

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία και εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας

Έλλη Κουβαράκη, Γιάννης Χρυσόπουλος

1. Εισαγωγή

Η εξάρτηση ενός ατόμου από ένα άλλο είναι απαραίτητη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής –σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε ηλικία– και αποτελεί φυσικό χαρακτηριστικό των ανθρώπινων σχέσεων. Κατά την ενήλικη ζωή, βοηθά το άτομο να δημιουργήσει σχέσεις, να ζητήσει και να δεχθεί τη στήριξη των άλλων, καθώς και να τους παράσχει βοήθεια. Ωστόσο, η υιοθέτηση επιμονών και διαρκών μοτίβων σχετίζεσθαι, που χαρακτηρίζονται από έντονη εξάρτηση, οδηγούν το άτομο σε δυσλειτουργία σε σημαντικούς τομείς της ζωής, προκαλούν δυσφορία και εντέλει δυσχεραίνουν και εμποδίζουν την υγιή συσχέτισή του με τους άλλους. Για τον λόγο αυτό συγκαταλέγονται ως ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας στο τρέχον διαγνωστικό σύστημα και συγκεκριμένα θεωρούνται δομικά μοτίβα των ατόμων με Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΕΔΠ) [1, 2].

Η επικράτηση της ΕΔΠ κυμαίνεται από 0,6% έως 2% του πληθυσμού, ανάλογα με την υπό μελέτη έρευνα. Εν γένει, γίνεται ευρέως αποδεκτό ότι αφορά λίγο λιγότερο του 1% του γενικού πληθυσμού στις Δυτικές χώρες. Στην καθημερινή πρακτική διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε γυναίκες από ό,τι σε άνδρες, γεγονός που έχει δεχθεί πολλές κριτικές ως μεροληπτική στάση των ειδικών. Τα ερευνητικά δεδομένα, όσον αφορά την επικράτησή της στα δύο φύλα, δεν είναι καταληκτικά, καθώς αρκετές έρευνες υποδεικνύουν ίση επικράτηση, ενώ άλλες συνηγορούν υπέρ της μεγαλύτερης συχνότητας στο γυναικείο φύλο [1, 3, 4]. Σε κάθε περίπτωση, οδηγεί σε σημαντική δυσφορία και αρνητικές συνέπειες στη ζωή του ίδιου του ατόμου καθώς και των οικείων του, γεγονός που αποτελεί και τον κύριο λόγο που τα άτομα απευθύνονται για θεραπεία, είτε αυτοβούλως, είτε κατόπιν παρότρυνσης από το περιβάλλον τους [5]. Στη δυσφορία των ατόμων με ΕΔΠ συμμετέχει η συχνή συνύπαρξή της με άλλες διαταραχές, καθώς εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με τις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές, κυρίως με τη διαταραχή κρίσεων πανικού και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, με διαταραχές πρόσληψης τροφής, αλλά και με άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Η συννοσηρότητά της με την κατάθλιψη είναι να μεν υψηλή, όχι όμως τόσο όσο με τις ανωτέρω διαγνωστικές κατηγορίες, ενώ η συσχέτιση της ΕΔΠ με τις καταχρήσεις ουσιών είναι ασαφής. Άλλες έρευνες υποδεικνύουν ότι υπάρχει έντονη συννόηση, ειδικά με καταχρήσεις αλκοόλ, ενώ άλλες χαμηλή [1].

2. Ιστορική διαδρομή της διαγνωστικής κατηγορίας

Οι πρώτες περιγραφές μοτίβων συμπεριφοράς που σχετίζονται με παθολογική εξαρτητικότητα εντοπίζονται σε κείμενα του Φρόνυτ, ο οποίος τα σχετίζει με καθηλώσεις κατά το στοματικό στάδιο. Στο πρώτο DSM, που δημοσιεύθηκε το 1952, η υπερβολική εξάρτηση θεωρείται κεντρικό γνώρισμα του «παθητικά εξαρτημένου τύπου», ο οποίος αποτελεί υπότυπο της Παθητικοεπιθετικής Προσωπικότητας, και χαρακτηρίζεται από αβροηθότητα, αδυναμία λήψης αποφάσεων και τάσεις του ατόμου «να εξαρτάται από άλλους ως ένα παιδί που εξαρτάται από έναν υποστηρικτικό γονιό». Στη δεύτερη έκδοση του DSM, το 1968, η εξαρτητικότητα παρέμεινε ως χαρακτηριστικό της Παθητικοεπιθετικής Προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η παθητικοεπιθετική συμπεριφορά προκύπτει από την απογοήτευση ενός ατόμου που δεν βρίσκει ικανοποίηση σε μια σχέση με ένα άτομο ή μια θεσμική αρχή από την οποία εξαρτάται υπερβολικά. Παράλληλα, στην περιγραφή της Υστερικής Προσωπικότητας, προπομπό της Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας, σημειώνεται ότι τα άτομα που ανήκουν σε αυτή είναι συχνά εξαρτημένα από άλλους [1].

Το 1980, με το DSM-III, οι διαταραχές προσωπικότητας τοποθετούνται για πρώτη φορά σε δικό τους άξονα και επίσης πρώτη φορά αναφέρεται η ΕΔΠ ως ξεχωριστή διαταραχή. Τα κριτήρια τα οποία έπρεπε να πληρούνται για να δοθεί η διάγνωση ήταν τρία. Συγκεκριμένα, χρειαζόταν το άτομο: (1) να επιτρέπει σε άλλους να αναλάβουν την ευθύνη για σημαντικές αποφάσεις στη ζωή του και να χαρακτηρίζεται από παθητικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, (2) να υποχωρεί από τις δικές του ανάγκες, υπέρ των αναγκών άλλων από τους οποίους εξαρτάται, και (3) να διακατέχεται από έλλειψη αυτοπεποίθησης. Το DSM-III δέχθηκε ισχυρές αρνητικές κριτικές, γεγονός που οδήγησε σε σημαντικές αλλαγές στην αναθεωρημένη έκδοσή του το 1987. Στο DSM-III-R, η «έλλειψη αυτοπεποίθησης» εγκαταλείφθηκε ως βασικό κριτήριο για τη διάγνωση της εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας και αντικαταστάθηκε από την περιγραφή ότι η διαταραχή αφορά ένα διάχυτο μοτίβο εξαρτητικής συμπεριφοράς και υποταγής στους άλλους, που αρχίζει κατά την έναρξη της ενήλικης ζωής και είναι παρόν σε διάφορα περιβάλλοντα. Παράλληλα, τα διαγνωστικά κριτήρια εμπλουτίστηκαν σημαντικά, γεγονός που επέτρεψε μια σφαιρικότερη αντίληψη για τα χαρακτηριστικά της διαταραχής [1].

