

Θεραπεία Σχημάτων στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας: Αποτελεσματικότητα και διαφορές με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

Φωτεινή Μαρία Σκαρπαλέζου¹, Ασπασία Νίκα¹

¹ Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Φωτεινή Μαρία Σκαρπαλέζου, Γλάδστωνος 10, Αθήνα, 10677

Email: fotinimarskarpalezou@gmail.com – Τηλ.: 6955734553

Περίληψη

Η Θεραπεία Σχημάτων (ΘΣ – Schema Therapy) αποτελεί επέκταση του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου και αναπτύχθηκε κυρίως για τη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας και άλλων περίπλοκων διαταραχών. Η αποτελεσματικότητά της έχει μελετηθεί εκτενώς για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, όμως περιορισμένη παραμένει η έρευνα που έχει διενεργηθεί για τις υπόλοιπες διαταραχές προσωπικότητας. Οι στόχοι της παρούσας εργασίας είναι δύο, πρώτον, η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ΘΣ στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ – Avoidant Personality Disorder) και, δεύτερον, ο εντοπισμός των διαφορών της με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ – Cognitive Behavioral Therapy). Για τους σκοπούς αυτούς, μελετήθηκαν πέντε έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΘΣ και εκτενής βιβλιογραφία, η οποία αφορά την παρουσίαση των δύο μοντέλων. Από την ανασκόπηση των ερευνών προκύπτει η αποτελεσματικότητα της ΘΣ στην εξάλειψη των συμπτωμάτων της ΑΔΠ, καθώς και δευτερεύοντα αποτελέσματα όπως η μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Οι στοιχειώδεις διαφορές των δύο μοντέλων εντοπίζονται σε θέματα όπως η ερμηνεία της ΑΔΠ, οι κύριοι μηχανισμοί αλλαγής, οι στόχοι της παρέμβασης, η θεραπευτική σχέση και οι θεραπευτικές τεχνικές. Η φύση των προβλημάτων της ΑΔΠ και των διαταραχών προσωπικότητας γενικότερα φέρνει την παραδοσιακή ΓΣΘ αντιμέτωπη με ποικίλες προκλήσεις, οι οποίες αφορούν κυρίως τη θεραπευτική σχέση και τα όρια, τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία και τη δουλειά για το σπίτι, γεγονός που καθιστά τη ΘΣ ολοένα και πιο δημοφιλή στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, Θεραπεία Σχημάτων, διαταραχές προσωπικότητας, Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας

1. Εισαγωγή

1.1. Διαταραχές προσωπικότητας

Η προσωπικότητα απαρτίζεται από ένα σύστημα χαρακτηριστικών που αφορούν τη γνωστική, συναισθηματική, συμπεριφορική λειτουργία και τα κίνητρα και αποτυπώνεται στις πράξεις του ατόμου [1]. Όταν τα χαρακτηριστικά αυτά είναι δύσκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά σε βαθμό που να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας ή δυσφορία, τότε συνιστούν διαταραχές προσωπικότητας [2]. Σύμφωνα με το DSM-V^(p848-9) οι διαταραχές προσωπικότητας αφορούν ένα διαρκές πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς, το οποίο παρεκκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου και εκδηλώνεται σε τουλάχιστον δύο από τα εξής πεδία: γνωστική, διαπροσωπική λειτουργία, συναισθηματική έκφραση και έλεγχος των παρορμήσεων. Το πρότυπο εσωτε-

κής εμπειρίας και συμπεριφοράς είναι δύσκαμπτο και διάχυτο σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και προσωπικών καταστάσεων και προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση και έκπτωση της λειτουργικότητας. Έχει τις απαρχές του στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, είναι σταθερό και μακράς διαρκείας και γι' αυτόν τον λόγο συνήθως είναι εγω-συντονικό και δεν νοείται ως προβληματικό από το άτομο. Οι διαταραχές προσωπικότητας ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες βάσει περιγραφικών ομοιοτήτων. Η Ομάδα Α περιλαμβάνει την Παρανοειδή, τη Σχιζοειδή και τη Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας και αφορά άτομα που συχνά φαίνονται παράξενα και εκκεντρικά. Η Ομάδα Β περιλαμβάνει την Αντικοινωνική, την Οριακή, την Ιστριονική και τη Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και αφορά δραματικά, συναισθηματικά και ασταθή άτομα. Τέλος, η Ομάδα Γ περιλαμβάνει την Αποφευκτική, την Εξαρ-

τητική και την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και αναφέρεται σε άτομα που συχνά παρουσιάζονται αγχώδη και φοβισμένα.

1.2. Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας

Η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ – Avoidant Personality Disorder) χαρακτηρίζεται από ένα διάχυτο πρότυπο κοινωνικής αναστολής, συναισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαίσθησίας στην αρνητική αξιολόγηση, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή και παρουσία σε ποικίλα πλαίσια. Το εξέχον πρόβλημα που συνδέεται με την ΑΔΠ αφορά την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Τα άτομα με ΑΔΠ αποφεύγουν επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης, φόβου κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης. Όσον αφορά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, περιορίζονται σε στενές φιλίες, καθώς φοβούνται πως θα ντροπιαστούν ή θα γελοιοποιηθούν και αποφεύγουν να σχετιστούν με άλλα άτομα, αν δεν είναι βέβαιο πως θα γίνουν αρεστά. Αυτοί οι φόβοι επηρεάζουν αρνητικά τη συμπεριφορά τους, η οποία με τη σειρά της μπορεί να γίνει αντικείμενο χλευασμού από τους άλλους, γεγονός που επιβεβαιώνει τις αντιλήψεις για την αυτοεικόνα τους. Στον γνωσιακό τομέα συγκαταλέγονται: η έντονη ενασχόληση με την ιδέα της κριτικής ή απόρριψης, αισθήματα ανεπάρκειας, στα οποία οφείλεται η κοινωνική αναστολή που επιδεικνύουν σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις και η εικόνα του εαυτού ως κοινωνικά ανόητο, μη ελκυστικό, και κατώτερο. Σε ό,τι αφορά το συμπεριφορικό κομμάτι, διστάζουν να πάρουν πρωτοβουλίες, ρίσκα ή να συμμετάσχουν σε νέες δραστηριότητες υπό τον φόβο μήπως γίνει εμφανής η αμηχανία τους. Συνήθως περιγράφονται από τους άλλους ως ντροπαλοί, συνεσταλμένοι, μοναχικοί και απομονωμένοι [2].

Αν και η διαταραχή εμφανίζεται στην αρχή της ενήλικης ζωής, η αποφευκτική συμπεριφορά συχνά έχει τη βάση της στη βρεφική ή παιδική ηλικία, κατά την οποία το παιδί φαίνεται ντροπαλό, απομονωμένο και εκδηλώνει φόβο για άγνωστα πρόσωπα και νέες καταστάσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά εντείνονται στην εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή, όπου οι κοινωνικές σχέσεις καθίστανται πιο σημαντικές. Η ΑΔΠ εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες και σε ποσοστό 2,4% του γενικού πληθυσμού. Συχνά παρουσιάζει συννοσηρότητα με την εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας, καθώς τα άτομα προσκολλώνται και εξαρτώνται από τα λιγοστά φιλικά τους άτομα, την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και τις διαταραχές προσωπικότητας της Ομάδας Α. Τέλος, μπορεί να υπάρξει συννοσηρότητα με κατάθλιψη, διπολικές και αγχώδεις διαταραχές, ιδίως με κοινωνική φοβία [2].

