

Γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας

Κουβαράκη Ε., Λεμονούδη Μ.

Εισαγωγή

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΙΨΔΠ) είναι μία χρόνια νοσολογική κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει ένα δυσλειτουργικό μοτίβο υπερβολικής τελειοθρίας, ελέγχου και ενασχόλησης με την τάξη και τις λεπτομέρειες [1]. Περιγράφηκε για πρώτη φορά περίπου πριν από 100 χρόνια, στα ψυχαναλυτικά κείμενα του Φρόντ [2], το 1952 συμπεριλήφθηκε στην πρώτη έκδοση του εγχειριδίου DSM [3] και έκτοτε έχει συμπεριληφθεί σε όλες τις εκδόσεις του ταξινομικού ψυχιατρικού συστήματος DSM. Η ΙΨΔΠ, στην τρέχουσα έκδοση του εγχειριδίου DSM 5 [4], εξακολουθεί να ανήκει στην Ομάδα Γ των Διαταραχών Προσωπικότητας, μαζί με την αποφευκτική και την εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας.

Τα χαρακτηριστικά της ΙΨΔΠ μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή δυσλειτουργία στο άτομο, το οποίο μέσα από ένα διαρκές κυνήγι τελειότητας, καταλήγει να μην μπορεί να προσαρμοστεί επαρκώς στις εναλλασσόμενες συνθήκες της καθημερινότητας [1]. Παρόλο που αποτελεί μία κλινική οντότητα, συχνή στον γενικό πληθυσμό, και με σοβαρές οικονομικές συνέπειες στα συστήματα υγείας, η έρευνα που έχει διεξαχθεί ως τώρα είναι ελάχιστη, και τα αποτελέσματά της συγκεχυμένα [5]. Λόγω της αλλαγής των διαγνωστικών κριτηρίων και των πληθυσμών προς διερεύνηση, η αξιολόγηση της ΙΨΔΠ και τα ευρήματα αναφορικά με την επιδημιολογία και την πορεία της διαταραχής είναι συχνά ασυνεπή. Παρ' όλα αυτά, μεγάλος αριθμός ερευνών κατατάσσει την ΙΨΔΠ ως την πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή προσωπικότητας στον γενικό πληθυσμό [4, 6].

Περιγραφή της διαταραχής: Χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα

Η ΙΨΔΠ χαρακτηρίζεται από οκτώ βασικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας [4]: έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, τελειοθρία, υπερβολική αφοσίωση στην εργασία και την παραγωγικότητα, υπερβολική ευσυνειδησία, δυσκολία του ατόμου να πετάξει πράγματα χωρίς αξία, αδυναμία ανάθεσης καθηκόντων σε άλλα άτομα, φιλαργυρία, ακαμψία και πεισματική στάση. Η ακατανίκητη ανάγκη για αυτοέλεγχο, και για έλεγχο των άλλων, πραγματοποιείται μέσω γνωσιακών στρατηγικών βασισμένων στην εξαιρετική αυστηρότητα, τη λεπτομέρεια και την τελειοθρία. Τα άτομα ασχολούνται διαρκώς με τις λεπτομέρειες, τους κανόνες και την τήρηση του προγράμματός τους. Η τελειοθρία τους παρεμβάλλεται στην ολοκλήρωση των υποχρεώσεων, λόγω των υψηλών κριτηρίων που θέτουν για να πετύχουν τον στόχο τους. Είναι πολύ αφοσιωμένα στη δουλειά και την παραγωγικότητα, έναντι της ψυχαγωγίας και της διασκέδασης. Όταν τίθενται ζητήματα αξιών, ηθικής, ήθους, τα άτομα αυτά είναι άκαμπτα, λεπτομερειακά, και υπερ-ευσυνείδητα. Συχνά, δεν μπορούν να αποχωριστούν μη χρήσιμα αντικείμενα, λόγω συναισθηματικής αξίας, ενώ είναι μετροημένα με το ξόδεμα των χρημάτων, για να είναι προετοιμασμένα για μελλοντικές καταστροφές. Γίνονται συγκεντρωτικά ως προς την ανάληψη καθηκόντων, καθώς δεν εμπιστεύονται τις ικανότητες των άλλων, και έχουν την τάση να γίνονται επίμονα [4, 7, 8]. Από γνωσιακής σκοπιάς, τα άτομα αυτά βλέπουν τον εαυτό τους ως υπεύθυνο και αξιόπιστο. Την ίδια στιγμή, πιστεύουν ότι είναι ανεπαρκή, αβοήθητα, ελαττωματικά. Αξιολογούν τους άλλους ως ανίκανους, απρόσεκτους και ότι παίρνουν τα πράγματα λιγότερο σοβαρά από ό,τι είναι. Τα «πρέπει» και οι κανονισμοί είναι σημαντικοί για την επιβίωσή τους. Πιστεύουν πως πρέπει να διατηρούν τον αυτοέλεγχό τους και να είναι τέλεια, και αν κάτι δεν πετύχει, κρίνουν τον εαυτό τους ως ανάξιο και αποτυχημένο [9, 10]. Τα άτομα με ΙΨΔΠ βασίζονται σε ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου, που κινητοποιεί τις συμπεριφορές τους, και σε ένα δικό τους σύστημα αξιολόγησης και επεξεργασίας των πληροφοριών. Η δυνατότητα οργάνωσης και επίλυσης προβλημάτων είναι αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται με κατάλληλο τρόπο. Μπορεί, όμως, να αποτελέσει πρόβλημα για το άτομο, όταν γίνεται υπερβολική και άσκοπη χρήση της