Το 1994 δημοσιεύεται το DSM-IV, στο οποίο διατηρήθηκε το κύριο κριτήριο της ΕΔΠ από το DSM-III-R με ελαφρές τροποποιήσεις, και συγκεκριμένα περιγράφηκε ως «διάχυτη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν, η οποία οδηγεί σε συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από υποταγή και προσκόλληση και φόβους αποχωρισμού» [6]. Επιπροσθέτως, διατηρήθηκαν σχεδόν πανομοιότυπα τα οκτώ από τα εννέα κριτήρια του DSM-III-R [1]. Στο DSM-V η εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας συνεχίζει να διατηρείται ως είχε, παρά ορισμένες αρχικές αντιρρήσεις και συστάσεις για κατάργησή της. Οι ενστάσεις βασίστηκαν κυρίως στο γεγονός ότι τα ερευνητικά δεδομένα για τη στήριξη της διάγνωσης είναι ελλιπή, καθώς και στις σημαντικές επικαλύψεις της με άλλες διαταραχές. Παρά ταύτα, το Διοικητικό Συμβούλιο του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου τις απέρριψε, αναγνωρίζοντας τις σημαντικές επιπτώσεις που επιφέρει τόσο στα άτομα που πληρούν τα κριτήριά της όσο και στους οικείους τους [7].

3. Περιγραφή της διαταραχής: Κλινική εικόνα

Τα άτομα με ΕΔΠ διακατέχονται από χαμηλή αυτοπεποίθηση, βαθύ αίσθημα ανεπάρκειας και θεωρούν ότι χρειάζονται την υποστήριξη από άλλους για να τα καταφέρουν. Έχουν την τάση να εξαρτηθούν από ένα συγκεκριμένο άτομο, όπως τον σύντροφό τους, έναν γονιό ή έναν σημαντικό φίλο, το οποίο εκτιμούν και πιστεύουν ότι ξέρει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της ζωής. Για τον λόγο αυτό του δίνουν τον ρόλο του «καθοδηγητή» ή του «μέντορα», στο πλαίσιο της όποιας άλλης σχέσης διατηρούν μαζί του, και το αναγκάζουν να λαμβάνει την ευθύνη τόσο των σημαντικών αποφάσεων της ζωής τους, όπως την επιλογή εργασίας τους ή πού θα μένουν, όσο και των απλών καθημερινών αποφάσεων, όπως μία αγορά ρούχων, την επιλογή της διασκέδασης ή τι θα μαγειρέψουν. Κατορθώνουν μάλιστα να του μεταθέτουν την ευθύνη της λήψης αποφάσεων, είτε μέσω της υιοθέτησης παθητικής στάσης και αναβλητικότητας στη λήψη τους, είτε μέσω ευθείων αιτημάτων για βοήθεια ή ερωτημάτων για το τι να κάνουν [2, 3, 6].

Περαιτέρω, τα άτομα με ΕΔΠ δεν έχουν εμπιστοσύνη στην κρίση και στις δεξιότητές τους, ενώ διακρίνονται από πεσιισμό. Αμφισβητούν και υποτιμούν συστηματικά τις ικανότητές τους, με αποτέλεσμα να είναι απρόθυμα να λάβουν την πρωτοβουλία έναρξης κάποιου έργου ή δραστηριότητας μόνα τους, και να την αναβάλλουν έως ότου σιγουρευτούν υπέρμετρα ή αποκτήσουν την υποστήριξη από κάποιον άλλο. Λόγω της έλλειψης πίστης στον εαυτό τους υπερπροβάλλουν την ανικανότητά τους και αιτούνται βοήθειας για καθετί, και παράλληλα εμφανίζουν υπερευσαισθησία στα επικριτικά σχόλια, τα οποία γίνονται αντιληπτά ως αποδείξεις της ανεπάρκειάς τους. Αν, παρ' όλα αυτά, λάβουν την επιβεβαίωση ή την έγκριση των αποφάσεών τους από τους άλλους, καθυστερούν και μπορούν να λειτουργήσουν επαρκώς. Ακόμα όμως και σε αυτή την περίπτωση αποδίδουν την επίδοσή τους στον άλλον ή την υποτιμούν, καθώς φοβούνται ότι, εάν θεωρηθούν ικανά, θα χάσουν την απαραίτητη για αυτά καθοδήγηση και στήριξη [2, 6].

Ο φόβος του αποχωρισμού, της απώλειας υποστήριξης ή της απόρριψης επηρεάζει σημαντικά τις προσωπικές τους σχέσεις και τα οδηγεί συστηματικά σε αποφυγές εκδήλωσης διεκδικητικότητας. Συγκεκριμένα, φοβούμενα την απόρριψη τείνουν να συναινούν με τη γνώμη των προσώπων εξάρτησης, ακόμα και όταν τη θεωρούν λανθασμένη, για να παραμένουν αρεστά. Παράλληλα,

δυσκολεύονται να διαφωνήσουν ή να θυμώσουν, ακόμα και όταν δικαιολογείται η αντίδρασή τους, ενώ συχνά καταπιέζουν τις δικές τους ανάγκες, υπέρ των επιθυμιών των άλλων, για να μη χάσουν την εύνοιά τους, και υποχωρούν ακόμα και σε παράλογες, δυσάρεστες ή και εξευτελιστικές για αυτά απαιτήσεις. Σε περίπτωση τερματισμού μιας σχέσης ψάχνουν άμεσα την επόμενη ή απευθύνονται σε παλαιότερο πρόσωπο εξάρτησης, επαναλαμβάνοντας τον ίδιο δυσλειτουργικό τρόπο σχετιζομένων [2, 3, 6].