Η ΑΔΠ συγκλίνει σε αρκετά σημεία με κάποιες αγχώδεις διαταραχές και άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Ως προς τις αγχώδεις διαταραχές, παρουσιάζει ομοιότητες με την κοινωνική φοβία και τη διαταραχή πανικού. Η διαφοροδιάγνωση συνίσταται στο γεγονός πως τα άτομα με κοινωνική φοβία εκδηλώνουν άγχος σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, παραδείγματος χάριν, όταν πρόκειται να μιλήσουν μπροστά σε μεγάλο κοινό, ενώ στα άτομα με ΑΔΠ το κοινωνικό άγχος φαίνεται να είναι πιο βαθιά ριζωμένο, γι' αυτό και σχετίζεται με ένα πιο ευρύ φάσμα κοινωνικών καταστάσεων με προεξέχουσες τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις [3, 4]. Η στοιχειώδης διαφορά με τη διαταραχή πανικού έγκειται στον ρόλο της

αποφυγής. Στη διαταραχή πανικού η αποφυγή εστιάζεται σε καταστάσεις που δύνανται να προκαλέσουν μια κρίση πανικού, ενώ στην ΑΔΠ σε καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε κριτική ή κοινωνική απόρριψη [3]. Κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας που συχνά συγχέονται με την ΑΔΠ είναι η εξαρτητική, η σχιζοειδής, η σχιζοτυπη και η παρανοειδής. Το κοινό στοιχείο μεταξύ ΑΔΠ και εξαρτητικής είναι η διαστρεβλωμένη αντίληψη εαυτού, καθώς και στις δύο διαταραχές τα άτομα διακατέχονται από αισθήματα ανεπάρκειας. Η ειδοποιός διαφορά εντοπίζεται στην αντίληψη των απόμων για τους άλλους ανθρώπους. Συγκεκριμένα, τα άτομα με ΑΔΠ θεωρούν πως οι άλλοι θα τους κρίνουν και θα τους απορρίψουν, σε αντίθεση με τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας τα οποία πιστεύουν πως οι άλλοι είναι δυνατοί και ικανοί να τους φροντίσουν. Γι' αυτό και οι πρώτοι φοβούνται τις στενές σχέσεις και αισθάνονται ευάλωτοι μέσα σε αυτές, ενώ οι δεύτεροι τις αναζητούν και αισθάνονται άνετα καλύπτοντας την ανάγκη τους για φροντίδα. Το κοινό χαρακτηριστικό της ΑΔΠ με τις διαταραχές προσωπικότητας της Ομάδας Α είναι η κοινωνική απομόνωση. Η διαφοροδιάγνωση στηρίζεται στον λόγο που επιλέγουν αυτά τα άτομα να απομονωθούν. Η διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ΑΔΠ και άτομα με σχιζοειδή και σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας είναι πως αυτά τα άτομα αδιαφορούν για τις διαπροσωπικές σχέσεις, σε αντίθεση με τα άτομα με ΑΔΠ, τα οποία επιθυμούν τη σύναψη σχέσεων αλλά φοβούνται την κριτική και την απόρριψη [3]. Τέλος, στην παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας, τα άτομα είναι απρόθυμα να εμπιστευτούν τους άλλους, όχι όμως από φόβο απόρριψης, αλλά από φόβο κακόβουλης θέλησης των άλλων προς το πρόσωπό τους [2].

1.3. Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία για τις διαταραχές προσωπικότητας και την ΑΔΠ

Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία αντιλαμβάνεται τις διαταραχές προσωπικότητας στη βάση δύο εννοιών, τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και τις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές. Οι δύο αυτές έννοιες προκύπτουν από την αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης του ατόμου με την επιρροή των σημαντικών άλλων και την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα [5]. Ο Beck [3] αρχικά εξηγεί τις διαταραχές προσωπικότητας από εξελικτική σκοπιά τονίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον ρόλο της γενετικής προδιάθεσης. Αναφέρει, λοιπόν, γενετικά προκαθορισμένες στρατηγικές συμπεριφοράς οι οποίες κάποτε συνέβαλαν στην επιβίωση και διαίωνιση του ατόμου, όμως σήμερα δεν συνάδουν με τους κανόνες της κοινωνίας [3]. Η αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον έχει ως απόρροια την παγίωση συγκεκριμένων συμπεριφορικών μοτίβων, τα λεγόμενα προσωπικά χαρακτηριστικά [3]. Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας τείνουν να εμφανίζουν συστηματικά και σε υπερβολικό βαθμό συμπεριφορικές στρατηγικές που κάποτε μπορεί να ήταν λειτουργικές, αλλά τώρα δεν είναι κατάλληλες με βάση τις κοινωνικές νόρμες και τις χρησιμοποιούν με άκαμπτο και καταναγκαστικό τρόπο [6]. Με άλλα λόγια, κάποιες δυσλειτουργικές συμπεριφορικές στρατηγικές υπεραναπτύσσονται εις βάρος άλλων πιο λειτουργικών [3]. Κεντρικό ρόλο στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία διαδραματίζει η έννοια του σχήματος, ως ένα σταθερό γνωστικό πρότυπο που αποτελεί τη βάση για την ερμηνεία των γεγονότων. Τα σχήματα εμπεριέχουν αντιλήψεις για τους άλλους και

για τον εαυτό και ανάλογα με τον βαθμό ενεργοποίησής τους διακρίνονται σε υπερσθεναρά και λανθάνοντα [3, 5]. Στις διαταραχές προσωπικότητας ενεργοποιείται ένα δυσλειτουργικό σχήμα, το οποίο εμποδίζει την ενεργοποίηση ενός άλλου που πιθανώς θα ήταν πιο λειτουργικό για μια δεδομένη κατάσταση. Το δυσλειτουργικό σχήμα, που είναι υπερσθεναρό επηρεάζει την επεξεργασία πληροφοριών και μέσω των γνωσιακών διαστρεβλώσεων, ασαφή ή ασήμαντα ερεθίσματα ερμηνεύονται ως σχετικά με το περιεχόμενο του σχήματος, επιβεβαιώνοντας και διαιωνίζοντας με αυτόν τον τρόπο το σχήμα [3]. Ο Turner συμπληρώνει πως στις διαταραχές προσωπικότητας κεντρικό ρόλο κατέχει το σχήμα εαυτού. Το άτομο, αλληλοεπιδρώντας με το περιβάλλον, επεξεργάζεται πληροφορίες και συναισθήματα τα οποία συντελούν στη διαμόρφωση εικόνας εαυτού. Στις διαταραχές προσωπικότητας, τα σχήματα εαυτού είχαν προσαρμοστικό ρόλο σε δύσκολες πρώιμες καταστάσεις, αλλά αργότερα καθίστανται δυσλειτουργικά. Όσο πιο άκαμπτες πεποιθήσεις έχει το άτομο για τον εαυτό και τους άλλους, τόσο πιο άκαμπτες είναι οι διαπροσωπικές συμπεριφορές του και ως συνέπεια λαμβάνει παρόμοιες απαντήσεις από το περιβάλλον του, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο που διαιωνίζει το σχήμα του [7].

