στην εφηβική ζωή του ατόμου και οι εκδηλώσεις της είναι εμφανείς σε μεγάλο μέρος των δραστηριοτήτων του ατόμου. Είναι πιθανό όμως να εμφανιστεί και πριν την εφηβεία, στην παιδική ακόμα ηλικία με τη μορφή κοινωνικής απομόνωσης, υπερευαισθησίας, επιφυλακτικότητας, κοινωνικού άγχους, χαμηλής απόδοσης στο σχολείο και περίεργων σκέψεων και φαντασιώσεων. Όσον αφορά στην ενήλικη ζωή, χαρακτηρίζεται κυρίως από τα χαμηλά επίπεδα προσαρμογής του ατόμου, ιδίως όσον αφορά τις διαπροσωπικές του σχέσεις. (7,11) Αποτελεί μια από τις συχνότερες προνοσηρές προσωπικότητες της Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας. Επίσης, απαντάται σε αρκετούς ασθενείς που εμφανίζουν Εξάρτηση από Ουσίες (π.χ. αλκοολικούς και τοξικομανείς).(21)

▪ Θεραπεία

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, τα αντιψυχωσικά (όπως η θειοριδαζίνη) σε μικρές συνήθως δόσεις μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση του άγχους και τον περιορισμό της παρανοειδούς ετοιμότητας του ασθενούς, ενώ παράλληλα διατηρούν ένα υποβοηθητικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.(21)

Τα άτομα που υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή χρειάζονται θεραπεία για τα στοιχεία αυτά της προσωπικότητάς τους που δημιουργούν διαταραχές

και προβλήματα στις σχέσεις τους.(7,11) Ο μόνος τύπος ψυχοθεραπείας που μπορεί να εφαρμοστεί και να λειτουργήσει αποτελεσματικά στην διαταραχή αυτή είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, υποστηρικτικού τύπου.(21) Εξαιτίας του τρόπου σκέψης των ασθενών αυτών, τα προβλήματα δεν περιορίζονται μόνο στο να προσέλθει ο ασθενής για θεραπεία, αλλά και στην πορεία της ψυχοθεραπείας, η οποία αναμένεται να είναι δύσκολη εξαιτίας της επιφυλακτικότητας και επιθετικότητας, που μεταβιβάζει ο ασθενής στη θεραπευτική σχέση.(11,21) Η επιφυλακτική στάση τους απέναντι στο θεραπευτή, το γεγονός ότι αρνούνται να παραδεχθούν το πρόβλημά τους, το ότι απορρίπτουν την προσφερόμενη βοήθεια, και κυρίως το γεγονός ότι μπορεί να φθάσουν στο σημείο να θεωρήσουν την διάγνωση ως προσβολή και να ζητήσουν δεύτερη και Τρίτη γνώμη από άλλους ειδικούς, είναι συμπεριφορές και στάσεις, που κάθε άλλο παρά προάγουν την εξέλιξη και την θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι ασθενείς αυτοί αρνούνται σθεναρά να εκμυστηρευθούν οτιδήποτε στο θεραπευτή τους κυρίως από φόβο για τις προθέσεις του τελευταίου και από καχυποψία αναφορικά με το πώς θα χρησιμοποιήσει ο θεραπευτής τους αυτές τις πληροφορίες. Ο πάσχων φοβάται ότι θα βρεθεί κάτω από τον έλεγχο ενός ατόμου, του θεραπευτή στην προκειμένη περίπτωση. Ακριβώς, λοιπόν, επειδή οι ασθενείς αυτοί θέλουν να αισθάνονται ότι είναι κυρίαρχοι στις σχέσεις τους, χρήσιμο θα ήταν να αφήνει ο θεραπευτής τον ασθενή να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες στη θεραπεία (π.χ. να του αφήνεται το περιθώριο να καθορίσει την ώρα και την ημέρα της επόμενης συνεδρίας, έτσι ώστε να εξυπηρετεί και τις δύο πλευρές, θεραπευτή και θεραπευόμενο). Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η κατάσταση αναμένεται να είναι ακόμα πιο δύσκολη στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει προσέλθει οικιοθελώς για θεραπεία, και αυτή είναι και η πιο πιθανή εκδοχή.(11)

Καθοριστικής σημασίας, λοιπόν, είναι η εγκατάσταση της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική συμμαχία.(21) Η εμπιστοσύνη είναι στοιχείο απαραίτητο στη σχέση ασθενούς και θεραπευτή, και είναι αυτή η αδυναμία του ασθενούς να αναπτύξει συναισθήματα εμπιστοσύνης, που κάνει τη θεραπεία αυτής της διαταραχής εξαιρετικά δύσκολη.(7,11) Ο κεντρικός στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας με τέτοιους ασθενείς είναι να φθάσει στο σημείο ο πάσχων να αντιληφθεί ότι η φύση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει δεν πηγάζει από

εξωτερικές πηγές αλλά από εσωτερικές.(21) Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, θα πρέπει ο θεραπευτής να δημιουργήσει ένα μη-απειλητικό και ασφαλές κλίμα συνεδριών, μέσα στο οποίο ο ασθενής θα μπορέσει να βοηθηθεί ώστε να αρχίσει να συνειδητοποιεί και να αναγνωρίζει τα στοιχεία της ασθένειάς του και τις συμπεριφορές εκείνες, που αποτελούν δυσλειτουργικά στοιχεία και δημιουργούν προβλήματα και δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή. Αφού μπορέσει ο ασθενής να αναγνωρίσει αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να περάσει στην γνωσιακή αναδόμηση και να αμφισβητήσει την ορθότητα του δικού του τρόπου σκέψης και αντιμετώπισης των καθημερινών καταστάσεων. Ιδιαίτερα βοηθητικό είναι να επιδείξει σεβασμό ο θεραπευτής και ειλικρινή διάθεση να προσπαθήσει να ανακαλύψει μαζί με τον ασθενή τη λογική, την πραγματικότητα και τις επιπτώσεις που έχει η καχυποψία του για τους άλλους. Γενικότερα, η διαδικασία πρέπει να είναι αργή και τα βήματα να γίνονται σταδιακά, γιατί βιαστικά βήματα μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η θέση του θεραπευτή πρέπει να είναι ουδέτερη και να δείχνει την αποδοχή του για τον ασθενή (7).

Σε ότι αφορά στην ομαδική θεραπεία, στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας αντενδείκνυται, κυρίως γιατί η καχυποψία και η επιφυλακτικότητα του ασθενούς θα σταθεί εμπόδιο σε τέτοιου είδους θεραπεία.(21)

Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

Ο όρος της Σχιζοειδούς Διαταραχής χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον Kretschmer (1936) και η ονομασία αυτή υποδήλωνε την πιθανή σχέση της με την Σχιζοφρένεια.(10,21) Κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία των ατόμων που πάσχουν από Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι η ενδοστρέφεια και οι περιορισμένες κοινωνικές σχέσεις.(21)

▪ Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τις λίγες επιδημιολογικές μελέτες που υπάρχουν, ο επιπολασμός της Σχιζοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό είναι λιγότερο από 1% (11,19), και πιο συγκεκριμένα κυμαίνεται από 0,5%-7,5%.(21) Θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί με αυτά τα ποσοστά καθώς έχει διαπιστωθεί ότι σπανιότατα άτομα με τη διαταραχή αυτή θα καταφύγουν σε ειδικό ζητώντας θεραπευτική βοήθεια.(21) Η Σχιζοειδής

Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι ελάχιστα πιο συνηθισμένη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες.(11,19) Πιο συγκεκριμένα η αναλογία ανδρών προς γυναικών εκτιμάται περίπου σε 2:1.(21) Άτομα με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας απαντώνται συχνότερα μεταξύ συγγενών σχιζοφρενικών ατόμων ή ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας.(21)

▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Η αιτιοπαθογένεια της Σχιζοειδούς Διαταραχής της Προσωπικότητας παραμένει άγνωστη. Έχουν διατυπωθεί υποθέσεις τόσο για τον πιθανό ρόλο γενετικών παραγόντων αλλά και της «συναισθηματικής στέρησης» κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, στην αναζήτηση των αιτιών της διαταραχής κανείς θα πρέπει να εστιάσει στην αδυναμία του ατόμου να δώσει και να δεχθεί αγάπη. Αυτή η αδυναμία θεωρείται ως αμυντικός μηχανισμός του ατόμου, που αναπτύχθηκε πρώιμα, και αντανακλά την ανεπαρκή σχέση μητέρας-παιδιού. Σύμφωνα με την Melanie Klein, το παιδί περνά από μια «σχιζοειδική» φάση ανάπτυξης, κατά την οποία στοματικές -σαδιστικές παρορμήσεις βιώνονται ως «επικίνδυνες» και προβάλλονται στο γονέα. Στα άτομα με σχιζοειδή προσωπικότητα διατηρούνται και αργότερα στη ζωή του ατόμου κάποιες από τις προβλητικές αυτές άμυνες (21).

▪ **Κλινική εικόνα – διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Σχιζοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV (21):

1. Επιλέγει μοναχικές δραστηριότητες: το άτομο που πάσχει από Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας επιλέγει σχεδόν πάντα δραστηριότητες που δεν απαιτούν την συμμετοχή άλλων ατόμων και είναι πιθανότερο να απασχολείται και επαγγελματικά σε μια εργασία που δεν απαιτεί κοινωνική συναναστροφή (φύλακας, χειριστής Η/Υ κ.α.) Επίσης, επειδή έχουν περιορισμένα ενδιαφέροντα (κυρίως σε διανοητικό επίπεδο), είναι πιθανότερο να επιλέξουν δραστηριότητες που απαιτούν νοητική δραστηριότητα και όχι χειρονακτικές εργασίες. Ο πλέον συνήθης χαρακτηρισμός τους είναι «μοναχικοί».(6,7,10,11,21)

2. Δεν επιθυμεί ούτε αντλεί ευχαρίστηση από στενές σχέσεις: τα άτομα με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας συχνά χαρακτηρίζονται ως ψυχρά, βαριεστημένα, βαρετά, αδιάφορα, χωρίς ενδιαφέροντα, χωρίς ζεστά και τρυφερά συναισθήματα για τους ανθρώπους γύρω τους. Δείχνουν αδιάφοροι για τις ανάγκες των άλλων και φαίνονται να ζουν στο δικό τους κόσμο. Με άλλα λόγια παρουσιάζουν επίπεδο συναίσθημα, που σημαίνει απουσία ή σχεδόν απουσία συναισθηματικής έκφρασης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Κατά συνέπεια δεν επιδιώκουν να αναπτύξουν στενές σχέσεις, από την στιγμή που δεν βρίσκουν κανένα ενδιαφέρον και δεν αντλούν καμία ευχαρίστηση μέσα από αυτές. Συχνά χαρακτηρίζονται ως ενδοστρεφή, μοναχικά και απόμακρα άτομα. (6,7,21)
3. Δεν έχει στενούς φίλους: τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, μένουν έξω όχι μόνο από τις κοινωνικές συναναστροφές αλλά και από τις στενές σχέσεις. Δεν έχουν στενούς, κοντινούς φίλους ή κάποιον έμπιστο για να μιλάνε, αν εξαιρέσουμε τους συγγενείς πρώτου βαθμού. Μάλιστα, αν κάποια στιγμή ο ασθενής αναφερθεί σε κάποιο άτομο και ισχυριστεί ότι το θεωρεί κοντινό του πρόσωπο, είναι πολύ πιθανό αν ερωτηθεί αυτό το πρόσωπο για την σχέση του με τον ασθενή να δηλώσει ότι δεν ξέρει καθόλου καλά τον ασθενή. (6,7,10,11,21)
4. Δεν δείχνει ενδιαφέρον για σεξουαλικές εμπειρίες με άλλο πρόσωπο: τα άτομα, που πάσχουν από την διαταραχή αυτή, εκδηλώνουν ελάχιστο ή καθόλου ενδιαφέρον για την ανάπτυξη σεξουαλικής σχέσης με κάποιο άλλο άτομο. Δεν εκπλήσσει, λοιπόν, το γεγονός ότι συνήθως τα άτομα αυτά μένουν ανύπανδρα. (6,7,11,21)
5. Παίρνει ευχαρίστηση από λίγες δραστηριότητες: συχνά τα άτομα αυτά ερωτώμενοι θα αναφέρουν ότι απολαμβάνουν ελάχιστες δραστηριότητες. (6,7,10,21) Γενικότερα, δεν δραστηριοποιούνται και προτιμούν να καταφεύγουν στην φαντασία τους. (10)
6. Αδιαφορεί για τον έπαινο ή την κριτική των άλλων: το άτομο που πάσχει από αυτή τη διαταραχή παρουσιάζεται αδιάφορο για τα σχόλια, την επιβράβευση και την κριτική των άλλων, όπως άλλωστε

και για τα αισθήματα των άλλων.(6,7,11,21) Φαίνεται να επικεντρώνεται περισσότερο στις δικές του σκέψεις και εσωτερικές διεργασίες.(10)

7. Εμφανίζει συγκινησιακή ψυχρότητα ή αδιαφορία: τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ψυχρότητα και έλλειψη χιούμορ. Το εύρος των συναισθημάτων τους είναι πολύ περιορισμένο και σπάνια θα αναφέρουν έντονα συναισθήματα. Τις περισσότερες φορές θα αρνηθούν ότι αισθάνονται οποιοδήποτε συναίσθημα (θυμό, χαρά κ.α.), αν και πολλές φορές κατακλύζονται από φαντασιώσεις, που περιλαμβάνουν συναισθήματα θυμού ή και επιθετικότητα. Ορισμένες φορές μάλιστα οι φαντασιώσεις αυτές χρησιμεύουν και ως αμυντικοί μηχανισμοί και μπορεί να μιλήσουν για αυτές τις φαντασιώσεις τους σε άτομα που τους ενδιαφέρουν.(6,7,11,21)

Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτών των ατόμων, που δεν αποτελεί κριτήριο αλλά είναι πτυχή της προσωπικότητάς τους, είναι η συγκεχυμένη ή απύσχα αυτοεικόνα και αίσθηση του εαυτού τους. Ο λόγος, που αυτά τα άτομα είναι τόσο αποτραβηγμένα από τις κοινωνικές δραστηριότητες και από τους άλλους, είναι γιατί είναι απομακρυσμένοι και από τον ίδιο τον εαυτό τους.(11)

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά εμφανίζονται, προοδευτικά, από τη φάση της πρώιμης ενήλικης ζωής του ατόμου. (21)

▪ Διαφορική διάγνωση

Η διαφοροδιάγνωση της Σχιζοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να γίνει από τη Σχιζότυπη, την Παρανοειδή και την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, καθώς και οι τρεις αυτές διαταραχές περιλαμβάνουν κοινωνική απομόνωση και απομάκρυνση. Ωστόσο η εν λόγω διαταραχή περιλαμβάνει και έντονο κοινωνικό άγχος και γνωστικές παρεκκλίσεις.(7,11) Πιο συγκεκριμένα για την διαφορική διάγνωση από την:

1. Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας: ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι και οι δύο περιπτώσεις αυτών των διαταραχών απαντώνται σε άτομα, που είναι κατά βάση μοναχικά και που αποφεύγουν τις ανθρώπινες συναναστροφές.(Χριστοδούλου) Ωστόσο στην Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι αισθητή η απουσία της

έντονης επιθυμίας για στενές κοινωνικές σχέσεις, καθώς ο πάσχων δεν επιθυμεί ή δεν ενδιαφέρεται να δημιουργήσει σχέσεις, ενώ στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας το πάσχον άτομο αποφεύγει να δημιουργήσει σχέσεις κυρίως εξαιτίας του φόβου της απόρριψης. Στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, επομένως, συναντάμε το στοιχείο της ανασφάλειας, το οποίο απουσιάζει στην Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, στην οποία τα άτομα απλά είναι αδιάφορα για τις απόψεις ή την γνώμη των άλλων.(7,11,21)

2. Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας: ο ειδικός θα πρέπει να θυμάται ότι σε αυτή τη διαταραχή τα άτομα εμφανίζουν σημαντικές ομοιότητες με τους ασθενείς που πάσχουν από Σχιζοφρένεια, κυρίως σε ότι αφορά στις διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης (παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες). Τα στοιχεία αυτά απουσιάζουν στα άτομα που πάσχουν από την Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας.(21)
3. Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας: ο ειδικός σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι στους ασθενείς με Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας κυριαρχεί η καχυποψία και ο παρανοειδής ιδεασμός.(21)
4. Σχιζοφρένεια: σε αυτή την περίπτωση ο ειδικός θα πρέπει να θυμάται ότι τα άτομα, που πάσχουν Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, έχουν σχετικά καλή εργασιακή προσαρμογή, ιδίως αν πρόκειται για μοναχικές δραστηριότητες, και κυρίως ότι δεν εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Στην Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας τα συμπτώματα των παραισθήσεων και των παραληρημάτων είναι πολύ πιο σπάνια και λιγότερο σοβαρά.(11,21)

Ένας σημαντικός παράγοντας, που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, είναι και ο πολιτισμικός, που είναι πιθανό να έχει επηρεάσει το άτομο και είναι δυνατό σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση (π.χ. στην περίπτωση μεταναστών ή ανθρώπων που από την επαρχία μετακόμισαν στην πόλη και είναι πιθανό να κλειστούν στον εαυτό τους).(11)

▪ Πορεία – πρόγνωση

Η συμπτωματολογία της Σχιζοειδούς Διαταραχής της Προσωπικότητας αρχίζει στην πρώιμη παιδική ηλικία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή. Όπως συμβαίνει με όλες τις Διαταραχές της Προσωπικότητας, μπορεί να διαρκέσει καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ενώ οι εκδηλώσεις της είναι εμφανείς σε πολλές πτυχές της ζωής του πάσχοντος ατόμου.(6,21)

Στην παιδική ηλικία τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή είναι απομονωμένα, παραγκωνισμένα, μη αποδεκτά από τον κύκλο των συμμαθητών τους και σε ορισμένες περιπτώσεις εξοστρακισμένα από τον ευρύτερο κύκλο των συνομηλίκων τους. Στην ενήλικη ζωή τους έχουν πολύ λίγες φιλίες και πολλοί από αυτούς δεν είναι παντρεμένοι. (7,10,21) Οι σχέσεις τους διαλύονται και αυτό γιατί, όπως είναι αναμενόμενο, το πρόσωπο, με το οποίο συνδέονται, έχει ανάγκη από τρυφερότητα, ενδιαφέρον, ζεστασιά, συναισθηματική στήριξη και συμπαράσταση, πράγματα δηλαδή που ο ασθενής δεν μπορεί να προσφέρει. Οι πάσχοντες αυτοί μπορούν να έχουν υψηλές επιδόσεις στο επάγγελμά τους, με την προϋπόθεση ότι αυτό δεν απαιτεί την στενή και συχνή κοινωνική επαφή με άλλα άτομα, μια και οι ίδιοι θα επέλεγαν ένα επάγγελμα που θα τους επέτρεπε να απομονώνονται. Αν τελικά παντρευτούν και κάνουν παιδιά αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στο να εκφράσουν στα παιδιά τους ζεστασιά και συναισθηματική στήριξη και παρουσιάζονται αμελείς, αδιάφοροι και απόμακροι.(7)

Σύμφωνα με το DSM IV η εμφάνιση της διαταραχής αυτής μπορεί να είναι προάγγελος σχιζοφρένειας, παραληρητικής διαταραχής, ή και μείζονος κατάθλιψης.(11) Ο Kretschmer (1936) υποστήριξε ότι οι σχιζοειδείς ασθενείς είναι πιθανό να αναπτύξουν Σχιζοφρένεια, αλλά σύμφωνα με τον Gelder et al. (1989) αυτό δεν είναι κανόνας καθώς δεν έχει αποδειχθεί αιτιώδης σχέση ανάμεσα στις δύο παθήσεις.(10) Πολύ συχνά, άτομα που πάσχουν από Σχιζοφρένεια είχαν εμφανίσει ως προνοσηρή προσωπικότητα τη Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας. Ωστόσο, τόσο ο αριθμός όσο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας και εμφάνισαν αργότερα Σχιζοφρένεια παραμένουν στοιχεία άγνωστα.(21) Είναι ακόμα πιθανό τα ποσοστά να αυξάνονται όσον αφορά συγγενείς ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας.(11)

Θεραπεία

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι συνήθως αποτελεσματικά.(21)

Οι ασθενείς, που εμφανίζουν την Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, σπάνια αναζητούν θεραπεία, μιας και η απομόνωση και η μοναχικότητα είναι στοιχεία σύντονα με το Εγώ του ατόμου.(7) Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, η ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί βοηθητική, παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και παραμένουν για μακρά διαστήματα σιωπηλοί και παθητικοί.(21)

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στα χαρακτηριστικά, τους περιορισμούς, τα συμπτώματα και τα όρια της διαταραχής τους. Ένας χαρισματικός, συναισθηματικός ψυχοθεραπευτής, που θα επιχειρήσει να πλησιάσει τον ασθενή, είναι ο πλέον κατάλληλος για αυτές τις περιπτώσεις ασθενών. Η πιο σωστή και ενδεχομένως και η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι η αντιμετώπιση του ασθενούς με επαγγελματικό τρόπο.(7) Είναι πιθανό ο ψυχοθεραπευτής να μην κατορθώσει να αναπτύξει ενσυναίσθηση σε αυτές τις περιπτώσεις και γενικά είναι εξαιρετικά δύσκολο να δείξει κατανόηση στον ασθενή αυτό, ιδιαίτερα όταν ο τελευταίος του εκμυστηρευτεί φαντασιώσεις εχθρικού περιεχομένου, που εμπρικλείουν περιγραφές έντονων συναισθημάτων θυμού ή και επιθετικότητας.(11)

Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

Η Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι μια νέα διαγνωστική κατηγορία, η οποία εμφανίζει στενή σχέση και αρκετά κοινά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά με τις Σχιζοφρενικές Διαταραχές. Πρόκειται για έναν όρο, ο οποίος έχει αντικαταστήσει παλαιότερους, όπως η Λανθάνουσα Σχιζοφρένεια, η Μετ αιχμιακή Σχιζοφρένεια, η Προψυχωσική Σχιζοφρένεια.(21)

Η έννοια αυτής της διαταραχής προέκυψε μέσα από μελέτες υιοθετημένων παιδιών, των οποίων οι βιολογικοί γονείς έπασχαν από Σχιζοφρένεια.(12) Παρότι κάποια από αυτά τα παιδιά εκδήλωσαν στην ενήλικη ζωή τους Σχιζοφρένεια, με όλα τα χαρακτηριστικά της διαταραχής επαρκώς ανεπτυγμένα ώστε να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοφρένειας, τα περισσότερα παιδιά αυτών των οικογενειών εκδήλωσαν μια

άλλη μορφή Σχιζοφρένειας με συμπτωματολογία λιγότερο σοβαρή και μικρότερης έντασης. (6)

Αυτή τη στιγμή, το ICD-10 έχει κατατάξει αυτή την διαταραχή στο φάσμα των Σχιζοφρενικών Διαταραχών ενώ το DSM-IV την έχει εντάξει ως υποκατηγορία των Διαταραχών Προσωπικότητας. Υπάρχει έντονος προβληματισμός ως προς το αν η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας τελικά αποτελεί ανεξάρτητη νοσολογική οντότητα. Τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η ιδιόρρυθμη συμπεριφορά, η ασαφής ομιλία, οι αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες και οι ιδέες συσχέτισης (συνήθως παροδικές).(21)

▪ **Επιδημιολογία**

Η επικράτηση της Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας είναι περίπου 3% για το γενικό πληθυσμό, με διακύμανση μεταξύ 0,6%-5,6%.(6,11,21) Η διαταραχή αυτή, επίσης, φαίνεται να είναι πιο συχνή ανάμεσα στον ανδρικό πληθυσμό σε σύγκριση με τον γυναικείο.(6,11,22)

▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Η αιτιοπαθογένεια της Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας δεν είναι γνωστή.(Χριστοδούλου) Υπάρχουν στοιχεία από έρευνες, που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση τουλάχιστον σε γενετικό-βιολογικό επίπεδο μεταξύ της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας και της Σχιζοφρένειας. (7,21) Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί έκπληξη από τη στιγμή που τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας προέκυψαν από παρατηρήσεις συγγενών πρώτου βαθμού ατόμων που έπασχαν από Σχιζοφρένεια.(7) Από τη μία πλευρά, όπως προκύπτει από τις έρευνες, οι συγγενείς των ατόμων, που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό να εμφανίσουν Σχιζοφρενικές ή άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές. Από την άλλη, η Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας εμφανίζεται συχνότερα μεταξύ των συγγενών πρώτου βαθμού των πασχόντων από Σχιζοφρένεια.(15,21) Επιπρόσθετα, για τα μέλη των οικογενειών ατόμων, που πάσχουν από Σχιζοφρένεια, τα οποία (μέλη) έχουν λάβει διάγνωση Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας, φαίνεται να έχουν και μια γενετική προδιάθεση να αναπτύξουν και οι ίδιοι Σχιζοφρένεια. Επίσης, είναι πιθανότερο για αυτούς να υποφέρουν από Σχιζοφρένεια παρά από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή.(6)

Διάφορα συμπτώματα εκκεντρισμού είναι παρόντα σε αυτή τη διαταραχή, τα οποία μπορεί να μην είναι αρκετά σοβαρά για να διαγνωστεί το άτομο ως πάσχον από Σχιζοφρένεια, αλλά υποστηρίζεται ότι είναι προειδοποιητικά σημάδια για μια πιθανώς επερχόμενη εμφάνιση Σχιζοφρένειας.(6) Οι μελέτες μας δίνουν ακόμα στοιχεία ότι οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν από ανεπάρκειες γνωστικές και νευροψυχολογικές (16) καθώς και από εγκεφαλικές δυσλειτουργίες (5), οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές, που συναντώνται στην Σχιζοφρένεια και ειδικότερα στα αρχικά της στάδια.(6,7)

▪ Κλινική εικόνα – διάγνωση

Για να δοθεί η διάγνωση της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει, σύμφωνα με το DSM IV, να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, που δόθηκαν από τους Spitzer, Endicott & Gibbon (1979) (21):

1. Συμπεριφορά και εμφάνιση αλλόκοτη, εκκεντρική, ιδιόρρυθμη: η περίεργη αυτή συμπεριφορά και εμφάνιση μπορεί να βρίσκει έκφραση σε ενέργειες όπως το να μιλούν στον εαυτό τους, να φορούν βρώμικα ή σκισμένα ρούχα.(6,7,11,21) Συχνά η εμφάνιση και η συμπεριφορά τους δίνει την εντύπωση ότι υποδύονται κάποιο ρόλο.(11)
2. Αλλόκοτη σκέψη και παράδοξος λόγος: πρόκειται για ένα τρόπο σκέψης και έκφρασης περίεργο, με λόγο ασαφή, μεταφορικό, υπερβολικά διεξοδικό ή στερεοτυπικό. Συχνά χρησιμοποιούν λέξεις συγκεχυμένα, ώστε να μην είναι ξεκάθαρα τα νοήματα που προσπαθούν να επικοινωνήσουν.(6,7,21) Η επιτηδευμένη ομιλία και ο χαρακτηριστικά μοναδικός λόγος του ασθενούς είναι στοιχεία της διαταραχής αυτής.(11)
3. Ιδέες συσχέτισης (όχι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης): οι ιδέες αυτές είναι πολύ κοινές και αφορούν την εντύπωση του ατόμου ότι τα γεγονότα, που συμβαίνουν στον εξωτερικό κόσμο, έχουν κάποια ιδιαίτερη σημασία για τον ίδιο και αποτελούν κατά κάποιο τρόπο ένα μήνυμα, το οποίο μόνο εκείνος είναι σε θέση να καταλάβει και να αποκρυπτογραφήσει.(6,7,21)
4. Καχυποψία ή παρανοειδής ιδεασμός: συχνά, στην πράξη, μια μπερδεμένη και αόριστη εξήγηση, που δίνει ο ασθενής αναφορικά

με κάποιο πρόβλημα ή κάποια κατάσταση που αντιμετωπίζει, μπορεί να αποτελεί στην ουσία την έκφραση της καχυποψίας και του παρανοειδούς ιδεασμού. Η εσκεμμένη προσπάθεια να περιπλέξει τα πράγματα και να δώσει μια αόριστη, θολή εικόνα για το τι συμβαίνει αντανακλά διαταραγμένη σκέψη. Ακόμα, μπορεί να είναι μια απόπειρα να καλύψει την αναξιοπιστία του απέναντι στο συνομιλητή του, στην προκειμένη περίπτωση το θεραπευτή του. Γενικότερα, ο παρανοειδής ιδεασμός είναι συνήθως παροδικός και όχι ιδιαίτερα έντονος.(11,21)

5. Παράδοξες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη: οι ασθενείς αυτοί μπορεί να αναπτύξουν περίεργες πεποιθήσεις, όπως την ιδέα ότι κάτι μαγικό υπάρχει στον τρόπο που σκέφτονται και μπορούν έτσι να επηρεάσουν την σκέψη ή την συμπεριφορά των άλλων ανθρώπων. Έτσι, σε μικρή ηλικία μπορεί να αναπτύσσουν περίεργες ασχολίες και φαντασιώσεις και σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να πιστεύουν ότι διαβάζουν την σκέψη των συνομιλητών τους, ότι μπορούν να επικοινωνήσουν τηλεπαθητικά με άλλους ανθρώπους, γίνονται υπερβολικά προληπτικοί, πιστεύουν ότι έχουν ανεπτυγμένη την 6^η αίσθηση, την ικανότητα δηλαδή να αισθάνονται την παρουσία κάποιου που στην πραγματικότητα δεν είναι παρών. Οι παράδοξες αυτές πεποιθήσεις, όπως ιδέες για «τηλεπάθεια», «6^η αίσθηση», «μαγεία», «μαντική ικανότητα» κ.α., επηρεάζουν τη συμπεριφορά του πάσχοντος ατόμου, αλλά για να αποτελέσουν διαγνωστικό κριτήριο, δεν θα πρέπει να είναι σύστοιχα με την κουλτούρα της κοινωνίας από την οποία προέρχεται το άτομο. (6,7,11,21) Ο ισχυρισμός αυτός, ότι δηλαδή υπάρχει κάτι μαγικό στον τρόπο που σκέφτεται, είναι ένα σύμπτωμα λιγότερο σοβαρό και μικρότερης διάρκειας, στο οποίο δεν θα επιμένει τόσο πολύ ο ασθενής, όσο για παράδειγμα θα επέμενε για μια παραληρητική ιδέα.(11)
6. Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες: πρόκειται για περίεργες εμπειρίες αντίληψης, οι οποίες συχνά περιλαμβάνουν και σωματικές παραισθήσεις.(7,11,21)