Συν τοις άλλοις, όταν είναι μόνα τους αισθάνονται ιδιαίτερα άβολα, καθώς η σκέψη τους απορροφάται από φόβους ότι θα εγκαταλειφθούν και δεν θα μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους. Για τον λόγο αυτό αποφεύγουν συστηματικά να μένουν μόνα και προσκολλώνται σε άλλους, ακόμα και όταν η διαθέσιμη συντροφιά δεν τα ευχαριστεί ή δεν τα ενδιαφέρει. Αντίστοιχα, σε συναισθηματικό επίπεδο αντιμετωπίζουν χαμηλή ανοχή στα αρνητικά συναισθήματα και τη δυσφορία, τα αποφεύγουν συστηματικά, ή όταν αυτά προκύπτουν, αναζητούν άμεσα την καταπράυνσή τους [3].

Τέλος, τα άτομα με ΕΔΠ αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στον επαγγελματικό τομέα, όταν για την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων τους απαιτείται η ανεξάρτητη και αυτόνομη λειτουργία τους. Αποφεύγουν τις θέσεις ευθύνης και διακατέχονται από έντονο άγχος όποτε απαιτείται να πάρουν αποφάσεις ή να εκθέσουν τη δουλειά τους. Για τους λόγους αυτούς η επαγγελματική τους εξέλιξη συχνά εμποδίζεται και τα ίδια βρίσκουν ασφάλεια σε θέσεις χαμηλότερες των πραγματικών τους δυνατοτήτων [2].

4. Γνωσιακό προφίλ εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας και διατύπωση περίπτωσης

Τα ερευνητικά δεδομένα για τα αίτια ανάπτυξης της ΕΔΠ είναι περιορισμένα και τα πορίσματά τους μη καταληκτικά. Παρ' όλα αυτά, στο οικογενειακό ιστορικό ατόμων με ΕΔΠ συχνά εντοπίζεται ότι μεγάλωσαν σ' ένα περιβάλλον στο οποίο αποθαρρυνόταν συστηματικά η ανεξαρτησία και δεν δινόταν έμφαση σε εκπαίδευση δεξιοτήτων αυτονομίας, δίνονταν λίγα ερεθίσματα και υπήρχε απουσία ενθάρρυνσης, ενώ παράλληλα υιοθετείτο ένας ελεγκτικός και υπερπροστατευτικός τρόπος ανατροφής, ο οποίος συνέβαλε στη διαμόρφωση σχήματος ανεπάρκειας [8, 9]. Παρομοίως, στο αναπτυξιακό τους ιστορικό εντοπίζεται από νωρίς η προσπάθεια να κερδίσουν την εύνοια των άλλων και να διατηρήσουν ανέπαφη τη σχέση μαζί τους –αρχικά των γονιών τους και κατόπιν άλλων σημαντικών ατόμων–, μέσω υποχωρήσεων και προσπαθειών ικανοποίησης των προσδοκιών τους. Με αυτές τις στρατηγικές, τα άτομα με ΕΔΠ στοχεύουν από νωρίς στη διατήρηση της υποστήριξης των άλλων, διασκεδάζοντας τους φόβους μοναξιάς ή απόρριψης. Τα ευρήματα αυτά είναι μάλιστα συνεπή με τη θέαση της ΕΔΠ ως αποτέλεσμα ανασφαλούς δεσμού με τα πρόσωπα που τα φροντίζουν και δυσκολιών προσκόλλησης που έρχονται ως απόρροια θανάτου, παραμέλησης, απόρριψης ή υπερπροστασίας [3].

Εμπειρίες και περιβάλλοντα όπως τα παραπάνω οδηγούν συχνά το άτομο να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανεπαρκή, αδύναμο, αβοήθητο ή και ανόητο, σε επίπεδο πυρηνικών πεποιθήσεων, κάτι που ισχύει για τα άτομα με ΕΔΠ, χωρίς φυσικά τα ανωτέρω περιβάλλοντα να είναι οι μόνες εμπειρίες που οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα για τον εαυτό ή τη σύνδεση αυτή να έχει ντετερμινιστικό χαρακτήρα. Περαιτέρω, τα άτομα με ΕΔΠ βλέπουν τον κόσμο ως ένα μοναχικό ή ακόμα

και επικίνδυνο μέρος, το οποίο, εξαιτίας της ανεπάρκειάς τους, δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνοι. Ως εκ τούτου, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η λύση της ανεπάρκειας σε έναν τρομακτικό κόσμο είναι να προσπαθήσουν να βρουν ένα άτομο που φαίνεται να μπορεί να αντιμετωπίσει τη ζωή και που θα τα προστατεύει. Όταν το βρουν, του εκχωρούν την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων, είτε άμεσα, είτε έμμεσα, και παράλληλα υποτάσσουν στις δικές τους ανάγκες, τις επιθυμίες τους, για να μην το χάσουν [10]. Δεν δυσκολεύονται μάλιστα να βρουν κατάλληλους υποψηφίους για τον ρόλο αυτό, καθώς η πεποίθησή τους για τους άλλους είναι πως «οι άλλοι ξέρουν καλύτερα» και ότι «οι άλλοι είναι πιο ικανοί».

Αντίστοιχα, σε επίπεδο συντελεστικών πεποιθήσεων, το άτομο με ΕΔΠ υιοθετεί ως κανόνες σκέψεις όπως: «εάν έχω κάποιον/α να με φροντίζει, μόνο τότε θα επιβιώσω», «εάν μείνω μόνος/η, δεν θα τα καταφέρω – Φοβάμαι συνέχεια μη χάσω τον άλλον», «εάν ο/η σύντροφός μου (γονέας, φίλος κ.λπ.) με αφήσει, τότε θα καταρρεύσω», «πρέπει να κρατάω τους άλλους πάντα ευχαριστημένους, για να μη χάσω τη στήριξή τους», «μόνο εάν είμαι ευχάριστος/η στην παρέα, γίνομαι αποδεκτός/ή», «εάν εκφράσω διαφορετική άποψη, τότε θα χάσω την εύνοια των άλλων», «δεν είμαι ικανός/ή να λαμβάνω αποφάσεις, πρέπει να ρωτάω τους άλλους τι να κάνω» κ.λπ. [10, 11].