Στη μεταγενέστερη διατύπωση της θεωρίας του, ο Beck εισάγει την έννοια των τρόπων λειτουργίας, οι οποίοι μαζί με τα σχήματα συγκροτούν την προσωπικότητα και συνδράμουν στον τρόπο που το άτομο νοηματοδοτεί και απαντά στα ερεθίσματα [8]. Οι τρόποι λειτουργίας αποτελούν ένα δίκτυο γνωσιακών, συναισθηματικών, κινητοποιητικών και συμπεριφορικών συστημάτων τα οποία έχουν και το αντίστοιχο σχήμα. Το κάθε σύστημα μπορεί να έχει διαφορετική λειτουργία, όμως όλα ενεργοποιούνται ταυτόχρονα. Όταν ένα ερέθισμα εμφανίζεται στο περιβάλλον, το σχήμα προσανατολισμού (αφορά το πρώτο στάδιο επεξεργασίας των πληροφοριών κατά το οποίο λαμβάνει χώρα η αρχική αναγνώριση του ερεθίσματος) είναι υπεύθυνο για την αρχική νοηματοδότησή του και την ενεργοποίηση των υπόλοιπων συστημάτων, τα οποία μαζί με τα αντίστοιχα σχήματα και το σύστημα συνειδητού ελέγχου (απαρτίζεται από πιο συνειδητές επιθυμίες και αξίες και αφορά μια μεταγνωσική λειτουργία η οποία οδηγεί σε δευτερογενή εκτίμηση του ερεθίσματος) έχουν ως απόρροια γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις [3, 8]. Το σύστημα συνειδητού ελέγχου βασίζεται στις πεποιθήσεις του ατόμου και σε συνδυασμό με το σύστημα κινητοποίησης (κινητοποίηση του οργανισμού για δράση ή απραξία) αναστέλλει τις παρορμήσεις [3].

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το γνωσιακό προφίλ για την ΑΔΠ βάσει των κεντρικών εννοιών της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής θεωρίας [3, 5].

Πίνακας 1. Γνωσιακό Προφίλ Αποφενκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας

Παιδικές εμπειρίες	Απόρριψη, επίκριση από σημαντικούς άλλους
Εικόνα εαυτού	Κοινωνικά ανίκανος, όχι ικανός για ανταγωνισμό σε επαγγελματικές ή ακαδημαϊκές συνθήκες, ευάλωτος στην υποτίμηση και απόρριψη
Εικόνα άλλων	Επικριτικοί, υποτιμητικοί, ανώτεροι χωρίς ενδιαφέρον για τον ίδιο
Πεποιθήσεις	«Δεν είμαι καλός», «Αν με γνωρίσει κάποιος, θα δει πώς είμαι πραγματικά και θα με εγκαταλείψει»
Φόβος	Να ανακαλυφθούν ως «απάτη», να απορριφθούν, να εξευτελισθούν
Υπερανπτυγμένες στρατηγικές	Κοινωνική ευαλωτότητα, αποφυγή, αναστολή
Υποαναπτυγμένες στρατηγικές	Αυτοπεποίθηση
Συναίσθημα	Δυσφορία, άγχος

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, μια από τις επικρατέστερες στρατηγικές της ΑΔΠ είναι η αποφυγή, την οποία τα άτομα χρησιμοποιούν σε όλα τα επίπεδα. Συγκεκριμένα, σε κοινωνικό επίπεδο αποφεύγουν καταστάσεις στις οποίες οι άλλοι μπορούν να ανακαλύψουν τον «πραγματικό» τους εαυτό. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, αποφεύγουν καταστάσεις που μπορεί να φέρουν στην επιφάνεια σκέψεις που τους κάνουν να νιώθουν άβολα. Επιδεικνύουν, επίσης, γνωσιακή αποφυγή, δηλαδή αποφεύγουν να αναγνωρίσουν δυσάρεστες σκέψεις και πεποιθήσεις, γεγονός που στη θεραπεία καθιστά δύσκολη την ολοκλήρωση των εργασιών για το σπίτι. Εξαιτίας της μειωμένης ανοχής στη δυσφορία καθίστανται πιο επιρρεπείς στη χρήση ουσιών, η οποία τους βοηθά να μην έρχονται σε επαφή με δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα. Επιπροσθέτως, αναπτύσσουν πολύ αυστηρό σύστημα συνειδητού ελέγχου, παρακολουθώντας και αξιολογώντας συνεχώς τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν υψηλό βαθμό αναστολής. Τέλος, λόγω της μειωμένης ανοχής σε αρνητικά συναισθήματα και στην ευαισθησία στην αποτυχία και την απόρριψη, έχουν χαμηλές προσδοκίες και απέχουν από καταστάσεις, επιβεβαιώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα σχήματά τους. Συχνά αισθάνονται δυσαρεστημένοι με την επικρατούσα κατάστασή τους, αλλά ταυτόχρονα νιώθουν ανήμποροι να την αλλάξουν. Συνήθως έρχονται στη θεραπεία με τα εξής αιτήματα: κατάθλιψη, άγχος, χρήση ουσιών, διαταραχές ύπνου, ψυχοσωματικές διαταραχές, παράπονα σχετικά με στρες [3, 5].

1.4. Θεραπεία Σχημάτων

Συχνά, πολλοί ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και χαρακτηρισολογικά προβλήματα δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις παραδοσιακές γνωσιακές-συμπεριφοριστικές θεραπείες [3]. Ως εκ τούτου, ο Jeffrey Young, μαθητής του Beck, ένωσε την ανάγκη για την ανάπτυξη της ΘΣ ως επέκταση στο μοντέλο του Beck για δύσκολες περιπτώσεις, όπως οι διαταραχές προσωπικότητας και οι χρόνιες διαταραχές, λόγω χάριν, διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταρα-

χές που είναι ανθεκτικές στη θεραπεία [9, 10]. Η ΘΣ ενσωματώνει στοιχεία από τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία, τη θεωρία δεσμού, την Gestalt, τις αντικειμενόμενες σχέσεις, την ψυχανάλυση και τον κονστρουκτιβισμό και χρησιμοποιεί γνωσιακές, συμπεριφορικές, βιωματικές και σχεσιακές τεχνικές [9, 11]. Βασική παραδοχή της θεωρίας αυτής είναι πως η ρίζα των παρόντων προβλημάτων ανιχνεύεται σε τραυματικές εμπειρίες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και στη ματαίωση των βασικών συναισθηματικών αναγκών, οι οποίες σε συνδυασμό με βιολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες οδήγησαν στη διαμόρφωση πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων (ΠΔΣ) και δυσπροσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης [12]. Στόχος της θεραπείας είναι η κατανόηση των βασικών συναισθηματικών αναγκών, η σύνδεση των παρόντων προβλημάτων με το παρελθόν και η αναγνώρισή τους ως δυστονικά του «εγώ» και η ενίσχυση των μοτίβων του θεραπευόμενου με πιο προσαρμοστικούς τρόπους ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της αλλαγής σε μακροχρόνια γνωσιακά, συναισθηματικά και διαπροσωπικά μοτίβα [9, 11, 12]. Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στη θεραπευτική σχέση, η οποία λειτουργεί σαν διορθωτική εμπειρία, όπου μέσω της διορθωτικής γονικής στάσης, ο θεραπευτής καλύπτει μερικώς και εντός θεραπευτικού πλαισίου τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες του θεραπευόμενου [12].