7. Απρόσφορο ή συρρικνωμένο συναίσθημα: πρόκειται για συναίσθημα που δεν βρίσκεται σε αρμονία με την ιδέα, τη σκέψη και το λόγο που το συνοδεύει. Ο ασθενής εκφράζει συναισθήματα, που δεν είναι σύστοιχα με αυτά που λέει. Η συναισθηματική έκφραση του ασθενούς είναι χαμηλού εύρους και έντασης.(7,21)
8. Έλλειψη στενών φίλων: η έλλειψη κοντινών, προσφιλών προσώπων, φίλων ή και άλλων έμπιστων προσώπων, εκτός από τους συγγενείς πρώτου βαθμού, είναι χαρακτηριστική σε αυτή τη διαταραχή. Η απουσία ή η δυσλειτουργία διαπροσωπικών σχέσεων είναι στοιχείο κεντρικό στην Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας.(7,11,21)
9. Υπερβολικό κοινωνικό άγχος: το έντονο κοινωνικό άγχος των ασθενών αυτών, μπορεί να φθάσει και στην υπερβολή και δεν μετριάζεται με την ανάπτυξη οικειότητας και φαίνεται να συνδέεται με παρανοειδείς φόβους και όχι με χαμηλή αυτοπεποίθηση ή αυστηρή αυτοκριτική. (6,7,11,21) Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν εκτεταμένες ανεπάρκειες, που αφορούν τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και παρεκκλίσεις γνωστικού τύπου και συμπεριφορά εκκεντρική. Όλες αυτές οι ανεπάρκειες είναι πιθανό να οφείλονται στην μειωμένη τους ικανότητα για κοινωνικές συναναστροφές και στα αισθήματα άγχους, που τους κατακλύζουν όταν αναγκάζονται να έρθουν σε στενή επαφή με άλλα άτομα.(7,11)

Σε μια μελέτη των Widiger, Frances & Trull (1987) για το ρόλο των συμπτωμάτων στη διάγνωση φάνηκε ότι ο παρανοειδής ιδεασμός, οι ιδέες συσχέτισης και οι παραισθήσεις ήταν τα πιο σημαντικά στοιχεία.(6,7,11)

Οι ασθενείς, που πάσχουν από την Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας παρουσιάζουν τις ίδιες περίπου δυσκολίες, που αναφέρθηκαν και στην Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, και αφορούν στις σχέσεις με τους άλλους και στην έλλειψη του στοιχείου της εμπιστοσύνης μέσα σε αυτές καθώς και στα προβλήματα προσκόλλησης.(7,11) Οι αμυντικοί μηχανισμοί, όμως, που χρησιμοποιούν οι ασθενείς αυτοί, είναι διαφορετικοί

και αντανακλούν τα προβλήματα των ασθενών αυτών ως προς τον έλεγχο της πραγματικότητας. Εκτός, λοιπόν, από τις φαντασιώσεις χρησιμοποιούν:

- την άρνηση: το άτομο αρνείται την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων της εσωτερικής ή της εξωτερικής πραγματικότητας, που η συνειδητή αναγνώρισή τους θα του προκαλούσε άγχος και ψυχική ένταση
- την μετάθεση: συναισθήματα, ιδέες και επιθυμίες μεταφέρονται από το αρχικό τους αντικείμενο σε ένα πιο αποδεκτό υποκατάστατο
- την προβολή: οι ανεπιθύμητες και απαράδεκτες σκέψεις, ιδέες, ενορμήσεις και συναισθήματα του ατόμου αποδίδονται σε κάποιο άλλο άτομο.(11)

▪ Διαφορική διάγνωση

Παρότι μπορεί η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής να παρουσιάζει δυσκολίες, υπάρχουν και συμπτώματα που βοηθούν στον διαχωρισμό της Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας από άλλες διαταραχές. Για παράδειγμα, ενώ η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας έχει αρκετά κοινά στοιχεία με την ενδοστρέφεια και το κοινωνικό άγχος, αυτό το τελευταίο χαρακτηριστικό στην συγκεκριμένη διαταραχή διαφοροποιείται από το γεγονός ότι δεν μειώνεται όταν αυξάνεται η οικειότητα.(11) Έτσι, διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ακόλουθες διαταραχές:

1. Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας: η Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας διαφοροποιείται από τη Σχιζότυπη με βάση τα συμπτώματα της εκκεντρικότητας στην σκέψη και την συμπεριφορά και τον παράξενο τρόπο έκφρασης όσον αφορά στον λόγο.(11) Επίσης, στη Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας απουσιάζουν οι διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης και της αντίληψης.(21) Σύμφωνα με τους Cameron & Rychlack (1985) η πιθανότητα να κληρονομηθεί η Σχιζότυπη Διαταραχή είναι πολύ μεγαλύτερη από την αντίστοιχη πιθανότητα να κληρονομηθεί η Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας.(11) Συχνά, η Σχιζοειδής και η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο.(21)

2. Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας: συχνά, τα άτομα που εμφανίζουν Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας πληρούν και τα κριτήρια διάγνωσης της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Ωστόσο, στην περίπτωση της τελευταίας, η δομή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα, συναισθηματική αστάθεια και εκρήξεις θυμού.(21)
3. Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας: στην περίπτωση της Παρανοειδούς Διαταραχής Προσωπικότητας κυριαρχεί η καχυποψία και η παρανοειδής ετοιμότητα και την ίδια στιγμή απουσιάζει η ιδιόρρυθμη και εκκεντρική συμπεριφορά, χαρακτηριστικά στοιχεία της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας.(21)
4. Σχιζοφρένεια: οι παραληρητικές ιδέες ή οι διαταραχές αντίληψης στη Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας είναι συνήθως παροδικές και όχι ιδιαίτερα επίμονες, όπως συμβαίνει στη Σχιζοφρένεια.(21)

Επίσης, στη διάγνωση θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και η πολιτισμική πραγματικότητα της κοινωνίας από την οποία προέρχεται το άτομο, γιατί είναι δυνατό κάποιες αντιλήψεις, κυρίως θρησκευτικές, που είναι διαδεδομένες σε μια κοινωνία (π.χ. η αντίληψη ότι οι άνθρωποι διαθέτουν την 6^η αίσθηση, ότι με την δύναμη του πνεύματος και του μυαλού και με αυτοσυγκέντρωση είναι δυνατόν να θεραπευθεί το σώμα), να παρανοηθούν ως συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής και αυτό να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση.(11)

▪ Συνοσηρότητα

Υπάρχουν στοιχεία από έρευνες που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση τουλάχιστον σε γενετικό-βιολογικό επίπεδο μεταξύ της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας και της Σχιζοφρένειας. Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί έκπληξη από τη στιγμή που τα διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας προέκυψαν από παρατηρήσεις συγγενών πρώτου βαθμού ατόμων που έπασχαν από Σχιζοφρένεια.(7) Όπως προκύπτει από τις έρευνες, για τα μέλη αυτών των οικογενειών, τα οποία έχουν λάβει διάγνωση Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας, φαίνεται να έχουν και μια γενετική προδιάθεση να αναπτύξουν και οι ίδιοι Σχιζοφρένεια.

Επίσης, είναι πιθανότερο για αυτούς να υποφέρουν από Σχιζοφρένεια παρά από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή.(6)

Διάφορα συμπτώματα εκκεντρισμού είναι παρόντα σε αυτή τη διαταραχή, τα οποία μπορεί να μην είναι αρκετά σοβαρά για να διαγνωστεί το άτομο ως πάσχον από Σχιζοφρένεια, αλλά υποστηρίζεται ότι είναι προειδοποιητικά σημάδια για μια πιθανώς επερχόμενη εμφάνιση Σχιζοφρένειας.(6) Οι μελέτες μας δίνουν ακόμα στοιχεία ότι οι ασθενείς αυτοί υποφέρουν από ανεπάρκειες γνωστικές και νευροψυχολογικές (16) καθώς και από εγκεφαλικές δυσλειτουργίες (5), οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές, που συναντώνται στην Σχιζοφρένεια και ειδικότερα στα αρχικά της στάδια.(6,7) Έτσι το μεγαλύτερο πρόβλημα, που αντιμετωπίζουν οι ειδικοί με τους ασθενείς αυτούς, είναι αν θα πρέπει να διαγνωστούν ως πάσχοντες από Σχιζοφρένεια ή ως άτομα, που υποφέρουν από Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας, καθώς τα συχνά ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις και παραληρητικές ιδέες μπορούν να οδηγήσουν σε διάγνωση Ψυχώσεων, Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής, Σχιζοφρένειας, και Παραληρητικής Διαταραχής. (11)

Παρά τα δεδομένα για τη στενή σχέση μεταξύ της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας και της Σχιζοφρένειας, υπάρχουν και μελετητές που υποστηρίζουν ότι ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας και τελικά εμφανίζουν Σχιζοφρένεια, είναι μικρός. Μάλιστα ισχυρίζονται ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν Οξεία Καταθλιπτική Διαταραχή.(7) Τα δεδομένα των ερευνών δείχνουν ότι υψηλά ποσοστά Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας έχουν βρεθεί και σε συγγενείς ατόμων που πάσχουν από Κατάθλιψη, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η συγκεκριμένη διαταραχή δεν έχει συνδεθεί μόνο με τη Σχιζοφρένεια αλλά και με άλλες διαταραχές.(18) Άλλωστε, πολλοί από τους ασθενείς που πάσχουν από Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας είχαν διαγνωστεί στο παρελθόν με Μείζονα Κατάθλιψη ή βιώνουν ταυτόχρονα με τη διαταραχή και Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο.(11)

Αδιαμφισβήτητο γεγονός είναι ότι η Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά και μόνο όταν υπάρχει Σχιζοφρένεια ή κάποια Διαταραχή του Συναισθήματος με ψυχωσικά συμπτώματα ή κάποια Ψυχωσική Διαταραχή.(7) Αυτό είναι ένα γεγονός που

συνιστά διαγνωστική δυσκολία, καθώς η διάγνωση της διαταραχής περιπλέκεται από την παρεμβολή συμπτωμάτων και άλλων διαταραχών. Ο Morey (1988) ανακάλυψε ότι άτομα που διαγνώστηκαν με Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας ταυτόχρονα πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση και άλλων διαταραχών με τα εξής ποσοστά :

- 33% των περιπτώσεων και για Μετايχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας
- 33% των περιπτώσεων και για Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας
- 59% των περιπτώσεων και για Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας
- 59% των περιπτώσεων και για Παρανοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας
- 44% των περιπτώσεων και για Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας

Τα ποσοστά αυτά είναι ανησυχητικά αν θέλουμε να θεωρούμε ότι η Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας μια ευδιάκριτη, ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα.(6)

▪ Πορεία – πρόγνωση

Τα συμπτώματα της Σχιζότυπης Διαταραχής Προσωπικότητας εμφανίζονται από την πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και για να διαγνωστεί η διαταραχή αυτή είναι απαραίτητο να πληρείται η προϋπόθεση ότι τα συμπτώματα είναι παρόντα σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ατόμου.(11,21) Η συμπτωματολογία των ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας, κατά κανόνα, παραμένει σταθερή στην προοπτική του χρόνου.(21) Οι ασθενείς σαν παιδιά είναι πολύ πιθανό να είναι απομονωμένοι, ίσως γιατί για τους συνομηλικούς τους ήταν πολύ περίεργοι. Έτσι, αποτελούν συχνά το αντικείμενο για πειράγματα ή και για αποξένωση από την υπόλοιπη ομάδα.

Σαν ενήλικοι είναι πιθανό να είναι μέλη σε περίεργες, ομάδες κλειστού κυκλώματος, που τα μέλη τους μοιράζονται ένα κοινό τρόπο σκέψης και κατανόησης, συνήθως ομάδες που ασχολούνται με τις υποτιθέμενες παραφυσικές δυνάμεις ατόμων. Τέτοιες ομάδες μπορούν να αποπροσανατολίσουν ακόμα περισσότερο το άτομο από την πραγματικότητα

και να ενισχύσουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχώσεων και διασχιστικών διαταραχών. Τα συμπτώματα πάντως δεν φαίνεται να εξασθενούν με την πάροδο της ηλικίας, αλλά η πορεία της διαταραχής δείχνει να είναι μάλλον σταθερή στη διάρκεια της ζωής του ατόμου, με τα άτομα αυτά να απασχολούνται περιοδικά σε κάποιες εργασίες, να είναι αποτραβηγμένα από την κοινωνία και περιθωριοποιημένα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους.(7) Ωστόσο, σημαντικός αριθμός αυτών των ασθενών έχει μια μάλλον ικανοποιητική κοινωνική προσαρμογή (γάμο, επαγγελματική δραστηριότητα).(21)

Ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας αναπτύσσει, αργότερα, όπως προαναφέρθηκε, Σχιζοφρένεια ή άλλου τύπου Ψυχωσική Διαταραχή.(21)

▪ **Θεραπεία**

Η αντιμετώπιση ατόμων με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας διαφέρει σημαντικά από αυτή των ατόμων με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας. Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν άτομα με παρανοϊκό ιδεασμό (κυρίως στις περιόδους έξαρσης της συμπτωματολογίας).(21) Πιο συγκεκριμένα, μικρές δόσεις νευρολεπτικών φαρμάκων (θειοθιξίνη) έχουν δείξει κάποια αποτελεσματικότητα στην θεραπεία των συμπτωμάτων, ιδιαίτερα της παρέκκλισης των αντιλήψεων και του κοινωνικού άγχους.(7)

Η ψυχοθεραπευτική βοήθεια (κυρίως ατομική, υποστηρικτικού τύπου) μπορεί να βελτιώσει τις δυνατότητες του ατόμου για κοινωνικές σχέσεις και ακόμη την ικανότητά του στο χειρισμό και την επίλυση προβλημάτων.(21) Οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να ακολουθήσουν σε αυτές τις περιπτώσεις γνωστικές και συμπεριφοριστικές θεραπείες υποστήριξης. Οι ασθενείς αυτοί βρίσκουν αγχώδη την ανάπτυξη εγγύτητας και συναισθηματικότητας στη θεραπεία και παρουσιάζουν την τάση για παλινδρόμηση και αποπροσανατολισμό. Επίσης η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί να έχει θετική επίδραση, με την προϋπόθεση ότι η ομάδα είναι καλά δομημένη και προσφέρει μεγάλη υποστήριξη στα μέλη. Η συναισθηματική ένταση και η οικειότητα, που αναπτύσσονται σε μη δομημένες ομάδες ψυχοθεραπείας, θεωρούνται αγχώδεις για τους συγκεκριμένους ασθενείς. Παρόλα αυτά, οι

ασθενείς εκείνοι που παρουσιάζουν παρανοειδή συμπτώματα είναι πιθανό να παρουσιάσουν δυσκολία να λειτουργήσουν μέσα σε δομημένες ομάδες.(7)

Βιβλιογραφία

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (4TH EDITION). WASHINGTON, DC: ΑΥΤΟΕΚΔΟΣΗ
2. ATKINSON, R.L., ATKINSON R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J. (1993) "INTRODUCTION TO PSYCHOLOGY" USA: HARCOURT BRACE COLLEGE PUBLISHERS (11TH EDITION).
3. BERNSTEIN, D.P., USEDA, D., & SIEVER, L.J. (1993). PARANOID PERSONALITY DISORDER: REVIEW OF THE LITERATURE AND RECOMMENDATIONS. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 7, 53-62.
4. CAMERON N, RYCHLAK J: PERSONALITY DEVELOPMENT AND PSYCHOPATHOLOGY: A DYNAMIC APPROACH. HOUGHTON MIFFLIN, 1985.
5. CANNON, T.D., MEDNICK, S.A. PARNAS, J., SCHULSINGER, F., PRAESTHOLM, J., & VES TERGAARD, A. (1994). DEVELOPMENTAL BRAIN ABNORMALITIES IN THE OFFSPRING OF SCHIZOPHRENIC MOTHERS: 2. STRUCTURAL BRAIN CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 51, 955-962.
6. DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. (1998) "ABNORMAL PSYCHOLOGY" USA: JOHN WILEY & SONS, INC.
7. ELKIN, O. (1999) 'INTRODUCTION TO CLINICAL PSYCHIATRY" USA: APPLETON N' LANGE (1ST EDITION)
8. GELDER, M., GATH, D. & MAYON, R. (1989) OXFORD TEXTBOOK OF PSYCHIATRY (2ND ED.). OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
9. GOLDSTEIN, E.B. (1994) "PSYCHOLOGY" USA: BROOKS/COLE PUBLISHING COMPANY
10. GROSS, R. (1996) "PSYCHOLOGY – THE SCIENCE OF MIND AND BEHAVIOUR" UK: HODDER & STOUGHTON (3RD EDITION).
11. KAY, J., TASMAN, A., LIEBERMAN, J.A.(2000) "PSYCHIATRY" USA: W.B. SAUNDERS COMPANY.
12. KETY, S.S., ROSENTHAL, D., WENDER, P.H., & SCHULSINGER, F. (1968). THE TYPES AND PREVALENCE OF MENTAL ILLNESS IN THE BIOLOGICAL AND ADOPTIVE FAMILIES OF ADOPTED SCHIZOPHRENICS. IN D. ROSENTHAL & S.S. KETY (EDS.), THE TRANSMISSION OF SCHIZOPHRENIA. ELMSFORD, NY: PERGAMON.
13. KRETSCHMER, E. (1936) PHYSIQUE AND CHARACTER (2ND ED.) (W.J.H. SPROTT & K PAUL TRENCH, TRANS). NEW YORK: TRUBNER.
14. MOREY, L.C. (1988). PERSONALITY DISORDERS IN DSM-III AND DSM-III-R: AN EXAMINATION OF CONVERGENCE, COVERAGE, AND INTERNAL CONSISTENCY. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 145, 573-577.