Στη σκέψη των ατόμων με ΕΔΠ είναι πιθανό να συναντώνται όλα τα είδη των γνωσιακών σφαλμάτων, με συνηθέστερες γνωσιακές προκαταλήψεις που οδηγούν σε υπερβολές στη σκέψη, όπως είναι οι σκέψεις τύπου «άσπρο-μαύρο» και η καταstroφοποίηση. Συγκεκριμένα, ένα από τα κυριότερα γνωσιακά σφάλματα που κάνει το άτομο με ΕΔΠ είναι η διχότομη σκέψη αναφορικά με την ανεξαρτησία, καθώς θεωρεί πως «αν ήμουν πιο ανεξάρτητος/η, θα ήμουν απομονωμένος/η και μόνος/η», και «ανεξαρτησία σημαίνει να είσαι εντελώς μόνος», δημιουργώντας ένα δίπολο που από τη μία πλευρά είναι η ανεπάρκεια και η εξάρτηση και από την άλλη η ανεξαρτησία και η μοναξιά, χωρίς καμία ενδιάμεση κατάσταση [10]. Με διχότομο τρόπο, τα άτομα με ΕΔΠ προσεγγίζουν και την αξιολόγηση των ικανοτήτων τους, την ποιότητα των αποφάσεών τους και τις ενέργειές τους. Αξιολογούν δηλαδή πως είτε τα πράγματα είναι «σωστά», είτε «λάθος», χωρίς ενδιάμεσες καταστάσεις. Εξαιτίας αυτού του τρόπου σκέψης, συνήθως αυτοαξιολογούνται αρνητικά, διατηρώντας έτσι τις πεποιθήσεις ανεπάρκειάς τους, και προτιμούν να ενεργήσει κάποιος άλλος εκ μέρους τους ή, όταν υποχρεούνται να κάνουν κάτι, αγχώνονται υπέρμετρα και διακρίνονται από τελειοθηρικές τάσεις [10, 11].

Εκτός από παραποιήσεις τύπου «άσπρο-μαύρο», τα άτομα με ΕΔΠ είναι επιρρεπή στην καταstroφοποίηση. Συχνό θέμα για το οποίο σκέφτονται υπερβολικές πιθανές συνέπειες είναι η απώλεια μιας σχέσης, την οποία συνδέουν με την πλήρη δική τους κατάρρευση. Ο παρών τρόπος σκέψης συμβάλλει στην υποχωρητικότητά τους και στην απροθυμία τους να κάνουν οτιδήποτε είναι πιθανό να προκαλέσει δυσάρεσκα στους άλλους. Σε καταstroφοποίηση υποπίπτουν και όταν αναλογίζονται τις πιθανές συνέπειες από μια λανθασμένη απόφαση ή ενέργεια. Θεωρούν ότι θα οδηγήσει σε απόλυτη καταstroφή, καθώς θα οδηγήσει στην αποκάλυψη της ανεπάρκειάς τους και αυτό με τη σειρά του στην απόρριψη και την απομόνωσή τους. Για τον λόγο αυτό παραμένουν απρόθυμα να λάβουν τις σημαντικές αποφάσεις για τη ζωή τους και προτιμούν να εκχωρούν τη λήψη απόφασης σε άλλους, καθώς «ξέρουν καλύτερα» [10].

Σε οριζόντιο επίπεδο, όταν τους ζητείται κάτι, οι πυρηνικές πεποιθήσεις και οι γνωσιακές διαstroβλώσεις οδηγούν σε αυτόματες σκέψεις σχετιζόμενες με το σχήμα ανεπάρκειάς τους, όπως «δεν μπορώ», «ποτέ δεν θα μπορούσα να το κάνω αυτό» και «είμαι ανίκανος/η, αδύναμος/η...», «ο/η σύντροφός μου μπορεί να το κάνει καλύτερα από εμένα» ή «είμαι σίγουρος/η ότι δεν περιμένουν πραγματικά από μένα να τα καταφέρω». Αντίστοιχα, σε περιπτώσεις ρήξης, διαφωνίας ή απλής έκφρασης διχογνωμίας με ένα σημαντικό πρόσωπο, οι αυτόματες σκέψεις συνδέονται με τον φόβο μοναξιάς και την ανάγκη στήριξης από τους άλλους, με αποτέλεσμα τα άτομα με ΕΔΠ να σκέφτονται «θα με εγκαταλείψει» ή «δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα μόνος/η» [10, 11].

Το παραπάνω σύστημα σκέψεων οδηγεί το άτομο με ΕΔΠ, σε συμπεριφορικό επίπεδο, να βρίσκεται μόνιμα σε ετοιμότητα να ικανοποιήσει τους άλλους και να αποφύγει πιθανές συγκρούσεις. Για αυτόν τον λόγο ακριβώς αδυνατεί να εκφράσει τη δική του άποψη και στερείται διεκδικητικότητας. Η παθητικότητα, η αδυναμία έκφρασης και η υποταγή στις επιθυμίες των άλλων αποτελεί συχνά πηγή δυσφορίας και καταπίεσης, καθώς και –ορισμένες φορές– οδηγεί σε παθητικοεπιθετικές συμπεριφορές. Στη βάση των παραπάνω φόβων, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου το άτομο με ΕΔΠ, όταν μένει μόνο, μπορεί να φαίνεται τόσο απελπισμένο, που μπορεί να γίνεται απωθητικό για τους πιθανούς συντρόφους να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του, συντηρώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο μοναξιάς και ανακύκλησης των φοβιών του. Επιπροσθέτως, το ίδιο σύστημα πεποιθήσεων αποτρέπει το άτομο από τη δημιουργία ευκαιριών να μάθει και να κατακτήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για την αυτόνομη λειτουργία, όπως η αυτοπεποίθηση, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων, ενώ ακόμα και εάν τις διαθέτει, σε έναν βαθμό, δεν τις αναγνωρίζει και δεν τις χρησιμοποιεί, διατηρώντας έτσι την εξάρτησή του από τρίτους και διαιωνίζοντας τις πυρηνικές του πεποιθήσεις [10].