στρατηγικής αυτής. Η εξέλιξη των διαπροσωπικών στρατηγικών και των αντισταθμιστικών συμπεριφορών είναι ανάλογη των συντελεστικών πεποιθήσεων, των οποίων το περιεχόμενο θα περιγραφεί παρακάτω [11].

Γνωσιακό προφίλ ενός ατόμου με ΙΨΔΠ

Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο του Beck [11-13], ο τρόπος, που το άτομο με ΙΨΔΠ αξιολογεί και καθοδηγεί τον εαυτό του, διακατέχεται από μία άκαμπτη και συχνά τελειοθηρική στάση, με έμφαση στον έλεγχο, στην τάξη, στην πειθαρχία και στους κανόνες. Όταν τα άτομα αυτά έρχονται σε επαφή με καταστάσεις που διαταράσσουν τον ιδιοσυγκρασιακό τρόπο λειτουργίας τους, τότε μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα έντονου άγχους και θλίψης. Επικεντρώνονται ιδιαιτέρως στις λεπτομέρειες και τους διαφεύγει η γενική εικόνα μιας κατάστασης. Αξιολογούν τον εαυτό τους και τους άλλους σύμφωνα με τα ελαττώματα και τα λάθη που διακρίνουν [11].

Σε συμπεριφορικό επίπεδο, ο τρόπος λειτουργίας των ατόμων αυτών χαρακτηρίζεται από την έμφαση στον έλεγχο, την υπευθυνότητα και τη συστηματοποίηση, ενώ στερούνται αυθορμητισμού. Τα ορόσημα της προσωπικής τους ιστορίας αναγκάζουν τα άτομα αυτά να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο βαθμό αυτά τα χαρακτηριστικά, συχνά ως αντιστάθμισμα ενός χαοτικού περιβάλλοντος στην παιδική ηλικία. Οι λέξεις κλειδιά που περιγράφουν την εν λόγω διαταραχή είναι ο «έλεγχος», τα «πρέπει» και η «τελειοθηρία». Η προσπάθειά τους να επιτύχουν τους στόχους τους, χρησιμοποιώντας κάθε δυνατό μέσο, καταλήγει να γίνεται αυτοσκοπός.

Το γνωσιακό περιεχόμενο των πυρηνικών πεποιθήσεων περιλαμβάνει κατά βάση τις έννοιες της τελειοθηρίας, του ελέγχου, των λαθών και της υπευθυνότητας. Οι βασικές πυρηνικές πεποιθήσεις είναι: «μπορεί να καταρρεύσω», «είμαι κατά βάση ανοργάνωτος και ανοριοθέτητος» και «χρειάζομαι την τάξη, το σύστημα και τους κανόνες για να επιβιώσω». Οι προαναφερθείσες πυρηνικές πεποιθήσεις τροφοδοτούν τις υπό όρους συντελεστικές πεποιθήσεις: «αν δεν έχω ένα σύστημα, όλα θα καταρρεύσουν», «οποιοδήποτε ελάττωμα ή ατέλεια θα προκαλέσει λάθη», «αν εγώ ή οι άλλοι δεν αποδίδουμε με τα υψηλότερα κριτήρια, θα αποτύχουμε», «αν αποτύχω σε κάτι, αυτό σημαίνει ότι είμαι αποτυχημένος ως άνθρωπος», «αν έχω το τέλειο σύστημα θα είμαι επιτυχημένος/χαρούμενος». Οι κανόνες, που υιοθετούνται ως πυξίδα λειτουργίας, συμπυκνώνονται στις εξής ρήσεις: «πρέπει να έχω τον έλεγχο», «πρέπει να κάνω κατ' ουσίαν τα πάντα σωστά», «ξέρω ποιο είναι το καλύτερο», «πρέπει να το κάνεις με τον δικό μου τρόπο», «οι λεπτομέρειες είναι κρίσιμες», «οι άνθρωποι οφείλουν να κάνουν το καλύτερο και να προσπαθούν περισσότερο», «πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου και τους άλλους συνεχώς», «οι άνθρωποι θα πρέπει να δέχονται κριτική για να προλαμβάνουν μελλοντικά λάθη» [11].

Ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται και ενεργούν, έχει κόστος στη συναισθηματική τους κατάσταση. Λόγω της έντονης τελειοθηρικής στάσης και των αυστηρών κριτηρίων, τα άτομα αυτά συχνά βιώνουν μεταμέλεια, ενοχές, απογοήτευση, θυμό, προς τους ίδιους και τους άλλους. Η συναισθηματική αντίδραση είναι το άγχος και ο θυμός. Το αίσθημα ματαίωσης, που βιώνουν σε «σοβαρές αποτυχίες», πολύ συχνά οδηγεί σε κατάθλιψη [11]. Άλλη μία κεντρική διάσταση, που αφορά την ΙΨΔΠ, είναι η

έννοια του ατελούς. Το ατελές αντιπροσωπεύει μια εσωτερική αίσθηση απουσίας τελειότητας ή μια άβολη υποκειμενική κατάσταση ότι οι πράξεις ή οι εμπειρίες δεν είναι «απλά σωστές». Η διάσταση αυτή εντοπίζεται και στην Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΑΔ) αποτελώντας ιδιοσυγκρασιακή κινητοποιητική μεταβλητή, που συντελεί στην εκδήλωση των καταναγκασμών της συμμετρίας, καταμέτρησης, επανάληψης και βραδύτητας. Επομένως, οι θεραπευόμενοι κινητοποιούνται μέσω των καταναγκασμών για να διορθώσουν έντονα «όχι σωστά» συναισθήματα, όσον αφορά την ανάγκη να προσαρμοστούν οι εμπειρίες σε ακριβή, αλλά συχνά αναπόδεικτα, μη απτά κριτήρια. Στην ΙΨΔΠ, το ατελές συνδέεται με την κλινική τελειοθηρία και την αναποφασιστικότητα/αναβλητικότητα ολοκλήρωσης προγραμματισμένων εργασιών, γιατί δεν πληρούνται οι υπερβολικά αυστηρές προδιαγραφές του ατόμου. Τα υψηλά ποσοστά της διάστασης του ατελούς στην ΙΔΑΨ έχουν αποδειχθεί ότι είναι προγνωστικά για την εκ πλήρωσης κριτηρίων ΙΨΔΠ. Έτσι, τα συμπτώματα της ΙΔΑΨ, που προκαλούνται από τα συναισθήματα του ατελούς μπορεί να σχετίζεται σημαντικά με την ΙΨΔΠ (σε αντίθεση με εκείνα που προκαλούνται από την αποφυγή βλάβης) [14].

Διατύπωση περίπτωσης: Γνωσιακό-αναπτυξιακό μοντέλο

Υπάρχουν αποδείξεις ισχυρής κληρονομικής μετάδοσης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένου εκείνων που εξελίσσονται με δυσλειτουργικό τρόπο [15, 16]. Παρ' όλα αυτά, η γενετική προδιάθεση δεν λαμβάνει υπόψη τη συμπεριφορική ποικιλία που προκύπτει από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τις εμπειρίες μάθησης του ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του. Από κοινωνικής σκοπιάς, η ΙΨΔΠ είναι συχνή στη δυτική κοινωνία, δεδομένου ότι η κοινωνία επιβραβεύει κάποια από τα χαρακτηριστικά αυτού του στυλ προσωπικότητας [17]. Σύμφωνα με την κοινωνικο-γνωστική σκοπιά, η ΙΨΔΠ περιλαμβάνει μαθημένες συμπεριφορές και πεποιθήσεις, ως απόρροια των εμπειριών που αποκτά το άτομο μέσω της αλληλεπίδρασής του με τους φροντιστές κατά την αναπτυξιακή του πορεία. Αργότερα, αυτές οι συμπεριφορές και οι πεποιθήσεις ενισχύονται από τις εμπειρίες που αποκτά το άτομο από άλλα πλαίσια (π.χ. συνομηλίκους, σχολείο) και τις κοινωνικά προσδιορισμένες αξίες.