15. NIGG, J.T., & GOLDSMITH, H.H. (1994). GENETICS OF PERSONALITY DISORDERS: PERSPECTIVES FROM PERSONALITY AND PSYCHOPATHOLOGY RESEARCH. *PSYCHOLOGICAL BULLETIN*, 115, 346-380.
16. SIEVER, L.J., AMIN, P., COCCARO, E.P., TRESTMAN, R., SILVERMAN, J., ET AL. (1993). CSF HOMOVANILLIC ACID IN SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 150, 149-151.
17. SPITZER, R.L., ENDICOTT, J., & GIBBON, M. (1979). CROSSING THE BORDER INTO BORDERLINE PERSONALITY AND BORDERLINE SCHIZOPHRENIA. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 36, 17-24.
18. SQUIRES-WHEELER, E., SKODAL, A., AGAMO, O.M., BASSETT, A.S. ET AL. (1993). PERSONALITY FEATURES AND DISORDER IN THE SUBJECTS IN THE NEW YORK HIGH-RISK PROJECT. *JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH*, 27, 379-393.
19. WEISSMAN, M.M. (1993). THE EPIDEMIOLOGY OF PERSONALITY DISORDERS: A 1990 UPDATE. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 7, 44-61.
20. WIDIGER, T., FRANCES, A., WARNER, L. & BLUHM, C. (1986). DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE BORDERLINE AND THE SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDERS. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 95, 43-51.
21. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ.Ν. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (2004). «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ». ΑΘΗΝΑ: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ. ΣΕΛ. 525-542
22. ZIMMERMAN, M., & CORYELL, W. (1989). DSM-III PERSONALITY DISORDER DIAGNOSES IN A NONPATIENT SAMPLE. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 46, 682-689.

Αποφευκτική-Εξαρτητική-Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

▪ Εισαγωγή

Τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές αυτής της κατηγορίας αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με την δυνατότητα να εκφράζουν ελεύθερα και να στηρίζουν με δυναμισμό τις απόψεις τους, καθώς και προβλήματα με την αυτοεκτίμησή τους. Αισθάνονται άσχημα ακόμα και με τις πιο διακριτικές εκφράσεις επιθετικότητας ή αρνητικών συναισθημάτων απέναντι στο πρόσωπό τους. Η κοινωνική απομόνωση, συναισθήματα ότι το άτομο είναι ανίκανο και ανάξιο και η υπερευαίσθησία στην κριτική των άλλων είναι κοινά χαρακτηριστικά των τριών διαταραχών. Ωστόσο, διαφέρει κατά πολύ ο τρόπος με τον οποίο εκφράζονται σε κάθε διαταραχή.(6)

Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει ασθενείς, που εμφανίζουν έντονα στοιχεία κοινωνικής αναστολής, δηλαδή ασθενείς αποσυρμένους από τις κοινωνικές σχέσεις. Οι συμπεριφορές αυτές, που οδηγούν το άτομο στην κοινωνική απομόνωση, είναι σταθερές στο πέρασμα του χρόνου. Συνήθως συνοδεύονται από έντονα συναισθήματα άγχους, όταν τα άτομα αυτά βρεθούν εκτεθειμένα μέσα σε μια διαπροσωπική σχέση. Ο ασθενής διακατέχεται από αισθήματα αναξιότητας, ανεπάρκειας, ντροπής και υπερευαίσθησίας στην αρνητική κριτική των άλλων.(15)

▪ Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός στον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με το DSM-IV, κυμαίνεται από 0,5%-1% (6, 14). Φαίνεται ότι απαντάται πιο συχνά στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, καθώς η αναλογία ανδρών προς γυναικών είναι 3:2.

Η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας αποτελεί περίπου το 10% του συνόλου των Διαταραχών Προσωπικότητας. Επίσης, σε ότι αφορά στα άτομα που υποφέρουν από κάποια ψυχική νόσο, αλλά δεν νοσηλεύονται σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο, 10% από αυτούς έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από αυτή την διαταραχή.(6)

▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Οι μελέτες προσανατολίζονται περισσότερο προς την ενίσχυσης της άποψης ότι στις συμπεριφορές αποφυγής και στις αντιδράσεις ντροπής συμβάλλουν και γενετικοί-ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες.(15)

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση, σε ότι αφορά στους ψυχολογικούς μηχανισμούς, εστιάζει στην ψυχοδυναμική συνάφεια της διαταραχής αυτής με τη Φοβική Νεύρωση. Επιπλέον, αναφέρεται στην ενεργοποίηση αμυντικών μηχανισμών, όπως η απώθηση και η μετάθεση, καθώς και στην παλινδρόμηση στη ναρκισσιστική σχέση με το αντικείμενο.(15)

Η γνωσιακή–συμπεριφοριστική προσέγγιση αναφέρεται σε ένα μαθησιακό πρότυπο συμπεριφοράς, το οποίο έχει διαμορφωθεί βάσει της έμφασης του ατόμου σε μια πραγματική ή φαντασιωσική τραυματική εμπειρία. Ως επακόλουθο, παρατηρείται η μειωμένη συμμετοχή και η έλλειψη αισθήματος ικανοποίησης από άλλες ευχάριστες εμπειρίες.(15)

▪ **Κλινική εικόνα – διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV:

1. Αποφυγή δραστηριοτήτων και επαφών με τρίτους: Οι πάσχοντες από αυτή τη διαταραχή θα αποφύγουν επαγγελματικές δραστηριότητες, οι οποίες προϋποθέτουν διαπροσωπικές επαφές σε εκτεταμένο βαθμό, κυρίως από το φόβο ότι θα υποστούν κριτική και τελικά θα απορριφθούν από τους άλλους.(10,15) Συχνά έλκονται από και εμπλέκονται σε επαγγελματικές δραστηριότητες που τους επιτρέπουν να δουλεύουν απομονωμένοι. Με αυτό τον τρόπο, οι ζωές τους, στις περισσότερες περιπτώσεις, περιορίζονται σε τέτοιο βαθμό, που τα άτομα απομονώνονται στην προσπάθειά τους να αποφύγουν την φοβογόνο – αγχογόνο κριτική. Ακόμα, δραστηριότητές τους βρίσκονται εν γένει σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από αυτό που οι ικανότητές τους προδιαγράφουν.(6)
2. Αποφυγή σχέσεων: Οι ασθενείς αυτοί δείχνουν απροθυμία και διστακτικότητα στο να εμπλακούν με άλλους ανθρώπους και να δημιουργήσουν σχέσεις μαζί τους, εκτός και αν είναι σίγουροι ότι θα είναι αρεστοί σε αυτούς.(5,10,15) Στις κοινωνικές τους

συναναστροφές είναι συνήθως απόμακροι και συνεσταλμένοι. Η αιτία εντοπίζεται στον υπερβολικό τους φόβο ότι θα πουν ή θα κάνουν κάτι ανόητο και θα ντροπιαστούν, θα κοκκινίσουν ή με όποιο τρόπο θα γίνει εμφανής η αμηχανία και το άγχος τους.(5) Έτσι συναναστρέφονται με πολύ λίγους ανθρώπους, στην ουσία με αυτούς που δεν αποτελούν απειλή για τον ασθενή, που δεν αισθάνεται ο ασθενής ότι είναι πιθανό να στραφούν εναντίον του, να ασκήσουν κριτική ή να τον απορρίψουν.(6)

3. Συγκρατημένος μέσα στη σχέση: Ο ασθενής, που πάσχει από αυτή τη διαταραχή θα θέσει όρια και θα περιορίσει σε μεγάλο βαθμό και τις στενές διαπροσωπικές του σχέσεις, και πάλι από το φόβο ότι θα γελοιοποιηθεί, εκτεθεί ή ντροπιαστεί στα μάτια του συντρόφου του. (10,15)
4. Φόβος κριτικής ή απόρριψης: Οι πάσχοντες από τη διαταραχή δείχνουν ακόμα μια υπερενασχόληση και υπερευαισθησία στο ενδεχόμενο άσκησης κριτικής προς το πρόσωπό τους ή απόρριψής τους σε κοινωνικές καταστάσεις.(5,10,15) Ένας από τους φόβους που συχνά εκφράζουν είναι ότι αν τους ασκηθεί κριτική θα ξεσπάσουν σε κλάματα ή θα αντιδράσουν με κάποιον άλλον εξίσου εξευτελιστικό, όπως οι ίδιοι θεωρούν, τρόπο. Ο φόβος τους αυτός τους κρατά σε μια συνεχή επαγρύπνηση και δείχνουν ιδιαίτερη ευαισθησία σε ότι αφορά λέξεις ή και πράξεις των άλλων, που οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν ότι υποδηλώνουν αρνητική άποψη για τους ίδιους. Στην πραγματικότητα όμως τα περιστατικά που περιγράφουν και τους δίνουν αυτές τις διαστάσεις της απόρριψης από τους άλλους δεν είναι τίποτα παραπάνω από συμπτώσεις ή άσχετα γεγονότα, που η σημασία τους υπερεκτιμάται ή διαστρεβλώνεται.(6)
5. Συναισθήματα ανεπάρκειας: Πολλές φορές η τάση των ασθενών να περιορίζουν και να αποκλείουν τον εαυτό τους από τη συμμετοχή σε καινούριες κοινωνικές δραστηριότητες έχει να κάνει και με αισθήματα ανικανότητας και ανεπάρκειας.(10,15) Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από έναν ιδιαίτερο, βαθύ και περίπλοκο τρόπο σκέψης. Συγκεκριμένα, μπαίνουν συχνά στη διαδικασία να

αναθεωρούν και να επανεξετάζουν την συμπεριφορά τους. Έτσι, στοχεύουν στο να εντοπίσουν σημάδια ανικανότητας και ανεπάρκειας ή να επιβεβαιώσουν το πόσο ανάρμοστη και αδέξια είναι η συμπεριφορά τους. Βέβαια, το ίδιο κάνουν και για την συμπεριφορά των άλλων απέναντί τους, στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν σημάδια εχθρικής διάθεσης.(6)

6. Εικόνα εαυτού κατώτερη, μη ελκυστική: Τα άτομα αυτά βλέπουν τον εαυτό τους αδέξιο κοινωνικά, μη ελκυστικό σε διαπροσωπικό επίπεδο και κατώτερο από τους υπόλοιπους εν γένει.(5,10,15) Στην περίπτωση, μάλιστα, που κάποιος εκφράσει θετική άποψη για αυτούς, έχουν την τάση να αμφισβητούν την ειλικρίνεια του ατόμου αυτού.(5)

7. Δεν αναλαμβάνει ευθύνες ή πρωτοβουλίες: Οι πάσχοντες από τη διαταραχή αυτή είναι ασυνήθιστα διστακτικοί στο να ρισκάρουν να εμπλακούν σε νέες δραστηριότητες, να αναλάβουν ευθύνες ή να πάρουν πρωτοβουλίες. Βασική αιτία αποτελεί ο φόβος τους ότι δεν θα τα καταφέρουν και θα εξευτελιστούν.(10,15) Έτσι, συχνά θα υπερβάλλουν σε ότι αφορά στους κινδύνους και το ρίσκο ή στη δυσκολία κάποιας δραστηριότητας, που θα μπορούσαν να αναλάβουν, η οποία δεν συμπεριλαμβάνεται στην καθημερινή τους ρουτίνα.(5)

Τα άτομα, που πάσχουν από Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, χαρακτηρίζονται από την τάση τους να αποφεύγουν σχέσεις και δραστηριότητες.(15) Το κεντρικό στοιχείο της διαταραχής αυτής είναι η εκτεταμένη αίσθηση του ασθενούς ότι δεν αξίζει τίποτα και η υπερευαισθησία του αναφορικά με την πραγματική ή φανταστική απόρριψη, η οποία εκδηλώνεται σαν κοινωνική αναστολή.(6) Η συμπεριφορά αυτή έχει τη βάση της σε αισθήματα ντροπής και κατωτερότητας που κατακλύζουν το άτομο όταν έρχεται σε επαφή με άλλους, καθώς και σε φανταστικά σενάρια ότι οι άλλοι θα τους επικρίνουν και θα τους απορρίψουν.(15)

Συχνά οι ασθενείς αυτοί κατακλύζονται από συναισθήματα τα οποία προσπαθούν να καταπιέσουν. Όλα αυτά τα στοιχεία οδηγούν συχνά το άτομο σε ένα διαταραγμένο και αποδιοργανωμένο τρόπο σκέψης. Η εικόνα που δίνουν στους άλλους είναι ότι είναι άτομα αγχώδη και καταπιεσμένα και ότι

βρίσκονται συνεχώς σε ένταση και υπό πίεση. Μάλιστα, είναι πιθανό οι ασθενείς να προκαλούν στους άλλους, με την συμπεριφορά τους, εκείνα τα συναισθήματα που φοβούνται οι ίδιοι τόσο πολύ μήπως αντιμετωπίσουν.(6) Τις περισσότερες φορές επιλέγουν ως ερωτικούς συντρόφους ή ως φίλους ανθρώπους που θεωρούν ότι για κάποιο λόγο είναι κατώτεροι από τους ίδιους, γιατί έτσι η αυτοεκτίμησή τους ενισχύεται.