Κεντρική έννοια της ΘΣ, στην οποία οφείλεται και το όνομά της, είναι το σχήμα [12]. Στον πυρήνα της παθολογίας της

προσωπικότητας βρίσκονται τα ΠΔΣ τα οποία ορίζονται από τον Young ως ένα ευρύ, διάχυτο μοτίβο αποτελούμενο από μνήμες, συναισθήματα, γνώσεις και σωματικές αισθήσεις που αφορούν τον εαυτό και τους άλλους [9, 12, 13]. Οι ρίζες τους ανιχνεύονται σε αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, ένας εκ των οποίων είναι οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία. Επιπροσθέτως, τα ΠΔΣ είναι συνδεδεμένα με αναπτυξιακά στάδια της προσωπικότητας τα οποία αφορούν και τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες [6]. Για τη ΘΣ, οι ανάγκες αυτές θεωρούνται ύψιστης σημασίας, αποτελούν αυτονόητο δικαίωμα και απαραίτητη προϋπόθεση για την ψυχική υγεία [12]. Έχουν διατυπωθεί πέντε πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες οι οποίες έχουν σχέση με τους ασφαλείς δεσμούς, συμπεριλαμβανομένων της ασφάλειας, της σταθερότητας, της φροντίδας και της αποδοχής, την αυτονομία και αίσθηση ταυτότητας, την ελευθερία έκφρασης ζωτικών αναγκών και συναισθημάτων, τον αυθορμητισμό και το παιχνίδι και τα ρεαλιστικά όρια με τον αυτοέλεγχο [9]. Σε αντιστοιχία με τις πυρηνικές ανάγκες έχουν ομαδοποιηθεί 18 ΠΔΣ σε πέντε κατηγορίες (βλ. Πίνακα 2) [12, 14]. Επομένως, η μη επιτυχής κάλυψη των βασικών συναισθηματικών αναγκών από τους γονείς συνιστά μία από τις αιτίες διαμόρφωσης των ΠΔΣ. Επιπλέον παράγοντες είναι η απουσία ορίων και η επιλεκτική εσωτερίκευση και ταύτιση με τους σημαντικούς άλλους. Όλα αυτά σε αλληλεπίδραση με την ιδιοσυγκρασία και το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου έχουν ως συνέπεια τη διαμόρφωση των ΠΔΣ [12].

Πίνακας 2. Κατηγορίες πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων

Αποσύνδεση/Απόρριψη	Ανεπαρκής αυτονομία/ Απόδοση	Ανεπαρκή όρια	Προσανατολισμός στους άλλους	Υπερεπαγρύπνηση/ Αναστολή
Εγκατάλειψη/Αστάθεια	Εξάρτηση/ Ανικανότητα	Αυτονόητο δικαίωμα/ Μεγαλομανία	Υποτακτικότητα	Αρνητισμός/ Απαισιοδοξία
Κακοποίηση	Ευαλωτότητα σε βλάβη ή ασθένεια	Ανεπαρκής αυτοέλεγχος/ Αυτοπειθαρχία	Αυτοθυσία	Συναισθηματική αναστολή
Συναισθηματική στέρηση	Υπερεμπλοκή/ Ελλειμματικός εαυτός		Αναζήτηση επιδοκμασίας/ Αναγνώρισης	Ανελαστικά πρότυπα/ Υπερβολική επικριτικότητα
Ελαττωματικότητα/ Ντροπή	Αποτυχία			Τιμωρητικότητα
Κοινωνική απομόνωση/ Αποξένωση				

Τα ΠΔΣ επηρεάζουν την αντίληψη, το συναίσθημα, τις συμπεριφορές, τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση και παλεύουν να επιβιώσουν. Οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές δεν νοούνται ως μέρος του σχήματος, αλλά ως λογικές αντιδράσεις στο σχήμα [12]. Κατά την ενεργοποίηση του σχήματος, προκειμένου να αντέξουν τα αρνητικά συναισθήματα, τα άτομα καταφεύγουν σε ορισμένους τρόπους αντιμετώπισης, οι οποίοι αποδείχθηκαν αποτελεσματικοί στην παιδική ηλικία, ως υγιείς μηχανισμοί επιβίωσης, όμως στην ενήλικη ζωή καθίστανται δυσλειτουργικοί, καθώς συμβάλλουν στη διακρίση των σχημάτων [9]. Υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης, η παράδοση, η αποφυγή και η υπεραναπλήρωση του σχήματος. Κατά την παράδοση στο σχήμα, το άτομο αποδέχεται την ισχύ του σχήματος και λειτουργεί με

τρόπους που την επιβεβαιώνουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του τρόπου αντιμετώπισης είναι η επιλογή συντρόφων που φέρονται στο άτομο με τον ίδιο τρόπο που το αντιμετώπιζε ο γονέας. Στην αποφυγή, το άτομο επιλέγει καταστάσεις που δεν ενεργοποιούν ποτέ το σχήμα και τείνει να μπλοκάρει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις εικόνες που δύνανται να το αφυπνίσουν. Τέλος, όσον αφορά την υπεραναπλήρωση, εδώ η αντίδραση του ατόμου σε γνωσιακό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο μοιάζει σαν να υποστηρίζει το αντίθετο από αυτό που δηλώνει το σχήμα. Πρόκειται για μια προσπάθεια του ατόμου να είναι διαφορετικό από το παιδί που ήταν όταν εδραιώθηκε το σχήμα. Για παράδειγμα, αν ένιωθε ανίκανο ως παιδί και έχει διαμορφώσει το σχήμα αποτυχίας, ως ενήλικας

στην προσπάθεια υπεραναπλήρωσης του σχήματος θα προσπαθεί συνεχώς να είναι τέλειος [9].

Σε αυτό το σημείο είναι αξιοσημείωτη η διάκριση μεταξύ των τρόπων αντιμετώπισης (coping styles) και των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping responses). Οι πρώτοι αφορούν ένα μόνιμο χαρακτηριστικό, ενώ οι δεύτεροι ένα παροδικό. Με άλλα λόγια, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν εξειδικευμένες συμπεριφορές μέσω των οποίων εκφράζονται οι τρεις τρόποι αντιμετώπισης [9]. Παραδείγματος χάριν, η αποφυγή του σχήματος μπορεί να εκδηλωθεί με μια σειρά από αποφευκτικές αντιδράσεις, όπως αποφυγή σχέσεων, απόμων ή καταστάσεων που μπορεί να ενεργοποιήσουν το σχήμα, ή χρήση ουσιών με σκοπό να μην έρθουν στην επιφάνεια δυσφορικά συναισθήματα [12].

Τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν συνήθως έναν κυρίαρχο τρόπο αντιμετώπισης, όπως, για παράδειγμα, στην ΑΔΠ πρωτεύοντα ρόλο έχει η αποφυγή του σχήματος [12]. Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν περισσότερους από έναν τρόπους σε διαφορετικές καταστάσεις και στην πορεία της ζωής τους [9, 12]. Η ενσωμάτωση των τρόπων αντιμετώπισης στη θεωρία σχημάτων αποτελεί μια από τις σημαντικότερες διαφορές της σε σύγκριση με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία, καθώς με αυτόν τον τρόπο εξηγείται η διαφορά στη συμπεριφορά ατόμων με το ίδιο σχήμα. Ενώ οι παραδοσιακές γνωσιακές-συμπεριφοριστικές θεωρίες ανάγουν αυτή τη διαφορά στις πυρηνικές πεποιθήσεις, η θεωρία σχημάτων την αποδίδει στους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το κάθε άτομο. Στη θεωρία σχημάτων λοιπόν, τα ΠΔΣ σε συνδυασμό με τους τρόπους αντιμετώπισης συνιστούν τον εννοιολογικό πυρήνα των διαταραχών προσωπικότητας [12].

Σημαντική προσθήκη στη θεωρία σχημάτων αποτελεί η έννοια των τρόπων λειτουργίας (modes). Η έννοια αυτή αναφέρεται σε μια παροδική συναισθηματική κατάσταση την οποία απαρτίζουν γνώσεις, συναισθήματα, σχήματα και τρόποι αντιμετώπισης που ενεργοποιούνται σε μια δεδομένη χρονική στιγμή [9, 12]. Δύναται να υπάρχει γρήγορη εναλλαγή, ή συνύπαρξη περισσότερων του ενός τρόπου λειτουργίας, ανάλογα με την υφιστάμενη συνθήκη, παρ' όλα αυτά, τα άτομα διατηρούν μια συνεκτική εικόνα εαυτού [12]. Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας, όπως η οριακή και η αποφευκτική χαρακτηρίζονται από ξαφνικές και απότομες εναλλαγές τρόπων λειτουργίας, ενώ άλλες, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική παρουσιάζουν μεγαλύτερη ακαμψία [15]. Ο Young αναφέρει τέσσερις κατηγορίες τρόπων λειτουργίας [9]. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους τρόπους λειτουργίας του παιδιού (Ευάλωτο, Θυμωμένο, Παρορμητικό/Απείθαρχο, Χαρούμενο Παιδί) και χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση σε έντονες παιδικές συναισθηματικές καταστάσεις [15]. Στη δεύτερη κατηγορία συγκαταλέγονται οι δυσλειτουργικοί τρόποι λειτουργίας (Πειθήνιος, Αποστασιοποιημένος Προστάτης, Υπεραναπληρωτής), οι οποίοι αντιπροσωπεύουν στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου στο δύσκολο παιδικό περιβάλλον [9]. Η τρίτη κατηγορία αφορά τρόπους λειτουργίας δυσλειτουργικού γονέα (Τιμωρητικός/Επικριτικός, Απαιτητικός), δηλαδή εσωτερικεύσεις των τρόπων αντιμετώπισης των γονέων [12]. Η τελευταία κατηγορία αφορά τον τρόπο λειτουργίας του υγιούς ενήλικα, ο οποίος είναι ικανός, δυνατός και λειτουργικός. Ορισμένα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν κάποια εκδοχή του υγιούς ενήλικα, αλλά όχι σε απόλυτα αποτελεσματικό βαθμό. Ένας από τους βασικούς στόχους της θεραπείας σχημάτων είναι η

ανάπτυξη και η ενδυνάμωση του υγιούς ενήλικα, ο οποίος θα καλύψει με λειτουργικούς τρόπους τις βασικές ανάγκες του ατόμου και θα χαλιναγωγήσει τους υπόλοιπους τρόπους λειτουργίας [9, 12].

1.5. Η θεωρία σχημάτων για τις διαταραχές προσωπικότητας και την ΑΔΠ

Η θεωρία σχημάτων εντοπίζει στον πυρήνα των διαταραχών προσωπικότητας τα ΠΔΣ και αντιλαμβάνεται τα συμπεριφορικά στερεότυπα του DSM πρωτίστως ως αντιδράσεις σε αυτά [9]. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας είναι ο τρόπος που αντιδρά το άτομο όταν ενεργοποιείται ένα σχήμα και η προσπάθειά του να διαχειριστεί τα δυσφορικά συναισθήματα που έχει ως απόρροια η ενεργοποίησή του. Τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν πιο άκαμπτα και βαθιά ριζωμένα σχήματα από τους ασθενείς με διαταραχές στον Άξονα Ι, καθώς αναπτύχθηκαν ως απάντηση σε τραυματικές παιδικές εμπειρίες και τους συντροφεύουν σε όλη τους τη ζωή, διαδραματίζοντας πρωτεύοντα ρόλο στην αίσθηση της ταυτότητάς τους [9]. Όσο δυσλειτουργικό και αν είναι το σχήμα, προσφέρει ασφάλεια και προβλεψιμότητα, με αποτέλεσμα το άτομο όχι μόνο να δυσκολεύεται να το εγκαταλείψει, αλλά και να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να επιλέγει καταστάσεις προς επιβεβαίωση και διαιώνισή του [9, 12]. Συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας επιλέγουν κάποιους από τους τρεις τρόπους αντιμετώπισης (παράδοση, αποφυγή, υπεραναπλήρωση) και συγκεκριμένους τρόπους λειτουργίας κάθε φορά που ενεργοποιείται το σχήμα τους [9].

Σύμφωνα με έρευνες, στην ΑΔΠ έχουν βρεθεί κυρίαρχα τα εξής σχήματα: Ελαττωματικότητα/Ντροπή, Εγκατάλειψη/Ασάθεια, Υποτακτικότητα, Συναισθηματική Αναστολή και Εξάρτηση/Ανικανότητα [16, 17]. Ο Lobbstaël και οι συνεργάτες του, σε έρευνά τους για τη σχέση μεταξύ παιδικών εμπειριών και διαταραχών προσωπικότητας, εντόπισαν υψηλή συσχέτιση της ΑΔΠ με συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία [18]. Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να ισχυριστούμε πως η πιθανή συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν την ανάπτυξη των δυσλειτουργικών σχημάτων της ΑΔΠ. Τα άτομα αυτά βλέπουν τον εαυτό τους ως ανεπαρκή, κατώτερο, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και χρησιμοποιούν ως κυρίαρχη στρατηγική αντιμετώπισης την αποφυγή. Αποφεύγουν, συνεπώς, μια ευρεία γκάμα καταστάσεων μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η λήψη αποφάσεων, η βίωση θετικών, αρνητικών συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων και η ανάληψη ρίσκων [19]. Όσον αφορά τους τρόπους λειτουργίας, έχει βρεθεί πως τα άτομα με ΑΔΠ χρησιμοποιούν έξι από τους τρόπους λειτουργίας που προτείνει ο Young. Στον πυρήνα του προβλήματος βρίσκεται το Μοναχικό/Ελαττωματικό και το Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί, τα οποία αντιπροσωπεύουν τη συναισθηματική κατάσταση την οποία το άτομο προσπαθεί να αποφύγει και νιώθει ξανά όπως και στην παιδική του ηλικία [19]. Υπάρχει επίσης ο Αποφευκτικός Προστάτης, ο οποίος οδηγεί το άτομο σε περιστασιακή αποφυγή, και ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης, ο οποίος λειτουργεί κρατώντας το άτομο σε απόσταση από τις εσωτερικές ανάγκες, συναισθήματα, σκέψεις και τη συναισθηματική σύνδεση με άλλους ανθρώπους. Αναφορικά με τους τρόπους λειτουργίας του γονέα, κυριαρχεί ο Τιμωρητικός Γονέας, αντιπροσωπεύοντας τη συναισθηματική

κακοποίηση που βίωσαν τα άτομα ως παιδιά [15, 20]. Τέλος, ο Arntz συμπληρώνει και τον Υποχωρητικό Προστάτη, ο οποίος συμμορφώνεται με τις επιθυμίες των άλλων [19].