Υπάρχει έλλειψη εμπειριστατωμένης έρευνας που να αποδεικνύει την ύπαρξη βιολογικών προδιαθεσικών παραγόντων της διαταραχής αυτής [18]. Παρ' όλα αυτά, οι κλινικοί προτείνουν την ύπαρξη ενός ταπεραμένου που διακατέχεται από έλλειψη ευχαρίστησης και αίσθημα ανικανοποίητου [19], και συχνά τα άτομα αυτά είναι πρωτότοκα στις οικογένειες καταγωγής τους [20]. Εντοπίζονται κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ως αιτιολογικοί: υπερβολική άσκηση έλεγχου από πλευράς γονέων, μαθημένες καταναγκαστικές συμπεριφορές, ανάληψη ευθυνών και επίδειξη υπευθυνότητας. Συχνά, οι γονείς των ατόμων αυτών γίνονται απαιτητικοί και τιμωρητικοί. Στόχος τους είναι να αποτρέψουν τα παιδιά τους να προκαλέσουν προβλήματα στους ίδιους ή στους άλλους, μέσω της τιμωρίας μεμπτών συμπεριφορών ή όταν το παιδί δεν εκπληρώνει τις προσδοκίες τους. Τα παιδιά μαθαίνουν καταναγκαστικές συμπεριφορές άμεσα ή έμμεσα διαμέσου του οικογενειακού συνόλου. Μαθαίνουν να αποφεύγουν την τιμωρία, αποδεχόμενα τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες των τελειοθηρικών και τιμωρητικών γονέων. Παράλληλα, οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπο, όπου τα παιδιά

μμούνται συμπεριφορές και μοτίβα λειτουργίας. Εκτίθενται σε συνθήκες κατά τις οποίες το αίσθημα της ευθύνης αποτελεί την πιο σημαντική αξία. Μαθαίνουν να αισθάνονται στενοχώρια, όταν οι ευθύνες δεν εκπληρώνονται, και ντροπή, όταν ενεργούν παρορμητικά ή ανέμελα. Αντίθετα, μαθαίνουν να είναι ευγενικά, να ευχαριστούν τους άλλους και να είναι υπάκουα σε φιγούρες κύρους και εξουσίας [8, 9].

Σύμφωνα με τον Beck [9], τα βασικά σχήματα των ατόμων με ΙΨΔΠ είναι η τελειοθηρία και ο έλεγχος. Το σχήμα της τελειοθηρίας περιλαμβάνει πεποιθήσεις όπως: «για να αξίζω, πρέπει να αποφεύγω τα λάθη, το να κάνω λάθη σημαίνει ότι αποτυγχάνω, και αυτό δεν είναι επιτρεπτό», και «αν η πορεία που χαράσσω δεν είναι τέλεια, καλύτερα να μην κάνω τίποτα». Το σχήμα ελέγχου περιλαμβάνει πεποιθήσεις όπως: «πρέπει να διατηρώ πλήρως τον έλεγχο σε μένα και στο περιβάλλον μου, γιατί η απώλεια ελέγχου είναι ανυπόφορη και επικίνδυνη». Από την εξελικτική σκοπιά [11], η ΙΔΨΠ ανήκει στις αυτόνομες διαταραχές προσωπικότητας, καθώς η κατεύθυνση της αναζήτησης πόρων είναι εσωτερική και το άτομο βασίζεται κυρίως στις προσωπικές του ικανότητες. Βασίζεται σε συστήματα ελέγχου και αξιολόγησης, που προέρχονται από ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου, προκειμένου να επεκταθούν οι προσωπικοί πόροι, θέτοντας πάντα κριτήρια και κανόνες.

Η διατύπωση περίπτωσης ΙΨΔΠ, περιλαμβάνει την ενοποίηση των ανωτέρω παραγόντων που παίζουν ρόλο στη δημιουργία δυσπροσαρμοστικών σχημάτων [21]. Τα σχήματα που καθοδηγούν τη συμπεριφορά του ατόμου συμπυκνώνονται στις εξής φράσεις: «Πρέπει να αποφύγω τα λάθη πάση θυσία», «Υπάρχει μόνο ένα σωστό μονοπάτι/απάντηση/συμπεριφορά για κάθε κατάσταση», «Τα λάθη είναι μη ανεκτά». Στόχος των ατόμων είναι η εξάλειψη των λαθών, όχι απλά η ελαχιστοποίησή τους. Ο έλεγχος είναι ο μόνος τρόπος για να «επιτύχουν αυτό που πρέπει να γίνει». Ο διαστρεβλωμένος τρόπος σκέψης τους οδηγεί να αξιολογούν τις καταστάσεις μέσα από ένα πρίσμα διχότομης συλλογιστικής «σωστού και λάθους». Στην πραγματική ζωή δεν υπάρχει μία μοναδική σωστή απάντηση, και για αυτόν τον λόγο κάθε αμφίβολη συνθήκη πρέπει να αποφευχθεί. Η συλλογιστική της διχότομης σκέψης συνοδεύεται από τη μαγική σκέψη, κατά την οποία, «Το άτομο μπορεί να αποτρέψει τα λάθη και τις ενδεχόμενες καταστροφές, αν ανησυχεί για αυτές». Οι αλλαγές, βιώνονται ως καταστροφικές, και η καταναγκαστικότητα είναι αυτή που τους προστατεύει από τα ολισθήματα, την οικονομική καταστροφή και την ανηθικότητα [10].