5. Διαφορική διάγνωση

Όταν ένα άτομο αναζητά θεραπεία με κεντρικό αίτημα τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, την έντονη ανάγκη για διαβεβαίωση αναφορικά με τις αποφάσεις του, ή και την αναποφασιστικότητά και αναβλητικότητα που απορρέουν από συναισθηματικές δυσκολίες ανάληψης ευθύνης, οφείλει να εξεταστεί ως πιθανή πηγή των δυσκολιών του η ΕΔΠ [10]. Για τη σωστή διάγνωσή της είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη πολιτισμικά χαρακτηριστικά του εξεταζόμενου, καθώς η εξάρτηση ποικίλλει βάσει πολιτισμικού πλαισίου αναφοράς και παραδοσιακών κοινωνικών ρόλων [4]. Ο ειδικός, για να προβεί σε ορθή αξιολόγηση, οφείλει να εξετάσει προσεκτικά το ιστορικό των σχέσεων του θεραπευόμενου, και συγκεκριμένα το πώς αντιδρά στο τέλος των σχέσεων, καθώς και το πώς λαμβάνεται η απόφαση για τη λήξη μιας σχέσης. Ακόμη, χρήσιμες πληροφορίες απορρέουν από τη συλλογή πληροφοριών για τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνει τόσο τις απλές καθημερινές όσο και τις σημαντικές αποφάσεις στη ζωή του. Εξίσου χρήσιμες είναι οι πληροφορίες σχετικά με το πώς αισθάνεται το άτομο όταν μένει μόνο, καθώς και σχετικά με το πώς αντιμετωπίζει τις διαφωνίες με τους άλλους, ή όταν του ζητείται να κάνει κάτι που δεν επιθυμεί. Τέλος, μια άλλη σημαντική πηγή πληροφόρησης είναι η δυναμική που αναπτύσσεται μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή. Ενδεικτικό της διαταραχής είναι το πώς μέσα από την παθη-

τικότητα, ή τη συνεχή προβολή αναγκών του θεραπευόμενου, δημιουργείται ο πειρασμός στον θεραπευτή «να τον σώσει» ή να κάνει ασυνήθιστες εξαιρέσεις για χάρη του [10].

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλά άτομα εμφανίζουν εξαρτητικά χαρακτηριστικά. Μόνο όμως όταν αυτά είναι αδιάκοπα, οδηγούν σε δυσπροσαρμοσία, διατηρούνται επί μακρόν και προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία και υποκειμενική δυσφορία στη ζωή του ατόμου, αξιολογούνται ως ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Καθώς όμως οι παθολογικές εξαρτητικές συμπεριφορές συναντώνται συχνά σε ένα πλήθος διαταραχών, είναι σημαντικό να διαφοροδιαγνώσουμε μεταξύ όλων των διαταραχών που μοιράζονται παρόμοια χαρακτηριστικά, προτού καταλήξουμε ότι οφείλονται στην ύπαρξη εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας [4]. Συγκεκριμένα, παθολογικές εξαρτητικές συμπεριφορές μπορεί να συναντήσουμε σε πλείστες ψυχικές διαταραχές συμπτωμάτων ή και σε άλλες διαταραχές προσωπικότητας.

Άλλες ψυχικές διαταραχές: Η εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την εξάρτηση που προκαλείται ως αποτέλεσμα άλλων ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, η διαταραχή κρίσεων πανικού ή και η αγοραφοβία [4].

Στις περιπτώσεις αυτές ο γενικός κανόνας είναι ότι όταν η εξαρτητικότητα εμφανίζεται δευτερογενώς ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων και εξηγείται από τις δυσκολίες που αυτά έχουν επιφέρει, ενώ υποχωρεί τις περιόδους που ο θεραπευόμενος είναι ελεύθερος συμπτωμάτων, δεν συνηγορούν λόγοι να δοθεί επιπροσθέτως η διάγνωση εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας. Αντίθετα, εάν το άτομο πληρούσε τα κριτήρια της εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας και πριν από την έναρξη της διαταραχής συμπτωμάτων, και επιπλέον τα διατηρεί μετά την ύφεσή της, τότε εξετάζεται το ενδεχόμενο να πληροί τα κριτήρια και για τις δύο διαγνώσεις.

Όσον αφορά την εξαρτητικότητα που προκαλείται από την αγοραφοβία, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της αγοραφοβίας τα άτομα να μην αναπτύσσουν την τάση να εξαρτώνται από τους άλλους, αλλά το κάνουν ειδικά για να έχουν την υποστήριξή τους σε περίπτωση έλευσης κρίσεως πανικού. Επίσης, οι πάσχοντες από αγοραφοβία ζητούν ή και απαιτούν ενεργά από το περιβάλλον τους να τους συνοδεύει όπου πηγαίνουν, γεγονός σπάνιο για τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας, τα οποία μάλιστα δυσκολεύονται εν γένει να απαιτήσουν κάτι [10].

Η ίδια λογική ακολουθείται και για τις περιπτώσεις αλλαγής προσωπικότητας λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης ή από συμπτωματολογία που μπορεί να εμφανιστεί εξαιτίας επίμονης χρήσης ουσιών, καταστάσεις επίσης από τις οποίες οφείλει να διαφοροδιαγνώσκει η εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας [4].

Άλλες διαταραχές προσωπικότητας: Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας εμφανίζουν σημαντικές επικαλύψεις μεταξύ τους ως προς τα χαρακτηριστικά τους, με αποτέλεσμα να μπορεί να δημιουργηθεί σύγχυση μεταξύ τους. Για τον λόγο αυτό, ο ειδικός οφείλει να εστιάζει στις διαφορές, προκειμένου να μπορεί να διαφοροδιαγνώσει με ακρίβεια. Συγκεκριμένα, η ΕΔΠ έχει κοινά στοιχεία με την οριακή, την ιστριονική και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Ωστόσο, εάν ένα άτομο πληροί τα κριτήρια για περισσότερες της μίας διαταραχές προσωπικότητας, μπορούν να δοθούν όλες οι διαγνώσεις για τις οποίες πληρούνται τα κριτήρια, ως μη αμοιβαία αποκλειόμενες [4].

Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας: Τόσο η εξαρτητική όσο και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν ως κεντρικό χαρακτηριστικό τους τον φόβο εγκατάλειψης. Ωστόσο, τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας αντιδρούν στην εγκατάλειψη –αληθή ή φαντασιακή– με έντονη οργή και απαιτήσεις από τα άλλα άτομα, ενώ τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας αντιδρούν με παθητικότητα, φόβο και στρέφονται άμεσα προς μια νέα σχέση για να τους παρέχει φροντίδα και υποστήριξη. Περαιτέρω, τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας οδηγούνται σε ασταθείς και έντονες σχέσεις, αντίθετα με τα άτομα με ΕΔΠ, τα οποία προσεγγίζουν τους άλλους με υποχωρητικότητα, αποφεύγουν τις εντάσεις και προσπαθούν ακόμα και εις βάρος των επιθυμιών τους να μένουν αρεστά [4].

Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας: Τα άτομα με ιστριονική διαταραχή προσωπικότητας και τα άτομα με ΕΔΠ έχουν έντονη ανάγκη για επιβεβαίωση, η συμπεριφορά τους μπορεί να φαίνεται «παιδική» και να έχουν την τάση να εξαρτώνται από άλλους [4]. Ωστόσο, τα πρώτα υιοθετούν συχνά εκκεντρικές, εγωκεντρικές και επιπόλαιες συμπεριφορές, ενώ προσπαθούν να σαγηνεύσουν ή και να χειριστούν τα άτομα που τους περιβάλλουν με στόχο να διατηρούν την προσοχή πάνω τους. Αντίθετα, τα άτομα με ΕΔΠ τείνουν να είναι παθητικά, υποτακτικά και υπάκουα στα άτομα που τους περιβάλλουν ώστε να μη χάσουν την υποστήριξή τους [10].

Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας: Τα άτομα με εξαρτητική και αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας μοιράζονται από κοινού ένα βαθύ αίσθημα ανεπάρκειας, διακρίνονται από υπερευαίσθησία στην κριτική και έχουν έντονη ανάγκη επιβεβαίωσης. Ωστόσο, τα άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας έχουν τόσο έντονα τον φόβο της απόρριψης και διακατέχονται από ένα τόσο βαθύ αίσθημα ντροπής, που απομακρύνονται ή εγείρουν άμυνες έως ότου βεβαιωθούν ότι θα γίνουν αποδεκτά. Αντίθετα, τα άτομα με ΕΔΠ αναζητούν τις σχέσεις και τις διατηρούν, παρά τις αποφεύγουν ή αποσύρονται [4]. Επίσης, και στις δύο διαταραχές τα άτομα διατηρούν έντονα την ανάγκη να αισθανθούν αγάπη από τους άλλους. Ωστόσο, το άτομο με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας αμφιβάλλει και φοβάται ότι δεν θα επιτευχθεί τέτοια αγάπη και πως το ίδιο δεν είναι ικανό να αγαπηθεί, ενώ το άτομο με ΕΔΠ τείνει να εμπιστεύεται και να εξαρτάται πιστά από τους άλλους, διατηρώντας την προσδοκία ότι οι προσπάθειές του θα ανταμειφθούν με αγάπη και συνεχή στήριξη [10].

6. Θεραπευτική σχέση

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΕΔΠ διευκολύνουν τη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμαχίας, καθώς οι θεραπευόμενοι νιώθουν αρκετά άμεσα εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του θεραπευτή, λόγω της έντονης ανάγκης τους για στήριξη, καθοδήγηση και αποδοχή από τους άλλους, και ειδικά από πρόσωπα εξουσίας [12]. Ο κλινικός είναι απαραίτητο να λαμβάνει υπόψη το ενδεχόμενο να εκδηλώσουν πολύ φιλική και κολακευτική στάση απέναντί του, να τον εξιδανικεύσουν και να προσπαθήσουν να τον ευχαριστήσουν, μέσω της υπακοής τους και της συμμόρφωσής τους στις προσδοκίες και τις υποδείξεις του. Η στάση τους αυτή δεν περιλαμβάνει συνήθως ένα ερωτικά σαγηνευτικό στίλ, εκτός και αν συνυπάρχουν δυσπροσαρμοστικά γνωρίσματα ιστριονικής διαταραχής προσωπικότητας [10].

Εφόσον ο θεραπευτής αναλαμβάνει τα ηνία της συζήτησης και καθοδηγεί τον διάλογο ενεργητικά, η θεραπευτική διαδικασία προχωρά ομαλά και υπάρχει ροή στη συζήτηση. Η παροχή συμβουλών και η συναισθηματική κατανόηση για την αναποφασιστικότητα και τις δυσκολίες τους από τη μεριά του ειδικού ενθαρρύνουν τους θεραπευόμενους να ανοιχτούν περισσότερο [12]. Εάν οι θεραπευτές προσεγγίσουν την εξαρτητικότητα των θεραπευομένων με ενσυναίσθηση στα πρώτα στάδια της θεραπείας, κατανοώντας την ανάγκη τους να στηρίζονται στους άλλους για να τους καθοδηγούν στη ζωή τους, εκείνοι θα συνεργαστούν και θα ανταποκριθούν στις προσδοκίες του θεραπευτή, αποκαλύπτοντας τις σκέψεις, τις βαθύτερες πεποιθήσεις και τα συναισθήματά τους [10]. Ωστόσο, στα πρώτα στάδια της θεραπείας, εάν ο θεραπευτής προσπαθεί να διερευνήσει τις επιπτώσεις της υποτακτικής τους στάσης ή να αντιπαρατεθεί μαζί τους μπορεί να αναδιπλωθούν και να αποσυρθούν.

Επειδή οι θεραπευόμενοι με ΕΔΠ αναθέτουν στους άλλους τη φροντίδα και τη λήψη αποφάσεων για τους ίδιους, δεν ανταποκρίνονται ουσιαστικά στην ανάληψη μεριδίου ευθύνης που προϋποθέτει μία πραγματική συνεργατική θεραπευτική σχέση, σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο. Έτσι, μπορεί να συμμορφώνονται παθητικά και επιφανειακά στις υποδείξεις του κλινικού, χωρίς να εμπλέκονται ενεργά σε κοινά συμφωνημένους στόχους ή να εκδηλώνουν αυτόβουλα συμπεριφορές ανάληψης ευθύνης, εκτός και αν ο θεραπευτής τους παρακινεί συνεχώς και τους υπενθυμίζει τα συμφωνηθέντα. Συνεπώς, η συμμόρφωση είναι για τους ίδιους πολύ πιο εύκολη και οικεία από ό,τι η αμοιβαία συνεργασία – μία διάκριση που ο κλινικός καλείται να κάνει κατά τη θεραπευτική διαδικασία [12].