Καθίσταται, επομένως, σαφές πως η ΑΔΠ αποτελεί μια ιδιόζουσα διαταραχή προσωπικότητας, με βαθιά ριζωμένα σχήματα, τα οποία συντελούν στην εικόνα εαυτού του ατόμου [7, 9], επηρεάζοντας με αυτόν τον τρόπο τη συμπεριφορά του [7, 8, 9]. Μέχρι εδώ παρουσιάστηκαν οι κεντρικοί ορισμοί της ΓΣΘ και της ΘΣ και το εννοιολογικό πλαίσιο με βάση το οποίο ορίζει η κάθε θεωρία την ΑΔΠ.

2. Μέθοδος

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της ΘΣ, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της και η σύγκρισή της με τη ΓΣΘ ως προς την παρέμβαση στην ΑΔΠ. Για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μελετήθηκαν πέντε άρθρα τα οποία ανακτήθηκαν από τις ηλεκτρονικές ιστοσελίδες Google Scholar και PubMed. Οι λέξεις-κλειδιά για την αναζήτηση ήταν: «θεραπεία σχημάτων», «αποφενκτική διαταραχή προσωπικότητας», «Ομάδα Γ», «διαταραχές προσωπικότητας». Στα άρθρα αυτά οι ερευνητές μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχημάτων στην ΑΔΠ ή στην Ομάδα Γ των διαταραχών προσωπικότητας. Επειδή το παρόν θέμα αποτελεί ένα ζήτημα που δεν έχει διερευνηθεί τόσο, τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού άρθρων που τέθηκαν δεν ήταν τόσο αυστηρά. Τα κριτήρια συμπερίλη-

ψης μελετών ήταν το δείγμα με κύρια διάγνωση την ΑΔΠ και η εφαρμογή ατομικής παρέμβασης. Ωστόσο, λόγω της μη εκτενούς βιβλιογραφίας που μόλις προαναφέρθηκε, συμπεριλήφθηκαν και άρθρα στα οποία μεταξύ των ατόμων που μελετήθηκαν υπήρχαν και άτομα με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, καθώς και έρευνες στις οποίες εφαρμόστηκε ομαδική παρέμβαση. Για τη σύγκριση της θεραπείας σχημάτων με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία μελετήθηκε βιβλιογραφία η οποία αντλήθηκε από τις ηλεκτρονικές ιστοσελίδες Google Scholar και PubMed και από τη βιβλιοθήκη της Εταιρείας Γνωσιακών και Συμπεριφοριστικών Σπουδών. Τις λέξεις-κλειδιά αποτέλεσαν οι εξής φράσεις: «θεωρία σχημάτων», «θεραπεία σχημάτων», «γνωσιακή θεωρία», «γνωσιακή συμπεριφοριστική θεωρία», «γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία», «διαταραχές προσωπικότητας», «Ομάδα Γ», «αποφενκτική διαταραχή προσωπικότητας».

3. Αποτελέσματα

3.1. Αποτελεσματικότητα της ΘΣ στην ΑΔΠ

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της ΘΣ, παρά την εκτενή διερεύνησή της στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, περιορισμένη παραμένει η έρευνα που έχει διενεργηθεί για την ΑΔΠ [21]. Στην παρούσα ανασκόπηση, μελετήθηκαν πέντε έρευνες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της ΘΣ σε πληθυσμό με ΑΔΠ, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Ανασκόπηση ερευνών για αποτελεσματικότητα της ΘΣ στην ΑΔΠ

Χώρα διεξαγωγής	Περίοδος παρέμβασης και follow up	Συμμετέχοντες/ Ερευνητικός σχεδιασμός/ Είδος θεραπείας	Αποτελέσματα	Συγγραφείς/ Έτος δημοσίευσης
Ολλανδία	18 και 2 ενισχυτικές συνεδρίες	N = 26, 18-29 ετών (10 δεν πληρούσαν όλα τα κριτήρια για διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, 6 με ΑΔΠ, 5 με οριακή, 3 με εξαρτητική, 1 με ναρκισσιστική, 1 με ιδεοψυχαναγκαστική SCBT-g protocol [23])	Σημειώθηκε σημαντική μείωση σε επίπεδα άγχους, τρόπους λειτουργίας και δυσλειτουργικών τρόπων αντιμετώπισης και σημαντική αύξηση σε λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης	Renner et al., 2013 [22]
Ολλανδία	40 και 10 ενισχυτικές συνεδρίες	N = 323, 18-65 ετών, με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας της ομάδας Γ, ιστριονική, παρανοειδής, ναρκισσιστική. Τοποθετήθηκαν τυχαία σε ΘΣ (N = 147), συνήθη θεραπεία (N = 135), ΘΒΜ ¹ (N = 45)	Πρωτεύοντα αποτελέσματα: τα άτομα που δέχτηκαν ΘΣ δεν πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας σε σύγκριση με τα άτομα που δέχτηκαν συνήθη θεραπεία και ΘΒΜ και σημειώθηκαν λιγότερα drop outs σε όσους δέχτηκαν ΘΣ και ΘΒΜ. Δευτερογενή αποτελέσματα: καλύτερα αποτελέσματα σε μετρήσεις για λειτουργικότητα, κοινωνικότητα, επαγγελματική ζωή, συμπτώματα, κατάθλιψη τα άτομα που δέχτηκαν ΘΣ συγκριτικά με συνήθη θεραπεία και ΘΒΜ	Bamelis et al., 2014 [24]

1. Θεραπεία βασισμένη στη μεταβίβαση (clarification-oriented psychotherapy).

Χώρα διεξαγωγής	Περίοδος παρέμβασης και follow up	Συμμετέχοντες/ Ερευνητικός σχεδιασμός/ Είδος θεραπείας	Αποτελέσματα	Συγγραφείς/ Έτος δημοσίευσης
Αυστραλία	20 συνεδρίες	N = 8 (2 με οριακή διαταραχή, 5 με ΑΔΠ, 1 με ΑΔΠ σε συννοσηρότητα με σχιζοειδή και εξαρτητική). Ομαδική θεραπεία σχημάτων	Πρωτεύοντα αποτελέσματα: αλλαγή στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΑΔΠ διαταραχής προσωπικότητας, 4 άτομα δεν πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση μετά το πέρας της θεραπείας, μόνο δύο drop outs, κλινικά σημαντική αλλαγή (σημείωση προόδου σε δυσλειτουργικούς τρόπους λειτουργίας) Δευτερογενή αποτελέσματα: 6 άτομα δεν πληρούσαν τα κριτήρια για καταθλιπτική διαταραχή έως και 6 μήνες μετά τα follow up	Skewes et al., 2015 [21]
Γερμανία	12-15 συνεδρίες	N = 8, 20-31 ετών (6 με οριακή, 2 με ΑΔΠ, με συννοσηρότητα σε ΔΜΣ ² , κατάθλιψη, ανορεξία, χρήση ουσιών). Ομαδική θεραπεία σχημάτων βασισμένη στο μοντέλο του Farrell & Shaw	Σημαντική μείωση συμπτωμάτων, βελτίωση σε τρόπους λειτουργίας	Nenadić et al, 2017 [25]
Ολλανδία	32 και 4 ενισχυτικές συνεδρίες	Άτομα με διαταραχή προσωπικότητας ομάδας Γ, μελέτη περίπτωσης ατόμου με ΑΔΠ, με στοιχεία οριακής και ΜΚΔ ³	Σημαντική μείωση σε σοβαρότητας της ΑΔΠ, δυσλειτουργικών σχημάτων και τρόπων λειτουργίας, βελτίωση άγχους κατάθλιψης, ποιότητας ζωής, ευχαρίστησης και αυτοεκτίμησης (από αυτοαναφορές του ατόμου)	Bachrach et al., 2021 [11]