Συνολικά, όσα αναφέρθηκαν, οδηγούν το άτομο να διαβίει μία ζωή αποτελούμενη από συνεχείς περιορισμούς. Το μοτίβο διαιωνίζεται και διατηρείται από το ίδιο το άτομο, διαμέσου ενός γνωστικού και συμπεριφορικού άκαμπτου τρόπου, μιας αυστηρής προσήλωσης στους ρόλους και τους κανόνες, και μιας τάσης υψηλής μη εποικοδομητικής αυτοκριτικής. Η γνωστική ακαμψία εξυπηρετεί στη μείωση του άγχους που προκύπτει από την αμφιθυμία που βιώνουν. Η άσκηση αυτοκριτικής «τους κρατά στη σωστή τροχιά», ενώ η τελειοθηρία μειώνει τις πιθανότητες για ρίσκο και περιπέτεια [20]. Η μείωση του άγχους και η ανακούφιση του ατόμου από αυτό, ενισχύει τη χρήση των στρατηγικών, παίζοντας σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της διαταραχής.

Διαφορική διάγνωση

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΑΔ). Μελέτες, που διερευνούν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ ιδεοψυχαναγκαστικής

διαταραχής προσωπικότητας (ΙΨΔΠ) και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (ΙΨΑΔ) υποδεικνύουν ότι οι διακριτές ιδεοληψίες, καθώς και συμπτώματα αναφορικά με τη μόλυνση και τον καθαρισμό φαίνεται να εκδηλώνονται ειδικά σε άτομα με ΙΨΑΔ, ενώ η γνωστική ακαμψία και η υπερβολική άσκηση αυτοελέγχου διαπιστώθηκε ότι αποτελεί ειδικό χαρακτηριστικό για τα άτομα με ΙΨΔΠ [5]. Ενώ τόσο οι θεραπευόμενοι με ΙΨΔΠ όσο και εκείνοι με ΙΔΑΨ χαρακτηρίζονται από καταναγκαστικές συμπεριφορές, οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές στην ΙΨΔΠ συνεπάγονται την καθυστέρηση/αναβολή της άμεσης ανταμοιβής (π.χ. αποτελεσματικότητα) υπέρ μιας μελλοντικής, ενδεχόμενης ανταμοιβής (π.χ. της τελειότητας) ή της ανάγκης να ακολουθηθούν πιστά άκαμπτοι κανόνες ή ρουτίνες (π.χ. ακαμψία), γεγονός που καταδεικνύει τον αυξημένο, εκσεσημασμένο αυτοέλεγχο των ατόμων με ΙΨΔΠ σε σχέση με τα άτομα με ΙΔΑΨ (μειωμένος έλεγχος παρόρμησης) [22, 23]. Στα άτομα με ΙΔΑΨ οι σκέψεις, οι συμπεριφορές και οι απειλητικές συνέπειες δεν σχετίζονται με ρεαλιστικές ανησυχίες της καθημερινής ζωής, ενώ τα άτομα με ΙΨΔΠ εμφανίζουν εμμονικές σκέψεις με την αυστηρή τήρηση διαδικασιών, που αφορούν τη διαχείριση καθημερινών εργασιών/εκκρεμοτήτων/υποχρεώσεων. Επιπλέον, οι θεραπευόμενοι με ΙΨΑΔ συχνά βιώνουν έντονη δυσφορία από την έλλειψη ελέγχου της παρόρμησής τους για καταναγκασμούς και το κίνητρό τους είναι συνήθως η αποφυγή βλάβης για τους ίδιους ή άλλους, ενώ στα άτομα με ΙΨΔΠ η ανάγκη για έλεγχο καθοδηγείται από την ενασχόλησή τους με την τάξη, την ευσυνειδησία και την ορθότητα, με έμφαση στην εργασία και την παραγωγικότητα [22]. Τέλος, οι άνθρωποι με ΙΔΑΨ έχουν συχνά καλύτερη εναισθησία, που σημαίνει ότι αναγνωρίζουν εν μέρει ότι οι ανεπιθύμητες σκέψεις τους είναι παράλογες. Οι άνθρωποι με ΙΔΨΠ πιστεύουν ότι ο τρόπος τους για τη διεκπεραίωση των εργασιών είναι ο πιο σωστός και ο καλύτερος και συνήθως αισθάνονται άνετα με αυτά τα αυτοσχέδια συστήματα κανόνων [22, 23].

Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας (ΝΔΠ). Τα άτομα με ΝΔΠ και ΙΨΔΠ μπορεί να επιζητούν την τελειότητα, πιστεύουν ότι άλλοι δεν μπορούν να κάνουν τα πράγματα τόσο καλά όσο εκείνοι, έχουν μια ισχυρή ανάγκη να ελέγχουν και μπορεί να είναι συναισθηματικά ψυχροί. Ενώ τα άτομα με ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας εκδηλώνουν έντονη αυτοκριτική, ωστόσο, κάποιος με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να πιστεύει ότι πράγματι έχει επιτύχει την τελειότητα. Επιπρόσθετα, το κίνητρο των ατόμων με ΝΔΠ για την τελειοθηρία αφορά την επίτευξη του θαυμασμού από τους άλλους, ενώ τα άτομα με ΙΨΔΠ επιδιώκουν το τέλει αποτέλεσμα για λόγους τάξης και ορθότητας των πραγμάτων. Επίσης, οι άνθρωποι με ΝΔΠ συνήθως δεν είναι γενναιόδωροι με τους άλλους, αλλά οι ίδιοι απολαμβάνουν να ξεδεύουν χρήματα για τον εαυτό τους, τόσο για υλικά αγαθά όσο και για λόγους ψυχαγωγίας. Αντιθέτως, τα άτομα με ΙΨΔΠ διάγουν συνήθως έναν πολύ περιορισμένο βίο χωρίς προφανή οικονομική ανάγκη, θεωρώντας τα έξοδα για ψυχαγωγικούς λόγους περιττά και άσκοπα, τόσο για τους ίδιους όσο και για τους άλλους [4, 11].

Σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας (ΣΔΠ). Ένα άτομο με ΣΔΠ μπορεί να ομοιάζει με ανθρώπους που έχουν ΙΨΔΠ, αναφορικά με την εκδήλωση μίας τυπικής κοινωνικής συμπεριφοράς, διατηρώντας μία αποστασιοποιημένη στάση σε σχέση

με τους άλλους. Η διαφορά εδώ είναι ότι ένα άτομο με ΙΨΔΠ, αν και αμήχανο σε συναισθηματικές καταστάσεις, είναι σε θέση να προσφέρει φροντίδα στους άλλους και εκφράζει επιθυμία για διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ τα άτομα με ΣΔΠ στερούνται της θεμελιώδους ικανότητας για οικειότητα. Επίσης, τα άτομα με ΙΨΔΠ αποκλείουν ή περιορίζουν αρκετά τις κοινωνικές επαφές τους και εμπρόθετα στερούν από τον εαυτό τους την εκπλήρωση της ανάγκης τους για κοινωνική συναναστροφή λόγω της υπερβολικής αφοσίωσης στην εργασία και την παραγωγικότητα, σε αντίθεση με τα άτομα με ΣΔΠ, που δεν επιθυμούν και δεν βιώνουν την ανάγκη για εγγύτητα και διαπροσωπική σύνδεση [4, 11].

Θεραπευτική παρέμβαση

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία για την ΙΨΔΠ περιλαμβάνει την αναγνώριση και την αναδόμηση των δυσπροσαρμοστικών γνωσιακών και συμπεριφορικών μοτίβων, όπως η κλινική τελειοθηρία, ο γνωστικός μηρηκασμός, η έλλειψη ευελιξίας στη σκέψη, η υπερενασχόληση με τις λεπτομέρειες, με συνέπεια συχνά την αναβλητικότητα ολοκλήρωσης των εργασιών τους [1]. Τα χαρακτηριστικά γνώρισμα της υπερλεπτομερειαικότητας, της τελειομανίας και της αμφιθυμίας των θεραπευόμενων, όπως και της ανάγκης τους για έλεγχο, συχνά μετατρέπει τη συνεδρία σε ατελείωτο αγώνα γύρω από αφηγήσεις γεγονότων και προσπάθειες υπερίσχυσης. Συνήθως, οι θεραπευόμενοι με ΙΨΔΠ αντιστέκονται σε προσπάθειες του θεραπευτή να εκμαιεύσει συναισθήματα και φόβους τους και αισθάνονται άβολα να γίνεται εστίαση στο παρόν, στη θεραπευτική σχέση και στο πώς η αλληλεπίδρασή τους με τον θεραπευτή αντανάκλα συχνά ένα γενικευμένο μοτίβο σχετίζεσθαι με τους άλλους [20]. Η ορθολογική έκφραση είναι πολύ πιο προβλέψιμη, ασφαλής και άνετη για τους ίδιους από ό,τι η έκφραση των συναισθημάτων. Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να διατηρεί υψηλό το κίνητρο του θεραπευόμενου, προσδιορίζοντας τις στρατηγικές επίτευξης των θεραπευτικών στόχων και τις προσδοκίες που απορρέουν από τους ρόλους τόσο του κλινικού όσο και του θεραπευόμενου [20]. Η στρατηγική επίλυσης προβλημάτων είναι συνήθως αρκετά αποδεκτή από τους θεραπευόμενους, δεδομένου ότι είναι ορθολογική, άρα και ασφαλής, καθώς δεν καλούνται να εκφράσουν ευάλωτα συναισθήματα, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ντροπή και αίσθημα μειονεξίας ή αδυναμίας στους ίδιους. Επιπλέον, ο κλινικός καλείται να δομήσει τις συνεδρίες με τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαχιστοποιηθεί το αίσθημα απειλής και να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Αυτό συνεπάγεται εστίαση σε ένα θέμα κάθε φορά και κατάδειξη και διαχείριση των συμπεριφορών του θεραπευόμενου που παρεμποδίζουν τη θεραπεία, όταν αυτές προκύπτουν στη συνεδρία [8, 11].