Στα ενδιάμεσα στάδια της θεραπείας, ο θεραπευτής βοηθά σταδιακά το άτομο να αυξήσει το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας και την αυτονομία του στη λήψη αποφάσεων, πρωτοβουλιών και έκφρασης σκέψεων και επιθυμιών, χωρίς την ενεργητική καθοδήγηση από τον ίδιο. Εξάλλου, η δομημένη, συνεργατική φύση της ΓΣΘ (ατζέντα, καθορισμός στόχων, καθοδηγούμενη ανακάλυψη) ενθαρρύνει τον θεραπευόμενο να παίζει πιο ενεργό ρόλο στη διαδικασία, αμβλύνοντας την έντονη εξάρτηση και στήριξη από τον θεραπευτή. Για να το καταφέρει αυτό συχνά απαιτείται εκ μέρους του θεραπευτή να μειώσει το καθοδηγητικό στίλ που ευνόησε στην αρχή της θεραπείας, να γίνει ο ίδιος πιο παθητικός και έτσι να δημιουργήσει χώρο να αναδυθεί η νέα κατανόηση και οι νέες δεξιότητες του θεραπευόμενου, διατηρώντας πάντα την ισορροπία ανάμεσα στην ανάγκη του θεραπευόμενου για προσκόλληση και την ενδυνάμωση της ανεξαρτησίας του. Συμπερασματικά, στην όψιμη φάση της θεραπείας, επιδιώκεται ο συνδυασμός παροχής οδηγιών/καθοδήγησης, ευκαιριών για λήψη αποφάσεων και ανάληψης προσωπικής ευθύνης για την ευημερία του θεραπευόμενου [12].

7. Θεραπευτική παρέμβαση

Βασικό στόχο της θεραπείας σε άτομα με ΕΔΠ αποτελεί η ανάπτυξη της αυτονομίας και του αισθήματος αυτοαποτελεσματικότητας. Η παθητική, υποτακτική στάση, η έντονη αναζήτηση διαβεβαιώσεων και η εκδήλωση υπερβολικής έγνοιας και φροντίδας προς τους άλλους έχουν αντίκτυπο στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη διάθεση των ατόμων με ΕΔΠ, υπονομεύουν την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο κοινωνικής απόρριψης και εκδήλωσης κατάθλιψης [10,

13]. Αρχικά, οι θεραπευόμενοι καλούνται να κατανοήσουν τη λειτουργική αξία των συντελεστικών πεποιθήσεων και κανόνων, αλλά και στρατηγικών κατά την παιδική ηλικία, τον αντίκτυπο που προκαλεί η εφαρμογή τους κατά την ενήλικη ζωή και τον τρόπο που οι πεποιθήσεις ανεπάρκειας και ευαλωτότητας συνδέονται με το οικογενειακό περιβάλλον και τα γεγονότα ζωής [10]. Εν συνεχεία, ο θεραπευτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει την πρόκληση και την αμφισβήτηση των συντελεστικών πεποιθήσεων και των δυσλειτουργικών σχημάτων εξάρτησης και αβοηθητότητας, αλλά και την εκπαίδευση σε δεξιότητες, όπως η διεκδικητική συμπεριφορά, η επίλυση προβλημάτων, η ρύθμιση του συναισθήματος και η διαπροσωπική αποτελεσματικότητα [14], καθώς και τα συμπεριφορικά πειράματα για την περαιτέρω τροποποίηση και αναδόμηση των πεποιθήσεων μέσω της βιωματικής μάθησης [10].

Συγκεκριμένα, η αυτονομία προϋποθέτει ενδυνάμωση της ικανότητας δράσης και ανάληψης πρωτοβουλιών ανεξάρτητα από τους άλλους, καθώς και της δεξιότητας ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Επειδή η συνθήκη μίας αυτόνομης ζωής και η ικανότητα ανάληψης ευθύνης για τη ζωή ισοδυναμούν για τα άτομα με ΕΔΠ με την πιθανότητα εγκατάλειψης και το αίσθημα ανημπόριας, οι στόχοι αυτοί κρίνεται σημαντικό να επιτευχθούν με προσεκτικούς θεραπευτικούς χειρισμούς. Αφού οι θεραπευόμενοι με ΕΔΠ συχνά προσέρχονται στη θεραπεία προσδοκώντας ότι ο κλινικός θα λύσει το πρόβλημά τους και θα λάβει αποφάσεις αντί για τους ίδιους, είναι απαραίτητο να επιτρέψουμε αρχικά κάποια εξάρτηση για να αυξήσουμε το κίνητρο εμπλοκής τους στη θεραπεία [10, 12].

Η καθοδηγούμενη ανακάλυψη και ο σωκρατικός διάλογος νωρίς στη θεραπεία βοηθά τους θεραπευόμενους να αρχίζουν να διερευνούν τις δικές τους λύσεις και να λαμβάνουν αποφάσεις, μειώνοντας σταδιακά την υπερβολική εξάρτηση από τον θεραπευτή και τους άλλους [8]. Καθώς η θεραπεία προχωρά, η επίτευξη στόχων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ισχυρή απόδειξη για την αμφισβήτηση των υποθέσεων του ατόμου ότι είναι αδύναμο και ανίκανο. Η πρόκληση της διχότομης πεποίθησης για την αυτονομία – είτε εντελώς εξαρτώμενος και συνδεδεμένος με τους άλλους, είτε εντελώς ανεξάρτητος και απομονωμένος – συντελεί στην τροποποίηση του διαστρεβλωμένου τρόπου αντίληψης ότι η αυτονομία συνεπάγεται πλήρη αποξένωση. Σε συνδυασμό με τα ανωτέρω ζητήματα, αναδύονται και θεματικές που αφορούν τον προσωπικό προσανατολισμό, τον αυτοσεβασμό, την προσωπική έκφραση συναισθημάτων και επιθυμιών και την εξερεύνηση των προσωπικών ενδιαφερόντων [12] για την επίτευξη των οποίων κρίνεται απαραίτητη και η ανάπτυξη εναλλακτικών, προσαρμοστικών στρατηγικών και δεξιοτήτων [15, 16]. Επειδή τα άτομα με ΕΔΠ βασίζονταν στους άλλους για πολύ καιρό, συχνά είτε έχουν πραγματικά ελλείμματα σε δεξιότητες, είτε διαθέτουν τις απαραίτητες στρατηγικές που απαιτούνται για να λειτουργήσουν ανεξάρτητα και επιτυχώς, αλλά μπορεί να μην το αναγνωρίζουν ή να φοβούνται να χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητες που διαθέτουν.