Όλες αυτές οι συμπεριφορές αποφυγής των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων οδηγούν το άτομο στην απομόνωση. Δεν είναι τίποτα άλλο παρά ένας τρόπος άμυνας-προστασίας του εαυτού τους από το άγχος της ενδεχόμενης αρνητικής κριτικής ή τελικά και απόρριψης από τους άλλους.(15)

▪ Διαφορική διάγνωση

Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις εξής διαταραχές:

1. Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία: Σε αυτή την περίπτωση η αποφευκτική συμπεριφορά αρχίζει μετά από τις κρίσεις πανικού. Αντίθετα, στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας η συμπτωματολογία είναι σταθερή στο χρόνο και αρχίζει σε μικρότερη ηλικία (συνήθως πρώιμη ενήλικη ζωή).(15)
2. Σχιζοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας: Οι άνθρωποι που πάσχουν από Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας, όπως ακριβώς και οι πάσχοντες από Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι μοναχικά άτομα που αποφεύγουν τις ανθρώπινες συναναστροφές. Όμως, διαφοροποιούνται ως προς το γεγονός ότι οι ασθενείς με Σχιζοειδή Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι απομονωμένοι και απόμακροι γιατί δεν επιθυμούν ή δεν ενδιαφέρονται να δημιουργήσουν σχέσεις. Στη δεύτερη περίπτωση, αντιθέτως, οι ασθενείς αναζητούν την επικοινωνία και την προσκόλληση σε άλλους, αλλά αποφεύγουν να δημιουργήσουν σχέσεις μπροστά στο φόβο της κριτικής και της απόρριψης
3. Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας: Και στις 2 περιπτώσεις υπάρχει ο φόβος απόρριψης, όμως στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας συνοδεύεται από αισθήματα ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην κριτική των άλλων.(6,13,15)

Το DSM IV όμως συστήνει στους ειδικούς προσοχή κατά τη διάγνωση της διαταραχής αυτής όταν πρόκειται για άτομα που προέρχονται από κοινωνίες ή πολιτισμικές ομάδες, όπου υπάρχουν μεγάλες προσδοκίες από το άτομο να μην έχει πίστη στον εαυτό του και στις δυνάμεις του, και να είναι ντροπαλός. Επίσης προσοχή πρέπει να δοθεί και στις διαγνώσεις που πιθανόν να δοθούν σε μετανάστες. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να εμφανίζουν επιφανειακά τα συμπτώματα αλλά ουσιαστικά απλά να περνούν μια διαδικασία προσαρμογής στη νέα πολιτισμική τους πραγματικότητα. Δεν θα πρέπει επίσης να παρερμηνεύονται αυτές οι συμπεριφορές, και να θεωρείται ότι το άτομο πάσχει από Αποφευκτική Διαταραχή, όταν παρατηρούνται σε παιδιά και εφήβους. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα άτομα είναι φυσικό και αναμενόμενο να συμπεριφέρονται κάποιες φορές ντροπαλά και συνεσταλμένα λόγω ηλικίας.(6)

▪ **Συνοσηρότητα**

Η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι από τις Διαταραχές Προσωπικότητας που αναπτύσσουν πολύ συχνά συμπτωματολογία του Άξονα I (του DSM IV), δηλαδή Αγχώδεις Διαταραχές, Φοβίες και Συναισθηματικές Διαταραχές.(6,10,15) Άλλωστε τα διαγνωστικά κριτήρια είναι παρόμοια με τα κριτήρια της Κοινωνικής Φοβίας και για αυτό οι δύο διαταραχές είναι στενά συνδεδεμένες.(9) Όταν η διαταραχή συνυπάρχει με Αγχώδεις Διαταραχές η απομόνωση και η παραίτηση του ασθενούς μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις.(6)

Η διαταραχή έχει συνδεθεί επίσης και με την Μετ αιχμιακή/Μεθοριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας.(6,12)

Οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανόν να παρουσιάσουν και Διαταραχές του Συναισθήματος, όπως Κατάθλιψη, αλλά και παράπονα για σωματικούς πόνους.(6,10)

▪ **Πορεία – πρόγνωση**

Η διαταραχή ξεκινά νωρίς στην ενήλικη ζωή του ατόμου και είναι έκδηλη σε κάθε πτυχή της δραστηριότητάς του. Τα συμπτώματα της διαταραχής τείνουν όμως να εξασθενούν καθώς το άτομο μεγαλώνει.(10)

▪ **Θεραπεία**

Σε ότι αφορά στη φαρμακοθεραπεία, πολλοί ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά στην χορήγηση ελασσόνων ηρεμιστικών (αγχολυτικών), αλλά και

αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ειδικότερα σε αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης. Η φαρμακευτική θεραπεία έχει θέση όταν το άγχος είναι έντονο, ενώ κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις που είναι αναγκαίο για τον ασθενή να ξεπεράσει αρχικά τα αισθήματα έντονου κοινωνικού άγχους, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά και περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις καθημερινές του δραστηριότητες (π.χ. την ικανότητά του να εργαστεί, να συναναστραφεί με συναδέλφους, να παρουσιάσει τη δουλειά του σε κοινό κ.α.).(10,15)

Γενικευμένα αγχώδη συναισθήματα, καθώς και ειδικότερα συναισθήματα κοινωνικής φοβίας μπορούν να μειωθούν, να καταπιεστούν ή και να εξαφανιστούν μέσω φαρμακευτικής παρέμβασης. Συχνά οι ασθενείς αυτοί αδυνατούν να κατανοήσουν το μέγεθος, την έκταση και τη φύση της ασθένειάς τους και αναζητούν θεραπεία για μια συγκεκριμένη Αγχώδη Διαταραχή, για Κοινωνική Φοβία, ή για μια Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, η οποία μπορεί όντως να συνυπάρχει με την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Σε αυτές τις περιπτώσεις ο θεραπευτής πρέπει να παρακολουθεί στενά τη δόσολογία των φαρμάκων γιατί τα άτομα αυτά τείνουν να αναπτύσσουν εξάρτηση από τη φαρμακευτική αγωγή. Αυτό οφείλεται στο ότι νιώθουν ότι τα φάρμακα τους βοηθούν να ελέγξουν και να περιορίσουν τα συναισθήματα άγχους. Όμως, τα προβλήματα ανασφαλειών και τα αισθήματα ανικανότητας είναι πιθανό να απαιτούν μια θεραπευτική προσέγγιση περισσότερο βασισμένη στην κατανόηση.(10)

Σε ότι αφορά στις Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται συχνά η Γνωσιακή–Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, η οποία εστιάζει στην εκπαίδευση στην απόκτηση παρρησίας (assertiveness training).(15)

Χρήσιμη έχει αποδειχθεί και η Ψυχαναλυτικού Τύπου Ψυχοθεραπεία καθώς συνδυάζει τόσο την υποστηρικτική όσο και την εκφραστική-ερμηνευτική διάσταση, οι οποίες για τους πάσχοντες από Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι απαραίτητες για την ομαλή ψυχοθεραπευτική εξέλιξη.(15)

Η Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία στοχεύει στο να διδάξει στον ασθενή να αντιδρά με λιγότερο φόβο σε καταστάσεις κατά τις μέχρι πρότινος ένιωθε να απορρίπτεται ή που ελάμβανε ως εμπειρίες τραυματικές.(15)

Επίσης, οι ασθενείς βρίσκουν συχνά τη θεραπεία ομάδας ιδιαίτερα βοηθητική και ενημερωτική. Οι ομάδες υποστήριξης βοηθούν το άτομο να ανακαλύψει τις βαθύτερες αιτίες και τη φύση της συμπεριφοράς του. Παράλληλα, προσφέρουν και ένα περιβάλλον στο οποίο το άτομο θα βρει κατανόηση, και θα αισθανθεί άνετα να συζητήσει τις κοινωνικές του ανασφάλειες και να εξασκηθεί πάνω στην διαπροσωπική έκφραση συναισθημάτων και ιδεών. Ακόμα, θα κατορθώσει να ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του στο να πλησιάζει τους άλλους και να αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις και έξω από την ομάδα.(10)

Η διαταραχή αυτή είναι η μόνη από τις Διαταραχές της Προσωπικότητας που είναι δυστονική (ασύμφωνη) προς το Εγώ. Οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται πόνο, λύπη, υποφέρουν και αγωνιούν να δουν τις καταστάσεις να αλλάζουν, και ουσιαστικά κατηγορούν τον εαυτό τους για οποιαδήποτε δυσκολία συναντούν. Τα έκδηλα συναισθήματα άγχους, λύπης και πόνου, καθώς και ο φόβος των ασθενών μπορεί να εκδηλωθούν και σαν αδυναμία να κάνουν τα απαραίτητα βήματα για να φθάσουν μέχρι το σημείο να ζητήσουν ψυχοθεραπευτική βοήθεια.(6)

Όπως αναφέρθηκε ήδη, οι ασθενείς αδυνατούν συχνά να κατανοήσουν το είδος και την έκταση της ασθένειάς τους και αναζητούν θεραπεία για μια συγκεκριμένη ή γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, η οποία μπορεί πράγματι να συνυπάρχει με την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να διακρίνει ότι ο ασθενής δεν είναι ντροπαλός μόνο εξαιτίας της ανικανότητάς του να ελέγξει και να περιορίσει το άγχος του, αλλά υπάρχει και μια πιο εκτεταμένη και ουσιαστική διαταραχή που περιλαμβάνει τόσο συναισθήματα ανασφάλειας όσο και συναισθήματα χαμηλού αυτοσεβασμού, αυτοεκτίμησης και ακαταλληλότητας.

Εξαιρετικά χρήσιμες στη θεραπεία έχουν αποδειχθεί οι τεχνικές εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων, συστηματικής απευαισθητοποίησης, η ιεραρχία των φοβογόνων κοινωνικών καταστάσεων και η έκθεση στην πραγματικότητα. Είναι όμως εξαιρετικά εποικοδομητικό να συμπεριλάβει ο ψυχοθεραπευτής στην διαδικασία της θεραπείας και συζητήσεις για τις υπολανθάνουσες ανασφάλειες και τους φόβους σχετικά με την ελκυστικότητα, την απόρριψη και την οικειότητα.(10)

Όσον αφορά στη σχέση τους με το θεραπευτή τους είναι φανερό ότι οι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια και μάλιστα θεωρούν ότι βρίσκονται σε κατάσταση τέτοια, που η βοήθεια των άλλων είναι απαραίτητη. Ωστόσο, όπως και σε κάθε άλλη σχέση τους, κυριαρχεί η έλλειψη εμπιστοσύνης και ο φόβος της απόρριψης και της κριτικής. Δεδομένου του χαμηλού επιπέδου ανοχής της κριτικής, μια κουβέντα ή ένα σχόλιο, που κάποιο φυσιολογικό άτομο θα εισέπραττε ως εποικοδομητικό ή συμβουλή, το άτομο, που πάσχει από Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας θα το εκλάβει ως ιδιαίτερα σκληρό, τιμωρητικό και τρομερά απορριπτικό. Αυτό είναι ένα σημείο στο οποίο ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή του. Αυτός ο φόβος της απόρριψης μπορεί να δημιουργήσει αρκετά προβλήματα όπως στα χρονιά όρια, που περιορίζουν την επαφή με τον ασθενή και αναγκάζουν το θεραπευτή να επικεντρώνεται στα κεντρικά σημεία της συνεδρίας. Οι θεραπευτές θα πρέπει να έχουν προετοιμαστεί για τυχόν παρερμηνεία της βιασύνης ως ένδειξης εχθρικών αισθημάτων απέναντι στο πρόσωπό τους.(6)

Εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας

Οι πάσχοντες από Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται ως άτομα που εκδηλώνουν μια εξαρτημένη και υποτακτική συμπεριφορά. Αυτό οδηγεί τους σημαντικούς άλλους να αναλαμβάνουν κάθε ευθύνη για τις περισσότερες πλευρές της ζωής του ασθενούς. Ο τελευταίος κατακλύζεται από αισθήματα δυσφορίας και ανημπόριας κάθε φορά που μένει μόνος του, έστω και αν αυτό συμβαίνει για μικρές χρονικές περιόδους.

Ο Freud είχε περιγράψει παλαιότερα μια διάσταση της προσωπικότητας με βασικά χαρακτηριστικά την ανάγκη του ατόμου να είναι απόλυτα εξαρτημένο από άλλους, την παθητικότητα, την απαισιοδοξία, τον πεσιμισμό, την έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές του και τις σεξουαλικές φοβίες. Πρόκειται για μια διάσταση που παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας, έτσι όπως αυτή περιγράφεται από τα σύγχρονα διαγνωστικά συστήματα.(15)

▪ Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός της Εξαρτητικής Διαταραχής της Προσωπικότητας υπολογίζεται σε ποσοστό λίγο μεγαλύτερο από 1,5%, και πιο συγκεκριμένα στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες κυμαίνεται μεταξύ 1,6% - 6,7%. Η

διαταραχή αυτή απαντάται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, και αυτό πιθανότατα οφείλεται στις διαφορετικές διεργασίες και εμπειρίες κοινωνικοποίησης ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια.(4,14,15) Οι αιτίες εμφάνισης της διαταραχής μπορεί να διαφέρουν ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.(5) Επίσης, είναι μια διαταραχή που απαντάται συχνότερα σε άτομα που έχουν ιστορικό χρόνιας σωματικής νόσου κατά την παιδική ηλικία.(15) Γενικότερα, η Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας θεωρείται από τις πιο συχνές διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών.(5)

▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Σε ότι αφορά στην αιτιοπαθογένεια της Εξαρτητικής Διαταραχής της Προσωπικότητας υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να υπάρχει συμμετοχή γενετικών παραγόντων. Επίσης, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο περιορισμός του παιδιού στο να αναπτύξει την δική του ανεξάρτητη και αυτόνομη συμπεριφορά και στο να παίρνει πρωτοβουλίες είναι στοιχεία που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής αυτής.

Η ψυχαναλυτική θεωρία αναζητώντας τα αίτια εκδήλωσης της Εξαρτητικής Διαταραχής Προσωπικότητας εστιάζει σε καθλώσεις ή παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να εμφανιστεί σαν αποτέλεσμα της αποτυχίας επίλυσης της Οιδιποδειακής σύγκρουσης. Βέβαια, από τη στιγμή που αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης σε γυναίκες, ως αίτιο παρουσιάζεται αντίστοιχα το συνδρόμο της Ηλέκτρας.(15)

Δεν θα πρέπει να υποβαθμίζεται όμως και ο ρόλος κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων στην εκδήλωση της διαταραχής, όπως για παράδειγμα, η έμφαση που δίνεται από κάποιες κοινωνίες, στην εξάρτηση του παιδιού από τους γονείς του.(15)

▪ **Κλινική εικόνα – διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Εξαρτητικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV:

1. Ανάγκη να αναλαμβάνουν οι άλλοι την ευθύνη σημαντικών πλευρών της ζωής του ασθενούς: Τα άτομα αυτά χρειάζονται άλλους για να αναλάβουν την ευθύνη της λήψης των σημαντικότερων αποφάσεων της ζωής τους.(10,15) Συνήθως, επιτρέπουν στους συντρόφους τους

τελείως παθητικά να αποφασίζουν για το που θα μείνουν, τι επάγγελμα θα εξασκήσουν, ακόμα και για το με ποιους θα πρέπει να είναι φιλικοί και ποιους όχι. (5,6,7)

2. Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων: Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στη λήψη καθημερινών αποφάσεων ελλείπει της καθοδήγησης, επιβεβαίωσης και συμπαράστασης των σημαντικών άλλων.(10,15) Έτσι, βρίσκονται σε συνεχή αναζήτηση συμπαράστασης και επιβεβαίωσης για επιλογές που αφορούν όλες τις πτυχές της ζωής τους ακόμα και για τις πιο απλές αποφάσεις.(6)
3. Δυσκολία στην έκφραση διαφωνίας: Εμφανίζεται σημαντική δυσκολία στην έκφραση διαφωνίας προς τους άλλους ή στην προβολή απαιτήσεων, κυρίως εξαιτίας του φόβου ότι θα χαθεί η αποδοχή και η υποστήριξη.(5,15) Αυτή βέβαια η στάση έχει σαν αποτέλεσμα να καταπιέζουν τον εαυτό τους και να υποβαθμίζουν τη σημασία των δικών τους αναγκών μέσα στα πλαίσια της απεγνωσμένης προσπάθειάς τους να βεβαιωθούν ότι δεν θα διαλύσουν τις προστατευτικές σχέσεις που έχουν ήδη δημιουργήσει.(5) Στο κριτήριο αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται οι αντικειμενικοί φόβοι της ενδεχόμενης τιμωρίας ή ποινής, που θα επακολουθούσε μια τέτοια πράξη.(10)
4. Δυσκολία στο να ξεκινήσει ή να κάνει πράγματα μόνος του: τα άτομα που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή έχουν σημαντική δυσκολία στο να φέρουν σε πέρας κάποια εργασία μόνοι τους.(10,15) Αυτό συμβαίνει κυρίως εξαιτίας της έλλειψης αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης στην κρίση τους και τις ικανότητές τους και όχι λόγω έλλειψης κινήτρων ή ενέργειας να δραστηριοποιηθούν.(10) Μάλιστα παρουσιάζονται εξαιρετικά παθητικοί σε τέτοιες διαδικασίες καθώς φοβούνται ότι η ενεργός εμπλοκή τους σε οποιαδήποτε δραστηριότητα μπορεί να γεννήσει προσδοκίες στους σημαντικούς άλλους ότι οι ασθενείς μπορούν να αρχίσουν να φροντίζουν τον εαυτό τους.(6)
5. Προβαίνει ακόμα και σε υπερβολές προκειμένου να εξασφαλίσει την φροντίδα και την υποστήριξη των άλλων: Το άτομο, που πάσχει από Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να φθάσει σε ακραία σημεία προκειμένου να κερδίσει την υποστήριξη και την φροντίδα των άλλων. Για παράδειγμα, μπορεί να προθυμοποιηθεί να προβεί ακόμα

και σε πράξεις που του είναι δυσάρεστες ή να συμφωνήσει με τους άλλους ακόμα και όταν γνωρίζει ότι κάνουν λάθος.(5,7,10,15) Επίσης, συχνά χαρακτηρίζονται ως ευγενείς, γενναιόδωροι και άνθρωποι που εκδηλώνουν ανοικτά το ενδιαφέρον τους για τους άλλους. Τέτοιου είδους συμπεριφορές υποτακτικότητας και εξάρτησης, υποδηλώνουν την υπερβολική ανάγκη του ατόμου να υπάρχει κάποιος στη ζωή του, που να τον φροντίζει. Βέβαια, όλες αυτές οι συμπεριφορές τους στερούν την δυνατότητα να εκφράσουν οποιοδήποτε άλλο συναίσθημα που θα μπορούσε ενδεχομένως να απειλήσει την εξαρτημένη προσκόλλησή τους.(6)

6. Αίσθημα στενοχώριας ή έλλειψης βοήθειας όταν μένει μόνος του: ο ασθενής αισθάνεται άσχημα και αβοήθητος όταν βρεθεί μόνος του Αυτό οφείλεται στους υπερβολικούς φόβους του ότι είναι ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του, στη χαμηλή αυτοεκτίμησή του, την έλλειψη αυτοπεποίθησης, την αυστηρή αυτοκριτική και την αυτοϋποτίμηση.(5,6,7,10,15) Στις περιπτώσεις, που βρίσκονται μόνοι τους, θα επιδείξουν μια έντονη ενασχόληση με φόβους αναφορικά με το ότι οι άλλοι τους εγκατέλειψαν και θα πρέπει να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους.(5)
7. Τελειώνοντας μια στενή σχέση αναζητά επίμονα μιαν άλλη, που θα του προσφέρει φροντίδα και υποστήριξη: Το άτομο που πάσχει από αυτή τη διαταραχή αναζητά εσπευσμένα μια άλλη σχέση ως πηγή φροντίδας και υποστήριξης όταν η μέχρι πρότινος σχέση του λάβει τέλος.(5,6,10,15)
8. Υπέρμετρη ενασχόληση με μη ρεαλιστικούς φόβους εγκατάλειψης: Ο ασθενής ασχολείται σε υπερβολικό βαθμό με φόβους που αναπτύσσει σχετικά με το ότι θα τον εγκαταλείψουν και θα χρειαστεί να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του.(6,10,15) Η καταγωγή του παράλογου αυτού φόβου είναι το αίσθημα ανικανότητας να φροντίσει μόνος τον εαυτό του και η έντονη ανάγκη για την παρουσία κάποιου που να μπορέσει να τον στηρίξει. Είναι δε πολύ πιθανό η απειλή ότι μπορεί να χαθεί το άτομο αυτό να οδηγήσει σε σοβαρή κρίση.(6)

Τα άτομα με Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι συνήθως παθητικά. Χαρακτηρίζονται από μια εκτεταμένη και υπερβολική ανάγκη να

υπάρχει κάποιος άλλος που να τους φροντίζει (γονείς, σύζυγος, σύντροφος κ.α.). Πρόκειται για άτομα με μεγάλη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων για διάφορα θέματα της καθημερινής τους ζωής. Επιπλέον, διαθέτουν φόβους ενδεχόμενου αποχωρισμού, που αρχίζουν στην πρώιμη ενήλικη ζωή τους και οδηγούν σε υποχωρητικότητα και ολοκληρωτική παράδοση του εαυτού τους, καθώς και σε συμπεριφορές που υποδηλώνουν έντονη συναισθηματική εξάρτηση.(10,15)

Πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις προσδοκίες που αναπτύσσονται στην κοινωνία με βάση το φύλο και τις προσδοκίες για διαφορετικότητα των ατόμων είναι στοιχεία που πρέπει να συνυπολογίζονται στην διαδικασία της διάγνωσης.(6) Η ένδειξη σεβασμού, ευγένειας και παθητικότητας είναι στοιχεία της συμπεριφοράς των ατόμων, τα οποία παρουσιάζονται σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες με διαφορετική ένταση και σε διαφορετική έκταση από κοινωνία σε κοινωνία. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να μπορεί ο θεραπευτής να διαχωρίσει την Διαταραχή της Προσωπικότητας από την διαφορετικότητα της προσωπικότητας ενός ατόμου, που κατά πάσα πιθανότητα αντανάκλα τους διαφορετικούς κανόνες και νόμους της κοινωνίας από την οποία προέρχεται. Η διάγνωση προϋποθέτει ότι η συμπεριφορά εξάρτησης είναι δυσπροσαρμοστική, και καταλήγει σε κλινικά σημαντική δυσλειτουργία ή σε έντονα συναισθήματα πόνου και λύπης.(10)

Οι θεραπευτές, που κάνουν την διάγνωση, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στις περιπτώσεις που το άτομο υποφέρει από κάποιο σημαντικό πρόβλημα υγείας. Η υπερβολική εξάρτηση των ατόμων αυτών από άλλους είναι κοινό χαρακτηριστικό. Για να δοθεί η διάγνωση σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να υπάρχουν ενδείξεις ότι η εξάρτηση του ασθενούς ξεπερνά τα όρια του αναμενόμενου, δεδομένης της κατάστασης της υγείας του, και η συμπεριφορά αυτή της εξάρτησης θα πρέπει να έχει ξεκινήσει από νωρίς στην ενήλικη ζωή του ατόμου και να είναι έκδηλη σε διαφορετικές καταστάσεις και σε όλες τις πτυχές της ζωής του.(6)

Υπερβολική εξάρτηση συνήθως παρατηρείται σε άτομα που πάσχουν από ασθένειες που τα εξασθενούν σε τέτοιο βαθμό, που να μην μπορούν να αυτοσυντηρηθούν. Τέτοιες ασθένειες μπορεί να είναι η Αγοραφοβία, η Σχιζοφρένεια, η Νοητική Υστέρηση, σοβαροί εκτεταμένοι τραυματισμοί και η

άνοια. Όμως, η διάγνωση της Εξαρτητικής Διαταραχής της Προσωπικότητας προϋποθέτει την παρουσία συμπτωμάτων στο τέλος της παιδικής ηλικίας ή την αρχή της εφηβείας.(10)

- **Διαφορική διάγνωση**

Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις εξής διαταραχές:

1. Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Και στην Εξαρτητική αλλά και στην Μεθοριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας υπάρχει ο έντονος φόβος της εγκατάλειψης. Ωστόσο, στην περίπτωση της Μεθοριακής Διαταραχής Προσωπικότητας απαντάται και συναισθηματική αστάθεια, παρορμητική αλλά και χειριστική συμπεριφορά έναντι πολλών προσώπων.(15)

2. Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Και στην Εξαρτητική αλλά και στην Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας υπάρχει η ανάγκη για επιδοκιμασία, συμπαράσταση, προσοχή και αποδοχή. Αυτό που διαφοροποιεί τις δύο διαταραχές είναι το γεγονός ότι στην περίπτωση της Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι παρούσα η υπερβολική έκφραση συναισθημάτων καθώς και η έντονη ανάγκη για προσωπική προβολή. Πρόκειται για άτομα αξιοπρόσεκτα, εγωκεντρικά, δραστήρια και με έντονη αυτοπεποίθηση. Αντίθετα, στην Εξαρτητική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχουμε να κάνουμε με άτομα που έχουν την τάση να είναι περισσότερο σεμνά, που δεν προσπαθούν να εντυπωσιάσουν τους άλλους ή να προβάλλουν τον εαυτό τους με οποιοδήποτε τρόπο. Πρόκειται επίσης για άτομα που εύκολα μπορεί κανείς να τα χειριστεί και που παρουσιάζουν φαινομενικά αλτρουιστικές διαθέσεις.(10,15)

3. Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Και στις δύο διαταραχές είναι χαρακτηριστικός ο φόβος της απόρριψης. Ωστόσο στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας παρατηρούνται και αισθήματα ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην κριτική των άλλων.(15)

4. Αγοραφοβία.

Στην Αγοραφοβία, όπως και στην Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας, το άτομο επιθυμεί να αναλάβουν οι άλλοι τις ευθύνες της δικής του ζωής. Ωστόσο, αυτή η επιθυμία σχετίζεται με συγκεκριμένους φόβους και επιπρόσθετα το άτομο εμφανίζει έντονο άγχος.(15)

▪ Συνοσηρότητα

Συχνά συνυπάρχουν με την Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας Άγχος ή και Κατάθλιψη, ενώ το άτομο μπορεί να αναπτύξει ακόμη και Μείζονα Κατάθλιψη μετά από χωρισμό από το πρόσωπο από το οποίο εξαρτάται.(15) Τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή αυτή έχουν υψηλές πιθανότητες να παρουσιάσουν και Αγχώδεις Διαταραχές ή Διαταραχές του Συναισθήματος, Δυσθυμική Διαταραχή ακόμα και Διαταραχή Προσαρμογής.(6,10) Η σχέση της Εξαρτητικής Διαταραχής Προσωπικότητας με το Άγχος και την Κατάθλιψη αποδεικνύεται και μέσα από έρευνες. Σύμφωνα με αυτές, οι συγγενείς ανδρών, που έχουν διαγνωστεί ως πάσχοντες από Εξαρτητική Διαταραχή της Προσωπικότητας, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά Κατάθλιψης, ενώ οι συγγενείς των γυναικών, που έχουν λάβει την διάγνωση της Εξαρτητικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά Διαταραχής Πανικού.(5)

Η Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας συχνά συνυπάρχει και με άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας όπως η Αποφευκτική, Ιστριονική, Μεταιχμιακή και Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας.(6,10,12,15)

Όσον αφορά στα παιδιά που παρουσιάζουν την ασθένεια αυτή μπορεί να παρουσιάσουν και Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού ή χρόνιες σωματικές ασθένειες.(6)

▪ Πορεία – πρόγνωση

Είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται νωρίς στην ενήλικη ζωή του ατόμου και είναι έκδηλη σε διαφορετικές πτυχές της ζωής του. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή σαν παιδιά και σαν έφηβοι είναι υπερβολικά υποτακτικά. Πολλοί από αυτούς αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας αντιμετώπισαν Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού. Φοβούνται υπερβολικά να μην χάσουν το ενδιαφέρον, την φροντίδα και την υποστήριξη των άλλων και ειδικότερα του ατόμου στο οποίο είναι συναισθηματικά προσκολλημένοι.(10) Διατηρούν έντονες αμφιβολίες για τις δυνατότητες και τις ικανότητές τους και, παρότι μπορεί με μια επιδερμική ματιά να φαίνονται θετικοί άνθρωποι, στην ουσία είναι πεσιμιστές.(6)

Οι ασθενείς νιώθουν αδύναμοι να μείνουν μόνοι τους, κυρίως γιατί τα όποια συναισθήματα αυτοαξίας έχουν πηγάζουν μέσα από την ύπαρξη μιας σχέσης, και δεν έχουν άλλη πηγή από όπου να αντλήσουν αυτοσεβασμό και

αυτοεκτίμηση.(10) Για να ενθαρρύνουν την δημιουργία αυτού του είδους της σχέσης εξάρτησης χρησιμοποιούν μεθόδους όπως το να προβάλλουν τις αδυναμίες τους, να αποκρύπτουν τα δυνατά τους σημεία, και να εκμηδενίζουν τη σημασία των διαφωνιών και των συγκρούσεων, που μπορεί να προκύπτουν στη σχέση. Η τάση τους όμως να επικεντρώνουν την προσοχή τους στα θετικά σημεία της σχέσης τους είναι ένας τρόπος υπεκφυγής και άρνησης να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της σχέσης αυτής Αυτό είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει στην λήξη του δεσμού.

Οι απαιτήσεις για συνεχή επιβεβαίωση και οι προσδοκίες των ασθενών αυτών για συμπαράσταση και φροντίδα είναι τόσο έντονες, που συχνά ακόμα και οι πιο ταιριαστοί σύντροφοι τους δεν αντέχουν και τους εγκαταλείπουν ή τους απορρίπτουν από τα πρώτα κίονα στάδια της σχέσης.(6) Το άτομο μπορεί να αναπτύξει ακόμη και Μείζονα Κατάθλιψη μετά από χωρισμό από το πρόσωπο από το οποίο εξαρτάται.(15) Σε διαφορετική περίπτωση μετά το τέλος μιας σχέσης ο ασθενής βιάζεται τόσο να την αντικαταστήσει με κάποια καινούρια, που μπορεί να μην αφήσει στον εαυτό του καν τα περιθώρια επιλογής συντρόφου.(6,10)

Εξαιτίας του υπερβολικού φόβου τους να μην μείνουν μόνοι, δημιουργούν σχέσεις ακόμα και με άτομα που είναι αναξιόπιστα, απαθή, που έχουν την τάση να εκμεταλλεύονται ή ακόμα και να κακοποιούν το σύντροφό τους.(10) Είναι πολύ πιθανό να συμφωνήσουν σε πράγματα τα οποία είναι άκρως αντίθετα με τις αντιλήψεις και τα πιστεύω τους, να συμβιβαστούν και να ανεχτούν εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις όπως η σεξουαλική ή η σωματική κακοποίηση, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το ενδεχόμενο να χάσουν το σύντροφό τους και να πρέπει να φροντίσουν τον εαυτό τους.(6,7) Έτσι πολλές φορές δίνουν την εντύπωση ότι είναι αφελείς.(6)

Όσον αφορά στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν δυσλειτουργίες κυρίως αναφορικά με δραστηριότητες ή πλευρές του επαγγέλματος οι οποίες προϋποθέτουν ότι το άτομο θα παίρνει πρωτοβουλίες και θα αναλαμβάνει με δική του ευθύνη να τις βγάλει σε πέρας.(10)

Η κοινωνικολειτουργική εξέλιξη του ατόμου θα εξαρτηθεί σε γενικές γραμμές από την ύπαρξη σχέσεων ελεγχόμενης εξάρτησης και υποστήριξης, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν και θετική επίδραση στη ζωή του ασθενούς.(15)

▪ Θεραπεία

Σε ότι αφορά στη φαρμακοθεραπεία, στις περιπτώσεις που η Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας συνοδεύεται από Αγχώδεις Διαταραχές, συνίσταται η χορήγηση ελασσόνων ηρεμιστικών. Στην περίπτωση συνοσηρότητας με καταθλιπτικές εκδηλώσεις, συνίσταται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών.