Οι θεραπευόμενοι με ΙΨΔΠ απευθύνονται για θεραπεία με αφορμή διάφορους λόγους, αλλά σπάνια για να αλλάξουν συμπεριφορές τους και γνώρισμα της προσωπικότητάς τους. Αν και μερικές φορές έχουν επίγνωση ότι ορισμένες πτυχές της προσωπικότητάς τους, όπως η τελειομανία, συμβάλλουν στα ψυχολογικά τους προβλήματα, γενικά δεν αναζητούν ψυχολογική βοήθεια για τα άκαμπτα κριτήριά τους ή την υπερβολική άσκηση ελέγχου στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους [11]. Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να δώσει προσοχή στο αίτημα του θεραπευόμενου, που μπορεί να αφορά συνήθως προβλήματα που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες (π.χ. η επικριτική στάση του προϊστάμενου προς τον ίδιο χωρίς προφανή

λόγο). Αυτός ο τρόπος παρουσίασης των προβλημάτων είναι δύσκολο να τεθεί ως προσωπικός στόχος, καθώς δεν είναι στον έλεγχο του θεραπευόμενου. Ο θεραπευτής, όμως, μπορεί να αναγνωρίσει ότι πράγματι αυτό αποτελεί πρόβλημα προς επίλυση, ωστόσο, διευκρινίζοντας με σαφήνεια το γεγονός ότι η συμπεριφορά του προϊστάμενου δεν μπορεί να αλλάξει άμεσα μέσω της θεραπείας, αλλά ο στόχος θα πρέπει να αφορά την αλλαγή της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου με τρόπους που μπορεί να οδηγήσουν τον προϊστάμενο να του φέρεται διαφορετικά [11]. Συνεπώς, κρίνεται σημαντικό οι γενικοί στόχοι για την παραγωγικότητα, την επαγγελματική και διαπροσωπική ζωή του θεραπευόμενου να συνδεθούν με ειδικούς στόχους, που συνεπάγονται αποτελέσματα με προσωπικό νόημα για τον ίδιο. Η επιτυχία της θεραπείας είναι εμφανής στη μείωση της έντασης των σωματικών ενοχλημάτων και της δυσφορίας, μαζί με μεγαλύτερη ευελιξία στα κριτήρια, βελτιωμένη παραγωγικότητα και διαχείριση χρόνου, καθώς και ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις [11].

Η διαδικασία διαμόρφωσης της θεραπευτικής συμμαχίας μπορεί να αποδειχθεί δυσχερής με ορισμένους θεραπευόμενους με ΙΨΔΠ, λόγω του άκαμπτου τρόπου σκέψης και των ελλειμμάτων στη συναισθηματική έκφραση. Δεν δέχονται εύκολα τη διαβεβαίωση του θεραπευτή ότι τα προβλήματά τους μπορούν να επιλυθούν ή ότι μπορούν να αντέξουν τον περιορισμό στην άσκηση ελέγχου. Επειδή επιμένουν ότι είναι ορθολογιστές και δεν έχουν συναισθήματα, αναστατώνονται από την έκφραση της ενσυναίσθησης του κλινικού και την απορρίπτουν ως άσχετη ως προς τη διαδικασία [20]. Συχνά, μπορεί να παρουσιάζονται πρόθυμοι και να επιδιώκουν να αποτελέσουν πρότυπο θεραπευόμενου, προσπαθώντας να ευχαριστήσουν τον κλινικό με την προετοιμασία καταλόγων θεμάτων πριν από τη συνεδρία, με λεπτομερή ημερολόγια καταγραφής και με συνέπεια στις εργασίες για το σπίτι [8, 11]. Αυτή η φαινομενική συμμόρφωση και συνεργασία αντιστρέφεται, όταν ο θεραπευτής παροτρύνει τον θεραπευόμενο να συζητήσει για συναισθήματα παρά να παραθέσει γεγονότα ή να εστιάσει στο παρόν αντί του παρελθόντος [8, 11]. Η γνωσιακή θεραπεία με τα άτομα με ΙΨΔΠ είναι ακόμα πιο εστιασμένη στα προβλήματα από ό,τι συνήθως, με λιγότερη έμφαση στη συναισθηματική υποστήριξη και τα θέματα σχέσεων. Συνήθως, η θεραπευτική σχέση βασίζεται στον σεβασμό που νιώθει ο θεραπευόμενος για την ικανότητα του θεραπευτή και την επιστημονική επάρκειά του και στην πεποίθηση ότι ο θεραπευτής τον σέβεται και μπορεί να βοηθήσει με υπομονή. Οι προσπάθειες ανάπτυξης μίας πιο συναισθηματικής σχέσης μέσα στην οποία ο θεραπευόμενος δε νιώθει άνετα, μπορεί να αποβεί επιζήμια και να προκαλέσει τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας [11].