Δεδομένου ότι ο τερματισμός πυροδοτεί συνήθως σχήματα απόρριψης και εγκατάλειψης στους ανθρώπους με ΕΔΠ, ή πεποιθήσεις ότι είναι αδύνατο να διατηρηθεί η πρόοδος χωρίς την υποστήριξη του θεραπευτή, προτείνεται στα τελευταία στάδια της θεραπείας να καθοριστεί συγκεκριμένο διάστημα κατά το οποίο θα δοθεί έμφαση στην προετοιμασία για τον τερματισμό, με προγραμματισμό λιγότερο συχνών συνεδριών

και αργότερα –μετά τη λήξη της θεραπείας– προσδιορισμό αναμνηστικών συνεδριών. Η διαδικασία της σταδιακής μείωσης της συχνότητας των συνεδριών μπορεί να αποτελέσει ένα διερευνητικό συμπεριφορικό πείραμα για να ελεγχθεί η πεποίθηση ότι δεν θα τα καταφέρουν χωρίς την υποστήριξη του θεραπευτή. Για παράδειγμα, μόλις το άτομο δει ότι μπορεί να ανταποκριθεί καλά για δύο εβδομάδες αντί για μία, μπορούν να οριστούν μηνιαίες συνεδρίες. Εάν δεν είναι σε θέση να διατηρήσει την πρόοδο κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων, είναι πιθανό το άτομο να μην είναι ακόμα έτοιμο για τερματισμό και να κριθεί σκόπιμο να επιστρέψει η θεραπεία στις εβδομαδιαίες συνεδρίες μέχρι να επιλυθούν τα προβλήματα [10].

Εάν οι θεραπευόμενοι με ΕΔΠ νιώσουν ότι έχουν τον έλεγχο στον προγραμματισμό της σταδιακής μείωσης των συνεδριών, αυτό είναι πιθανό να προκαλέσει μικρότερο αίσθημα απειλής, με αποτέλεσμα να είναι πιο πρόθυμοι να δοκιμάσουν τη μείωση, γιατί η απόφαση δεν είναι μονομερής και αμετάκλητη. Ο θεραπευτής μπορεί να αυξήσει το διάστημα ανάμεσα στις συνεδρίες όλο και περισσότερο, προτείνοντας να συναντηθούν κάθε μήνα, κάθε τρεις μήνες ή ακόμα και κάθε έξι μήνες. Όταν παρέχεται αυτή η ελεύθερη επιλογή, ωστόσο, οι θεραπευόμενοι συνήθως συνειδητοποιούν ότι, εφόσον μπορούν να περάσουν έναν ολόκληρο μήνα χωρίς θεραπεία, πραγματικά δεν χρειάζεται να τη συνεχίσουν συστηματικά και ότι είναι έτοιμοι για τη λήξη της. «Με την κατάλληλη διατύπωση περίπτωσης και έναν προσεκτικό θεραπευτικό σχεδιασμό σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, μπορεί να δοθεί η δυνατότητα στον θεραπευτή να παρακολουθήσει τον ασθενή του να εξελίσσεται σε έναν αυτόνομο ενήλικα, προσφέροντάς του μία ικανοποίηση σαν αυτή που νιώθει κάποιος βλέποντας ένα παιδί να μεγαλώνει» [10].

Βιβλιογραφία

- [1] Disney KL. Dependent Personality Disorder: A Critical Review. Clin Psychol Rev, 2013; 33: 1184-1196.
- [2] Χριστοπούλου Α. Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος, 2008.
- [3] Davison GC, Neale JM. Abnormal Psychology. New York: John Wiley & Sons, 1998.
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: A.P.A., 2000.
- [5] Bornstein RF. Illuminating a neglected clinical issue: societal costs of interpersonal dependency and dependant personality disorder. J Clin Psychol, 2012; 68: 766-781.
- [6] American Psychiatric Association. Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2004.
- [7] Bornstein RF. Reconceptualizing Personality Pathology in DSM-5: Limitations in Evidence for Eliminating Dependent Personality Disorder and Other DSM-IV Syndromes. J. Pers Disord, 2011; 25(2): 235-247.
- [8] Baker JD, Capron EW, Azorlosa J. Family environment Characteristics of Persons with Histrionic and Dependent Personality Disorders. J. Pers Disord, 1996; 10(1): 82-87.
- [9] Millon T, Davis RD. Disorders of personality: DSMIII, axis II. New York: Wiley, 1981.
- [10] Beck AT, Davis DD, Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disorders, 3rd ed. New York: The Guilford Press, 2015.
- [11] Ευσταθίου Γ, Ευθυμίου Κ, Χαρίλα Ν. Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας: Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιστατικών. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΕΘΣ, 2014.
- [12] Sperry L. Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders: Assessment, case conceptualization and treatment. New York, London: Routledge, 2016.
- [13] Joiner T. Depressions vicious screw: Self-propogating and erosive processes in depression chronicity. Clin Psychol: Sci Pract, 2000; 7: 203-218.
- [14] Fay A, Lazarus A. Cognitive-behavior group therapy. In: Alonso A, Willer H, eds. Group therapy in clinical practice. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
- [15] Bornstein RF. From dysfunction to adaptation: An interactionist model of dependency. Annu Rev Clin Psychol, 2012a; 8(1): 291-316.
- [16] Bornstein RF. The dependent individual: Diagnosis, assessment, and treatment. Prof Psychol Res Pr, 2005; 36(1): 82-89.