Αναφορικά με τα ηρεμιστικά προτείνεται η χορήγηση φαρμάκων με μικρή ή και καθόλου εξαρτησιογόνο δράση, όπως η βουσπιρόνη.(15) Σε ότι αφορά όμως σε αυτή καθαυτή τη συμπτωματολογία της Εξαρτητικής Διαταραχής Προσωπικότητας, μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο που να βοηθά τη θεραπεία με την έννοια της καταστολής των συμπτωμάτων.(10)

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ατομικές ή ομαδικές, ψυχαναλυτικής ή συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, αποδεικνύονται σε πολλές περιπτώσεις αποτελεσματικές καθώς συμβάλλουν στο να αποκτήσει το άτομο αυτοπεποίθηση, ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του και το καθοδηγούν προς ένα περισσότερο αυτοδύναμο και ανεξάρτητο τρόπο λειτουργίας.(15)

Οι Γνωστικές–Συμπεριφοριστικές τεχνικές ψυχοθεραπείας είναι χρήσιμες στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων της ανικανότητας, της ανημπόριας και της ακαταλληλότητας.(10) Επίσης, η εκπαίδευση στις κοινωνικές τους δεξιότητες, στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων της καθημερινότητάς τους, όπως και στην ικανότητά τους για τη λήψη πρωτοβουλιών είναι ακόμα κάποια στοιχεία, που μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία.(10)

Σημαντική επίσης μπορεί να είναι και η επίδραση της ψυχοθεραπευτικής ομάδας, καθώς μια υποστηρικτική ομάδα μπορεί να βοηθήσει το άτομο να διασκορπίσει τα συναισθήματα εξάρτησης σε πολλά πρόσωπα, αντί για ένα πρόσωπο, που επικεντρωνόταν ως τώρα.(10) Επίσης η ψυχοθεραπευτική ομάδα μπορεί να βοηθήσει στην ανάδραση και επανατροφοδότηση όσον αφορά στα θέματα της συμπεριφοράς του ατόμου, και να χρησιμεύσει και στο να προσφέρει παραδείγματα προς μίμηση ή και εξάσκηση στην απόκτηση αυτονομίας και της ικανότητας να παίρνει πρωτοβουλίες.(10)

Σαν ασθενείς τα άτομα αυτά έχουν την τάση να υπακούουν, να συμφωνούν σε ότι τους ζητηθεί, χωρίς να φέρνουν αντιρρήσεις ή να δημιουργούν προβλήματα, και να είναι ευγνώμονες στον θεραπευτή τους πολλές φορές σε σημείο υπερβολής. Ένα σημαντικό σημείο στη θεραπεία

αυτών των ασθενών είναι να μην επιτρέψει ο θεραπευτής να εξελιχθεί η σχέση του με τον ασθενή σε κάτι ποιο σημαντικό από το λόγο για τον οποίο αρχικά δημιουργήθηκε, δηλαδή τη θεραπεία. Συχνά οι ασθενείς βρίσκουν ότι η θεραπευτική σχέση ικανοποιεί πολλές από τις επιθυμίες τους και τις ανάγκες τους όπως υποστήριξη, κατανόηση και ενδιαφέρον, και έτσι, αντί να επικεντρώνονται στο να πάψουν να εξαρτώνται σε τέτοιο βαθμό από τους άλλους και να στηρίζονται στον εαυτό τους, φροντίζουν να αναπτύξουν αυτή τη σχέση εξάρτησης με τον θεραπευτή τους.(10)

Οι θεραπευτές θα πρέπει να είναι πάντα σε εγρήγορση με αυτούς τους ασθενείς, κυρίως γιατί οι συναισθηματικές αντιδράσεις του θεραπευτή στον ασθενή μπορεί να οδηγήσουν στο να δημιουργηθεί μια τέτοια σχέση εξάρτησης από την πλευρά του ασθενούς.(6) Είναι πολλές φορές σημαντικό στη θεραπεία να διερευνηθεί τόσο η πηγή όσο και η έκταση της ανάγκης αυτής για φροντίδα και υποστήριξη. Συχνά οι ασθενείς αυτοί έχουν ιστορικό με σχέσεις απορριπτικές, σχέσεις εκμετάλλευσης ακόμα και σχέσεις με έντονο το στοιχείο της κακοποίησης. Αυτές οι εμπειρίες τους έχουν συμβάλει στα συναισθήματα που βιώνουν αργότερα και υποδηλώνουν ανασφάλεια καθώς και την πεποίθηση ότι είναι ανίκανοι.(10)

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Ο ασθενής, που διαγιγνώσκεται ως πάσχων από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας παρουσιάζει σε σταθερή και μακρόχρονη βάση: μια έντονη ενασχόληση με την τάξη, τις λεπτομέρειες και τα «πρέπει», μια τάση προς τελειοθηνία, η οποία οδηγεί στην αναποφασιστικότητα και την αμφιβολία, αλλά και χαρακτηριστική δυσκαμψία και «έλεγχο» των συναισθημάτων, πεισματική και επικριτική στάση.(15)

▪ Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας υπολογίζεται στο 1,5% του γενικού πληθυσμού.(6,11,15) Η διαταραχή είναι πιο συχνή στους άνδρες (σε αναλογία 2:1).(6,15)

Σε ότι αφορά στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, το ποσοστό που εμφανίζει Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας κυμαίνεται από 3%-10%.(6)

▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Αναφορικά με τη συμμετοχή γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις αλλά φαίνεται να είναι σαφέστερες στην περίπτωση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Νεύρωσης.(15)

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση εστιάζει στη συμβολή αμυντικών μηχανισμών όπως η μόνωση, ο σχηματισμός εξ' αντιδράσεως και η ακύρωση στη διαμόρφωση της ψυχικής δομής του ιδεοψυχαναγκαστικού ασθενούς. Οι τρεις αυτοί αμυντικοί μηχανισμοί αποσκοπούν στην εξουδετέρωση του ενοχικού άγχους που κατακλύζει τον ασθενή εξαιτίας των έντονων επιθετικών ή σαδιστικών ενορμήσεων του.(15)

▪ **Κλινική εικόνα - διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV:

1. Υπέρμετρη ενασχόληση με κανόνες και λεπτομέρειες: Οι ασθενείς, που εμφανίζουν την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας, ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, προγράμματα, την τάξη, την οργάνωση και μάλιστα σε σημείο που, στην προσπάθειά τους να έχουν τα πάντα σε τάξη και να ασκούν έλεγχο, χάνεται η ουσία της ίδιας της δραστηριότητας.(5,6,7,10,15)
2. Τελειοθηρία: Τα άτομα αυτά επιδεικνύουν τελειομανία η οποία παρεμβάλλεται και παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας. Το άτομο είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μια εργασία και αποδεικνύεται αναποτελεσματικό εξαιτίας των υπερβολικά αυστηρών μέτρων που θέτει και της ανικανότητάς του να φθάσει σε αυτό το επίπεδο ή εξαιτίας της σημασίας που δίνει στις διαδικαστικές λεπτομέρειες. (5,6,7,10,15) Ακόμα και οι πιο απλές εργασίες καταλήγουν να είναι ένα βάρος για τον ασθενή καθώς εγκλωβίζεται στις λεπτομέρειες.(8)
3. Αφοσίωση στην εργασία και στην παραγωγικότητα: Το άτομο, που πάσχει από αυτή τη διαταραχή, είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στη δουλειά και στην παραγωγικότητα και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αποκλείει από το καθημερινό του πρόγραμμα τα χόμπι και τις κοινωνικές συναναστροφές.(5,6,7,10,15)

4. Υπέρ το δέον ηθικολογία: Ο ασθενής είναι υπερβολικά ευσυνειδητος, προσεκτικός, λεπτομερής, διεξοδικός και άκαμπτος σε ότι αφορά στα θέματα ηθικής και αξιών.(10,15) Σε αυτό το κριτήριο δεν συμπεριλαμβάνονται οι πολιτισμικές αρχές και αξίες της κοινωνίας από την οποία προέρχεται το άτομο ή της θρησκείας την οποία ασπάζεται. (10)
5. Επιζητεί οι άλλοι να συμμερίζονται τις αξίες του: Ο πάσχων από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι εξαιρετικά διστακτικός στο να αναθέσει κάποια εργασία ή δραστηριότητα σε κάποιον άλλον, εκτός και αν αυτός υποκύψει να ακολουθήσει τον τρόπο που θα του υποδειχθεί ή αν είναι απολύτως σίγουρος ο ασθενής ότι θα λειτουργήσει με τον ίδιο τελειοθηρικό τρόπο που θα λειτουργούσε και ο ίδιος.(6,10,15)
6. Πεισματάρης: Τα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή πεισματικά απαιτούν τα πάντα να γίνονται όπως οι ίδιοι θέλουν και προσπαθούν να επιβληθούν και να ελέγξουν τους άλλους με τον ίδιο αυστηρό τρόπο που ελέγχουν και τον εαυτό τους.(5,6,15)
7. Τάση για τσιγγουνιά: Ο ασθενής υιοθετεί μια μίζερη συμπεριφορά τόσο σε ότι αφορά στο πώς ξοδεύει τα χρήματά του για τον εαυτό του και για τους άλλους, αλλά και σε ότι αφορά στα συναισθήματά του. Αντιμετωπίζει τα χρήματα σαν κάτι που θα πρέπει να αποταμιεύεται για μελλοντικές καταστροφές.(5,6,10,15)
8. Δεν αποχωρίζεται εύκολα αντικείμενα: Το άτομο, που πάσχει από αυτή τη διαταραχή, έχει μια σημαντική δυσκολία να πετάξει άχρηστα, κατεστραμμένα αντικείμενα, ακόμα και αυτά που δεν έχουν καμία συναισθηματική αξία για τον ίδιο.(5,6,10,15)

Ο ασθενής που πάσχει από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας, χαρακτηρίζεται από μια «τελειομανία», που αφορά τον ίδιον αλλά και το άμεσο περιβάλλον του. Συνεχώς θέτει κανόνες στον εαυτό του και στους άλλους και απαιτεί «όλα να είναι στην εντέλεια». Η τάση του αυτή τον εμποδίζει να πάρει γρήγορες αποφάσεις, όταν κληθεί να κάνει κάτι τέτοιο, και γενικότερα φαίνεται να αντιμετωπίζει μεγάλη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων εξαιτίας ακριβώς του φόβου ότι θα κάνει κάποιο λάθος.(5,7,8,15)

Ο ασθενής αδυνατεί να ξεφύγει από τους κανόνες και μένει εγκλωβισμένος μέσα σε αυτούς. Φοβάται την ανάληψη ευθυνών ή τη λήψη

αποφάσεων, γιατί κάτι τέτοιο πυροδοτεί το άγχος του και τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις αναφορικά με το τι είναι σωστό και τι όχι, τι βλάπτει τους άλλους κ.α.(15) Μια άλλη δυσκολία που αντιμετωπίζουν έχει να κάνει με την προσαρμογή τους σε νέες καταστάσεις.(5,7,8) Προτιμούν την ασφαλή ρουτίνα της οικογενειακής ζωής και αισθάνονται τρομερή αναστάτωση όταν έρχονται αντιμέτωποι με το ενδεχόμενο αλλαγών.(8)

Πολλές φορές η αυστηρότητα των ηθικών αρχών που υιοθετούν μπορεί να καταλήξει σε υπερβολική ενασχόληση με ιδέες ότι κάνουν λάθη και καταπατούν τις αρχές και τους κανόνες ηθικής τους, πράγμα που περιορίζει την απόλαυση και ευχαρίστηση οποιασδήποτε δραστηριότητας.(8) Ειδικά όσον αφορά στις ηθικές πεποιθήσεις και τα πιστεύω τους, πριν γίνει η διάγνωση και θεωρηθούν ως συμπτώματα της διαταραχής, ο θεραπευτής θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι δεν είναι χαρακτηριστικά της πολιτισμικής πραγματικότητας της κοινωνίας που ζει ή μεγάλωσε το άτομο.(6)

Το ίδιο ισχύει και για την αφοσίωση στη δουλειά και την παραγωγικότητα, η οποία ποικίλει σε μεγάλο βαθμό και εξαρτάται από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας και τις προσδοκίες που θέτει στα μέλη της. Για να γίνει η διάγνωση θα πρέπει η αφοσίωση στη δουλειά να βρίσκεται σε τέτοιο βαθμό, που να γίνεται δυσλειτουργική και να αποκλείει την διάθεση χρόνου για χόμπι και για φιλίες και κοινωνικές συναναστροφές.(10) Οι ασθενείς αυτοί έχουν, έτσι και αλλιώς, μεγάλες δυσκολίες στο να κατανείμουν σωστά το χρόνο τους ανάλογα με τις δραστηριότητές τους κυρίως γιατί φοβούνται ότι θα επικεντρωθούν σε λάθος δραστηριότητες.(5,7,8)

Αξίζει να σημειωθεί ότι η δυσλειτουργική προσήλωση στη δουλειά και την παραγωγικότητα είναι γνωρίσματα που συναντώνται πιο συχνά στους άνδρες παρά στις γυναίκες.(5) Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά, που απαντώνται σε αυτή τη διαταραχή, μπορεί όντως να είναι ιδιαίτερα βοηθητικά στο να ανελιχθεί επαγγελματικά ο ασθενής, ο οποίος ούτως ή άλλως έχει την τάση να επενδύει υπερβολικά στο επάγγελμα, το οποίο γίνεται πολλές φορές και σκοπός της ζωής του.(15)

Τα ίδια όμως χαρακτηριστικά αποτελούν συχνά την αιτία για ανύπαρκτες ή κατεστραμμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις χαρακτηρίζονται φτωχές και αυτό γιατί πεισματικά απαιτούν τα πάντα να γίνονται όπως οι ίδιοι θέλουν και προσπαθούν να επιβληθούν και να ελέγξουν

τους άλλους, με τον ίδιο αυστηρό τρόπο, που ελέγχουν και τον εαυτό τους. (5,6) Έτσι συχνά γίνονται επικριτικοί απέναντι στους άλλους, «κουραστικοί» με τις εμμονές που έχουν για την καθαριότητα, την τάξη, το πρόγραμμα, τα καθήκοντα και τα «πρέπει». Οι ασθενείς αυτοί αδυνατούν να αντλήσουν ευχαρίστηση από δραστηριότητες αλλά και να ευχαριστήσουν κάποιον άλλον μέσα σε μια σχέση καθώς προβάλλουν συνεχώς τις αξίες, την ηθική και τον «καθωσπρεπισμό» τους.(15)

Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι είναι υπερβολικά ευγενείς απέναντι στους άλλους, ακόμα και όταν δεν το υπαγορεύουν οι περιστάσεις. Για παράδειγμα, μπορεί να ζητήσει εκείνος «συγγνώμη» επειδή κάποιος άλλος τον έσπρωξε περνώντας στο δρόμο. Πρόκειται για μια ευγένεια, που μάλλον αποτελεί αμυντική στάση. Την στιγμή που ζητά συγγνώμη μπορεί η σκέψη του να κατακλύζεται από έντονα επιθετικές φαντασιώσεις. Μπορεί βέβαια να αντιδράσει και με έντονο θυμό σε κάποιες περιστάσεις αλλά είναι στιγμιαίος θυμός, ο οποίος συχνά μπορεί να ακολουθείται και από ενοχικά συναισθήματα για την εκδήλωσή του.(15)