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των ερευνών που παρουσιάζονται στον Πίνακα III, η εφαρμογή της ΘΣ φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα στην ΑΔΠ, καθώς συντελεί στην εξάλειψη των συμπτωμάτων, στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και στην καλύτερη ποιότητα ζωής [22, 24, 21, 25, 11]. Ύψιστης σημασίας είναι και η εργασία με τους τρόπους λειτουργίας, η οποία αξιολογήθηκε ως βοηθητική τόσο από τους θεραπευτές, καθώς αποτελεί αρωγό στην επιλογή των κατάλληλων τεχνικών, όσο και από τους θεραπευόμενους, γιατί συνδράμει στη βέλτιστη κατανόηση της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων τους [24].

3.2. Σύγκριση ΘΣ με ΓΣΘ ως προς την παρέμβαση στην ΑΔΠ

3.2.1. ΓΣΘ στην ΑΔΠ

Η κλασική ΓΣΘ για τις διαταραχές προσωπικότητας είναι χρονικά περιορισμένη (30 συνεδρίες για έναν χρόνο) και επικεντρώνεται στην αλλαγή των βασικών πεποιθήσεων [26]. Με άλλα λόγια, προεξέχοντα στόχο της θεραπείας αποτελεί η αλλαγή του σχήματος, η οποία συντελείται μέσω της γνωσιακής αναδόμησης. Ο Beck [3] αναφέρει τέσσερις τρόπους γνωσιακής αναδόμησης, όμως λόγω χρονικού περιορισμού στη ΓΣΘ εφαρμόζεται η τροποποίηση και η επανανοηματοδότηση του σχήματος [7]. Κατά την τροποποίηση, το άτομο προχωρά σε αλλαγή συγκεκριμένων πτυχών του σχήματος σε συγκεκριμέ-

νες καταστάσεις, ενώ η επανανοηματοδότηση πρεσβεύει την κατανόηση του σχήματος με λειτουργικούς τρόπους [3]. Η γνωσιακή αναδόμηση επιτυγχάνεται μέσω της αναγνώρισης και τροποποίησης των βασικών πεποιθήσεων σε πιο λειτουργικές, τη μείωση των γνωσιακών παραποιήσεων, τον έλεγχο των αυτόματων αρνητικών σκέψεων (ΑΑΣ) και την υιοθέτηση εναλλακτικών, πιο ρεαλιστικών οπτικών της κατάστασης [26, 6]. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, η ΓΣΘ αποσκοπεί στην προαγωγή υποαναπτυγμένων συμπεριφορικών μοτίβων και στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η οποία θα βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει πιο προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά [26, 27].

Η ΓΣΘ των διαταραχών προσωπικότητας περιλαμβάνει πέντε φάσεις [6]. Συγκριτικά με τη θεραπεία άλλων διαταραχών, εδώ αφιερώνεται περισσότερος χρόνος στην εγκαθίδρυση καλής θεραπευτικής σχέσης και στη διαμόρφωση διατύπωσης περίπτωσης [6]. Στην πρώτη συνεδρία, ο θεραπευόμενος εξοικειώνεται με τις αρχές της ΓΣΘ και ξεκαθαρίζονται ρόλοι και προσδοκίες [7]. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει τη θεραπευτική σχέση, την αξιολόγηση του θεραπευόμενου και τη διατύπωση περίπτωσης [6].

Εξέχουσα θέση στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας κατέχει η θεραπευτική σχέση, η οποία καθίσταται περισσότερο περίπλοκη και έρχεται αντιμέτωπη με περισσότερες δυσκολίες από ό,τι στις διαταραχές του Άξονα Ι. Η θερα-

2. διαταραχή μετατραυματικού στρες (Post Dramatic Stress Disorder).
3. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

πεντική σχέση αφορά τον συνεργατικό εμπειρισμό μέσω του οποίου προάγεται ο έλεγχος υποθέσεων και η θεραπευτική αλλαγή [7] και χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, ενδιαφέρον, συνεργατικό και ξεστό θεραπευτικό στίλ [6]. Για τον θεραπευτή που δουλεύει με διαταραχές προσωπικότητας, η εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας και κλίματος εμπιστοσύνης είναι καθοριστική για την πορεία της θεραπείας [7]. Λόγω της φύσης των δυσκολιών του ατόμου ο θεραπευτής στηρίζει και ενθαρρύνει επαρκώς τον θεραπευόμενο καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας [26]. Επιπλέον, εξαρχής προετοιμάζει και επεξηγεί με ενσυναίσθηση στο άτομο πως όσο προχωράει η θεραπεία θα έχει όλο και περισσότερο άγχος, καθώς θα έρχεται σε επαφή με το σχήμα του βγαίνοντας από τη «ζώνη ασφαλείας» του [28]. Οι στόχοι της θεραπείας συμφωνούνται από κοινού, ώστε να αποκλειστεί κάθε είδους μη συμμόρφωση [27] και ο θεραπευτής προσέχει να είναι ξεκάθαρος ώστε να μην εγείρει καχυποψία και δυσλειτουργικές ΑΑΣ στον θεραπευόμενο [6]. Τέλος, η θεραπευτική σχέση από μόνη της αποτελεί μια πολύ ουσιαστική πηγή πληροφοριών για τον θεραπευόμενο καθώς υποδηλώνει τον τρόπο που λειτουργεί στις σχέσεις του με τους ανθρώπους [26]. Ο θεραπευτής παρατηρεί και εξετάζει κάθε πεποίθηση που εμφανίζει ο θεραπευόμενος προς το πρόσωπό του, καθώς αποτελούν πτυχές των πεποιθήσεων που έχει το άτομο για τους άλλους [27]. Γενικά, η εικόνα του θεραπευόμενου μέσα στη συνεδρία αντικατοπτρίζει τη γενικότερη εικόνα του στον έξω κόσμο.