Επιπλέον, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν να παρακινούν τον θεραπευόμενο να κάνει αλλαγές (π.χ. ο θεραπευόμενος να γίνει ακόμα περισσότερο συναισθηματικά εκφραστικός), βάσει των δικών τους πεποιθήσεων και προτιμήσεων, αντί βάσει των αναγκών του τελευταίου και του κατά πόσο το πρόβλημα, που τέθηκε ως στόχος, αποτελεί πηγή υποκειμενικής δυσφορίας ή προκαλεί έκπτωση στη λειτουργικότητά του. Η συνεργατική φύση της θεραπευτικής σχέσης και η επιτυχής διαχείριση και υπερνίκηση των δυσκολιών κατά την αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου στις συνεδρίες φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη βελτίωση της λειτουργικότητας του θεραπευόμενου, γενικά [11].

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- [1] Pinto, A. Treatment of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. In: Storch, E.A. & Lewin A.B. (eds.). *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Springer International Publishing Switzerland, 2016: 415-429.
- [2] Freud, S. Character and anal eroticism. In: Strachey J. (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 9. London: Hogarth, 1908: 169-75.
- [3] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
- [4] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: Author, 2013.
- [5] Diedrich, A. & Voderholzer, U. Obsessive-Compulsive Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep*, 2015, 17: 2.
- [6] de Reus, R.J.M. & Emmelkamp, P.M.G. Obsessive-compulsive personality disorder: a review of current empirical findings. *Personal Ment Health*, 2012, 6: 1-21.
- [7] Frances, A. *Essentials of psychiatric diagnosis: Responding to the challenge of DSM-5*. Revised edition. New York: Guilford, 2013.
- [8] Sperry, L. & Sperry, J. *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5 Personality Disorders. Assessment, case conceptualization and treatment*. New York, London: Routledge, 2016.
- [9] Beck, A.T. Theory of personality disorders. In Beck, A.T., Davis, D. & Freeman, A. (eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford, 2015: 19-62.
- [10] Simon, K. Obsessive-compulsive personality disorder. In Beck, A.T., Davis, D. & Freeman, A. (eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford, 2015: 203-222.
- [11] Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman F. *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford, 2015.
- [12] Beck, A.T., Freeman, A. & Associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford, 1990.
- [13] Beck, A.T., Freeman, A. & Davis, D.B. *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York, NY: Guilford, 2004.
- [14] Summerfeldt, L.J. Understanding and Treating incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychol*, 2004, 60(11): 1155-68.
- [15] Kagan, J., Resnick, J. & Snidman, N. Biological basis of childhood shyness. *Science*, 1988, 240: 167-171.
- [16] Kagan, J. Temperamental contributions to social behavior. *Am Psychol*, 1989, 44(4): 668-674.
- [17] Simon, K. Obsessive-compulsive personality disorder. In Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (eds.), *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford, 1990: 309-332.
- [18] Millon, T. & Davis, R.D. *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley, 1996.
- [19] Millon, T. *Disorders of personality: DSMIII, axis II*. New York: Wiley, 1981.
- [20] Sperry, L. *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders. Asssment, case conceptualization and treatment*. New York, London: Routledge, 2016.
- [21] Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K.M. *Clinical Applications of Cognitive Therapy* (2nd ed.). Boston, MA: Springer, 2004.
- [22] Fineberg, N.A., Reghunandan, S., Kolli, S. & Atmaca, M. Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Rev Bras Psiquiatr*, 2014, 36: 40-50.
- [23] Pinto, A., Steinglass, J.E., Greene, A.L., Weber, E.U. & Simpson, H.B. Capacity to Delay Reward Differentiates Obsessive Compulsive Disorder and Obsessive Compulsive Personality Disorder. *Biol Psychiatry*, 2014, 75(8): 653-659.