Στις ερωτικές σχέσεις τους περιγράφονται συνήθως ανεσταλμένοι, ντροπαλοί, συνεσταλμένοι και ισχυρογνώμονες. Οι ερωτικοί τους σύντροφοι εκφράζουν ως παράπονο ότι οι ασθενείς αυτοί ως σύντροφοι δεν είναι καθόλου εκφραστικοί με τα συναισθήματά τους. Ωστόσο, οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ πιθανό να έχουν σταθερές σχέσεις στη ζωή τους, να αγαπούν τους συντρόφους τους αλλά να ασκούν υπέρμετρο έλεγχο στον εαυτό τους και κατ' επέκταση και στα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα να φαντάζουν στα μάτια των συντρόφων τους ως απόμακροι και επιφανειακοί.(15)

Γενικότερα οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται ως σοβαροί, αυστηροί στις απόψεις τους, εσωστρεφείς, άκαμπτοι όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης προβλημάτων, δεν διαθέτουν χιούμορ, ασκούν έντονη κριτική και δεν ανέχονται την κριτική των άλλων στο πρόσωπό τους, αναποφάσιστοι, ευσυνείδητοι και αμετάκλητοι όσον αφορά ζητήματα ηθικής.(5,6,8)

Γενικά, οι βασικές συγκρούσεις που αντιμετωπίζουν έχουν να κάνουν με ζητήματα ελέγχου και οι αμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούν περισσότερο είναι η ματαιώση (το άτομο εκδραματίζει συμβολικά με αντίθετο τρόπο κάτι μη αποδεκτό, που ήδη έχει γίνει ή απέναντι στο οποίο το Εγώ πρέπει να αμυνθεί) και η μόνωση (αποχωρισμός μιας ιδέας ή μνήμης από τη

συνοδό συναισθηματική της επένδυση). Η χρήση των αμυντικών μηχανισμών είναι μια απόπειρα να ασκήσουν έλεγχο επάνω σε σκέψεις και ενορμήσεις, που το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι μη αποδεκτές, καθώς και να αποφύγουν την αίσθηση ότι ελέγχονται από άλλους.(6)

▪ Διαφορική διάγνωση

Ο κλινικός θα πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή στη διαφοροδιάγνωση από την Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση. Παρότι οι όροι αυτοί υποδηλώνουν κάποια σχέση ανάμεσα στις δύο διαταραχές δεν έχει αποδειχθεί κάτι τέτοιο.(5) Οι ψυχαναγκασμοί (επίμονες και υποτροπιάζουσες σκέψεις, ιδέες και παρορμήσεις) και οι καταναγκασμοί (ανεξέλεγκτη, επίμονη, επαναλαμβανόμενη και ανεπιθύμητη τάση για την εκτέλεση μιας πράξης) παρουσιάζονται και στις δύο διαταραχές.(6) Στην Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση όμως τα συμπτώματα αυτά απαντώνται σε διαφορετικό βαθμό και ένταση από ότι στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και προκαλούν άγχος, λύπη και πόνο στον ασθενή, ο οποίος τα βιώνει σαν κάτι ξένο και δυστονικό προς το Εγώ.(5,6,10,15)

Επιπρόσθετα, στην Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση είναι παρούσες και συγκεκριμένες επαναλαμβανόμενες τελετουργίες/ιεροτελεστίες, οι οποίες αποσκοπούν στο να μετριάσουν ή να ελέγξουν το άγχος του ασθενούς, πράγμα που δεν συναντάται στους πάσχοντες από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(6,10) Στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας τα συμπτώματα είναι συντονικά/σύμφωνα προς το Εγώ.(10)

Σε ότι αφορά στο ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας, τα δεδομένα των ερευνών δεν συγκλίνουν. Κάποιοι αναφέρουν ότι ένα ποσοστό 50% των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση εμφανίζουν και Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας.(5,10,15) Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχει διαγνωστεί μόνο στη μειονότητα των ατόμων που πάσχουν από Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση.(3)

Επίσης, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, που έχουν διαγνωστεί με Ιδεοψυχαναγκαστική

Διαταραχή της Προσωπικότητας, δεν παρουσιάζουν ταυτόχρονα και Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση.(6,10) Αν πάραυτα σημειωθεί παρουσία της συμπτωματολογίας και των δύο διαταραχών, τότε θα πρέπει να δοθεί διάγνωση και για τις δύο, καθώς πρόκειται για δύο διαφορετικές διαταραχές που διαφοροποιούνται η μια από την άλλη και δεν είναι απίθανο να είναι παρούσες και οι δύο.(10)

▪ Πορεία – Πρόγνωση

Σαν παιδιά οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανό να ήταν υπεύθυνοι, ευσυνείδητοι, αλλά και σοβαροί, αυστηροί και περιορισμένοι. Σαν ενήλικοι είναι πιθανό να έχουν αξιοθαύμαστη πορεία στην επαγγελματική τους δραστηριότητα. Όσον αφορά στις σχέσεις τους με τον/την σύζυγο και τα παιδιά τους, είναι πολύ πιθανό να είναι τεταμένες. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να προκληθεί εξαιτίας της τάσης τους να είναι απόμακροι, αμέτοχοι και αυταρχικοί, εξαιτίας επίσης των περιορισμένων εκφράσεων και εκδηλώσεων συναισθημάτων, της τάσης τους να επιβάλλουν αυτό που ορίζουν οι κανόνες χωρίς σεβασμό για τις επιθυμίες και τα θέλω των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.(10) Γενικότερα όμως τα παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας παραμένουν σταθερά στη διάρκεια της ζωής τους, ενώ δεν είναι σπάνια η επίτασή τους.(15)

Όταν βρεθούν κάτω από συνθήκες έντονων ψυχοπιεστικών καταστάσεων, μπορεί να αναπτύξουν μια Καταθλιπτική Διαταραχή και, σπανιότερα, Ψυχωσικό Επεισόδιο. Η διαταραχή αυτή έχει σχετιστεί επίσης με την Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας καθώς και με Αγχώδεις Διαταραχές.(5,6,10,15) Επειδή τα συμπτώματα της διαταραχής παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τα στοιχεία της προσωπικότητας τύπου Α (ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα), οι ασθενείς έχουν μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρδιακά νοσήματα. Διαταραχές του Συναισθήματος μπορεί να μην προκύψουν, τουλάχιστον όχι μέχρι να συνειδητοποιήσει το άτομο το τίμημα της αφοσίωσής του στην δουλειά και την παραγωγικότητα. Αυτό τις περισσότερες φορές συμβαίνει στη μέση ηλικία. Βέβαια πολλοί από τους ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και στο επάγγελμά τους και για αυτούς οι πιθανότητες εμφάνισης τέτοιων διαταραχών είναι μεγαλύτερες εξαιτίας του συναισθήματος της αποτυχίας.(10)

▪ Θεραπεία

Σπάνια οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία για τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής. Συνήθως απευθύνονται σε ψυχοθεραπευτή για άλλα συμπτώματα δευτερευούσης σημασίας, όπως οι σχέσεις με τον/την σύζυγο και τους συνεργάτες, η δυσλειτουργία της οικογένειας, συμπτώματα Αγχωδών Διαταραχών, ή προβλήματα υγείας, όπως καρδιακές παθήσεις.(10)

Οι Γνωσιακές–Συμπεριφοριστικές Θεραπείες, που επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση της παράλογης και υπερβολικής ευσυνειδησίας, της ηθικής, της τελειομανίας και της αφοσίωσης στη δουλειά μπορούν να αποβούν εξαιρετικά αποτελεσματικές και είναι πιθανό οι ασθενείς να εκτιμήσουν την βασισμένη στη λογική προσέγγιση αυτής της θεραπείας.(10) Μπορεί ακόμα να υπάρξει και ένας συνδυασμός με συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές όπως το παίξιμο ρόλου, η συστηματική απευαισθητοποίηση κ.α.(15)

Τα άτομα αυτά μπορούν να αποδειχθούν δυσλειτουργικά μέσα σε ομάδες θεραπείας, κυρίως εξαιτίας της τάσης τους να επιβάλλουν τον δικό τους τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς στους άλλους και να ασκούν αυστηρή κριτική στους άλλους.(10) Παρόλα αυτά μπορεί κάποιοι από τους ασθενείς στην προσπάθειά τους να είναι πιο ευέλικτοι, πιο υπομονετικοί μπορεί να δείξουν μεγαλύτερη κατανόηση και να ανταποκριθούν στα συναισθήματα των άλλων και τελικά να αντιμετωπίσουν την ομάδα των θεραπευομένων ως θετική, κερδοφόρα και αξιόλογη, ιδιαίτερα όταν συνειδητοποιούν ότι αυτή η συμπεριφορά τους ενισχύεται και επιβραβεύεται.(10)

Δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποια φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει αποτέλεσμα στην θεραπεία της διαταραχής αυτής. Μερικοί ασθενείς δείχνουν δείγματα βελτίωσης μετά τη λήψη αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αλλά το γεγονός αυτό υποδηλώνει την παρουσία συμπτωμάτων άλλων διαταραχών και φαίνεται να επηρεάζονται τα βασικά συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής.(10)

Η ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικού τύπου, αποτελεί μια από τις συχνότερα εφαρμοζόμενες θεραπείες στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Ο ασθενής προχωρά αργά και σταδιακά σε διαδικασίες επίγνωσης αλλά και ψυχικής αλλαγής. Οι αντιστάσεις του, έτσι όπως αυτές εκφράζονται με τη χρήση αμυντικών μηχανισμών, είναι πιθανό να δυσχεράνουν την ψυχοθεραπευτική διεργασία.

Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζεται πολύ ελεγχόμενος και διανοητικοποιημένος και να καταβάλλει προσπάθειες να προβάλλει την εικόνα του «καλού παιδιού», αποκρύπτοντας συναισθήματα ενοχλητικά και σκέψεις επιθετικές. Πολλές άμυνές του είναι συντονικές προς το Εγώ και για αυτό το λόγο οι πρόωρες ερμηνείες μάλλον τις ενισχύουν. Ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να επιδείξει την ικανότητά του να αντέχει τις αντιστάσεις και να τις χρησιμοποιεί για να τις επεξεργαστεί με τον ασθενή όταν και εκείνος είναι έτοιμος και αυτό φαίνεται να είναι το κλειδί για να προχωρήσει η ψυχοθεραπευτική διεργασία και να ελπίζει ο θεραπευτής σε μια θετική έκβαση.(15)

Βιβλιογραφία

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (4TH EDITION). WASHINGTON, DC: ΑΥΤΟΕΚΔΟΣΗ
2. ATKINSON, R.L., ATKINSON R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J. (1993) "INTRODUCTION TO PSYCHOLOGY" USA: HARCOURT BRACE COLLEGE PUBLISHERS (11TH EDITION).
3. BAER, L., & JENIKE, M.A. (1992). PERSONALITY DISORDERS NI OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. *PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA*, 15, 803-812.
4. CORBITT, E.M., & WIDIGER, T.A. (1995). SEX DIFFERENCES IN THE PERSONALITY DISORDERS: AN EXPLORATION OF THE DATA. *CLINICAL PSYCHOLOGY: SCIENCE AND PRACTICE*, 2, 225-238.
5. DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. (1998) "ABNORMAL PSYCHOLOGY" USA: JOHN WILEY & SONS, INC.
6. ELKIN, O. (1999) 'INTRODUCTION TO CLINICAL PSYCHIATRY" USA: APPLETON N' LANGE (1ST EDITION)
7. GOLDSTEIN, E.B. (1994) "PSYCHOLOGY" USA: BROOKS/COLE PUBLISHING COMPANY
8. GROSS, R. (1996) "PSYCHOLOGY – THE SCIENCE OF MIND AND BEHAVIOUR" UK: HODDER & STOUGHTON (3RD EDITION).
9. HOFMANN, S.G., NEWMAN, M.G., EHLERR, A., & ROTH, W. (1995). PSYCHOPHYSIOLOGICAL DIFFERENCES BETWEEN SUBGROUPS OF SOCIAL PHOBIA. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 104, 224-231.
10. KAY, J., TASMAN, A., LIEBERMAN, J.A.(2000) "PSYCHIATRY" USA: W.B. SAUNDERS COMPANY.
11. LASSANO D., DEL BUONO, G., & LATAPANO, P. (1993). THE RELATIONSHIP BETWEEN OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSONALITY AND OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: DATA OBTAINED BY THE PERSONALITY DISORDER EXAMINATION, *EUROPEAN PSYCHIATRY*, 8, 219-221.
12. MOREY, L.C. (1988). PERSONALITY DISORDERS IN DSM-III AND DSM-IIIR: AN EXAMINATION OF CONVERGENCE, COVERAGE,

- AND INTERNAL CONSISTENCY. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 145, 573-577.
13. TRULL, T.J., WIDIGER, T.A., & FRANCES, A. (1987). COVARIATION OF CRITERIA FOR AVOIDANT, SCHIZOID, AND DEPENDENT PERSONALITY DISORDERS. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 144, 767-771.
14. WEISSMAN, M.M. (1993). THE EPIDEMIOLOGY OF PERSONALITY DISORDERS: A 1990 UPDATE. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 7, 44-61.
15. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ.Ν. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (2004). «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ». ΑΘΗΝΑ: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ. σελ. 525-542

Περιεχόμενα

Διαταραχές προσωπικότητας-Παρανοειδής-Σχιζοειδής-Σχιζότυπη-Αποφευκτική-Εξαρτητική-Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Διαταραχές προσωπικότητας

1. Γενικά για τις διαταραχές προσωπικότητας	2
2. Διαταραχές προσωπικότητας μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά	11
3. Παθητική – επιθετική / αρνητισμική διαταραχή της προσωπικότητας	11
4. Καταθλιπτική διαταραχή της προσωπικότητας	15
5. Θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας	17
6. Βιβλιογραφία	24

Παρανοειδής-Σχιζοειδής και Σχιζότυπη διαταραχή

1. Εισαγωγή	26
-------------	----

Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

2. Επιδημιολογία	26
3. Αιτιοπαθογένεια	27
4. Κλινική εικόνα – διάγνωση	27
5. Διαφορική διάγνωση	30
6. Συνοσηρότητα	31
7. Πορεία – πρόγνωση	32
8. Θεραπεία	32

Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας

9. Επιδημιολογία	34
10. Αιτιοπαθογένεια	35
11. Κλινική εικόνα – διάγνωση	35
12. Διαφορική διάγνωση	37
13. Πορεία – πρόγνωση	39
14. Θεραπεία	40

Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας

15. Επιδημιολογία	41
16. Αιτιοπαθογένεια	41
17. Κλινική εικόνα – διάγνωση	42

18. Διαφορική διάγνωση	45
19. Συνοσηρότητα	46
20. Πορεία – πρόγνωση	48
21. Θεραπεία	49
22. Βιβλιογραφία	50

Αποφευκτική-Εξαρτητική-Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

1. Εισαγωγή	52
-------------	----

Αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας

2. Επιδημιολογία	52
3. Αιτιοπαθογένεια	53
4. Κλινική εικόνα – διάγνωση	53
5. Διαφορική διάγνωση	56
6. Συνοσηρότητα	57
7. Πορεία – πρόγνωση	57
8. Θεραπεία	57

Εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας

9. Επιδημιολογία	60
10. Αιτιοπαθογένεια	61
11. Κλινική εικόνα – διάγνωση	61
12. Διαφορική διάγνωση	65
13. Συνοσηρότητα	66
14. Πορεία – πρόγνωση	66
15. Θεραπεία	68

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

16. Επιδημιολογία	69
17. Αιτιοπαθογένεια	70
18. Κλινική εικόνα – διάγνωση	70
19. Διαφορική διάγνωση	74
20. Πορεία – πρόγνωση	75
21. Θεραπεία	76
22. Βιβλιογραφία	77