Όπως είναι γνωστό, η ΓΣΘ εστιάζει στο «εδώ και τώρα», όμως όσον αφορά τις διαταραχές προσωπικότητας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση και αξιολόγηση της παιδικής ηλικίας και των τραυμάτων κατά τις πέντε με έξι πρώτες συνεδρίες [26]. Εν συνεχεία, διαμορφώνεται η διατύπωση περίπτωσης και συζητείται με τον θεραπευόμενο [7, 26]. Η διατύπωση περίπτωσης περιλαμβάνει τις βασικές πεποιθήσεις, τα σχήματα, την αναγνώριση των προβλημάτων του θεραπευόμενου, τον τρόπο ανάπτυξης και τους παράγοντες διατήρησής τους και αποσκοπεί στον εντοπισμό μοτίβων και κοινών θεμάτων σύνδεσης των προβλημάτων, με απώτερο στόχο τη μελλοντική λήψη κλινικών αποφάσεων [6]. Σε αυτή τη φάση διενεργείται και η λειτουργική ανάλυση, όπου διαμορφώνεται μια υπόθεση σχετικά με το σχήμα και τις ΑΑΣ και ο θεραπευτής σε συνεργασία με τον θεραπευόμενο εξετάζουν το σχήμα ώστε να διαπιστώσουν τον ρόλο που διαδραματίζει στη διατήρηση των δυσκολιών του δεύτερου [7]. Κατά την πρώτη φάση της αξιολόγησης, προτού προχωρήσει στον θεραπευτικό σχεδιασμό, ο θεραπευτής εξετάζει αν υπάρχει αυτοκτονικότητα ή χρήση ουσιών [7], καθώς όπως ειπώθηκε και παραπάνω η χρήση ουσιών στην ΑΔΠ αποτελεί συχνό φαινόμενο στο πλαίσιο της γνωσιακής αποφυγής [3]. Στο τέλος της πρώτης φάσης, θεραπευτής και θεραπευόμενος ετοιμάζουν από κοινού μια λίστα προβλημάτων και επιλέγουν πού θα δοθεί προτεραιότητα, ξεκινώντας από τη μείωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, εάν υπάρχει [6].

Στη δεύτερη φάση της θεραπείας το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα σχήματα του θεραπευόμενου. Σε αυτό το σημείο, σκοπός είναι η αναγνώριση του σχήματος από τον θεραπευόμενο και συγκεκριμένα οι πεποιθήσεις που έχει για τον εαυτό και τους άλλους και η διαπροσωπική συμπεριφορά του [7]. Ο θεραπευόμενος προσπαθεί να εντοπίσει συνδετικούς κρίκους μεταξύ των προβλημάτων του [7] και να τα συνδέσει με τις βασικές του πεποιθήσεις [6]. Σε αυτό το σημείο ο θεραπευτής,

μέσω του σωκρατικού διαλόγου, βοηθάει τον θεραπευόμενο να αναγνωρίσει τις πυρηνικές του πεποιθήσεις και τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις μέσω των οποίων αυτές διαιωνίζονται και να επεξεργαστεί πληροφορίες που έως τότε αγνοούσε ή διαστρεβλώνε, ώστε να αξιολογήσει αν ταιριάζουν στις νέες πεποιθήσεις [6]. Σκοπός είναι οι νέες πεποιθήσεις να είναι πιο λειτουργικές και λιγότερο αυστηρές και απόλυτες [6]. Σειρά έχει η επιλογή προβλημάτων, από τη λίστα προβλημάτων, που σχετίζονται με τις βασικές πεποιθήσεις. Αφού ο θεραπευόμενος κατανοήσει τον τρόπο ανάπτυξής τους εστιάζει στην αλλαγή, προσδιορίζοντας τη νέα συμπεριφορά που θα υιοθετήσει [6].

Η τρίτη και τέταρτη φάση αποτελούν τον βασικό άξονα της παρέμβασης και αποσκοπούν στην ανάπτυξη νέων πεποιθήσεων και συμπεριφορών, η οποία επιτυγχάνεται μέσω συμπεριφορικών πειραμάτων και της ένταξης των σημαντικών άλλων [6]. Η βασική παραδοχή είναι πως το σχήμα δεν αλλάζει αν το άτομο δεν αλλάξει τη συμπεριφορά του, γι' αυτό μέσω πειραμάτων εφαρμόζει νέες συμπεριφορές, αξιολογεί τις συνέπειες και συλλέγει πληροφορίες για την ενδυνάμωση των νέων πεποιθήσεων [6].

Η τελική φάση αφορά τον τερματισμό της θεραπείας και την πρόληψη υποτροπής [6]. Σε αυτό το σημείο γίνεται ανασκόπηση του οφέλους της θεραπείας, πρόβλεψη μελλοντικών ανησυχιών και σχεδιασμός στρατηγικών αντιμετώπισης [7]. Ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να προγραμματίσει δραστηριότητες ώστε να μην υπάρξει ξανά αποφυγή, η οποία με τη σειρά της θα αναζωπυρώσει άγχος, να θυμάται τι τον βοήθησε στην αντιμετώπιση των ΑΑΣ και να βρίσκεται σε διαρκή παρατήρηση καταστάσεων που αποφεύγει και γνωσιών που ενισχύουν την αποφυγή [3]. Αναφορικά με την πρόληψη, ο θεραπευόμενος μπορεί να χρησιμοποιήσει κάρτες υπενθύμισης, στις οποίες να καταγράφει τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις με τα γεγονότα κατά αυτών, στη μία πλευρά, και τις πιο λειτουργικές πεποιθήσεις με τα γεγονότα υπέρ, στην άλλη, και να βαθμολογεί πόσο πιστεύει την κάθε πεποίθηση. Η αύξηση του βαθμού της δυσλειτουργικής πεποίθησης μπορεί να λειτουργήσει ως προειδοποιητικό σημάδι [3].

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι τεχνικές που εφαρμόζονται στην ΑΔΠ, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις φάσεις της παρέμβασης, με στόχο την αξιολόγηση, την αλλαγή ή την πρόληψη.

3.2.2. Η ΘΣ στην ΑΔΠ

Η ΘΣ στις διαταραχές προσωπικότητας είναι πιο μακροχρόνη από τη ΓΣΘ, έχοντας διάρκεια ένα με δύο χρόνια [10, 24]. Στόχος της θεραπείας είναι η εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, η οποία θα λειτουργήσει ως συναισθηματικά διορθωτική εμπειρία στα ΠΔΣ του θεραπευόμενου, η κατανόηση των πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών και η σύνδεση των παρελθοντικών εμπειριών με τις εμπειρίες του παρόντος [12, 24]. Απώτερο σκοπό της θεραπείας αποτελεί η μείωση των δυσλειτουργικών στρατηγικών και η κάλυψη των βασικών αναγκών με πιο υγιείς τρόπους [9].

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας και κατέχει ζωτικό ρόλο καθ' όλη την πορεία της θεραπείας. Συγκεκριμένα, συνδράμει στην αξιολόγηση των σχημάτων, στην εκπαίδευση των δυσλειτουργικών τρόπων αντιμετώπισης και στην αλλαγή

Πίνακας 4. Τεχνικές ΓΣΘ στην ΑΔΠ

Γνωσιακές	Συμπεριφορικές
Καθοδηγούμενη αποκάλυψη [3]	Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες [3, 26]
Εστίαση στο συναίσθημα [3, 6]	Εκπαίδευση σε διεκδικητικότητα [28]
Εστίαση στην έννοια του συμβάντος [6]	Εκπαίδευση στην αναπνοή [7]
Εστίαση σε γεγονότα μέσα στη θεραπευτική σχέση [6]	Εκπαίδευση στη χαλάρωση [7, 28]
Διάγραμμα διαδικασίας αποφυγής [3]	Τεχνικές αυτοδυναμίας [7]
Ανάλυση κόστους-οφέλους αποφυγής [3]	Στρατηγικές εκτροπής/απόσπασης προσοχής [7]
Προγραμματισμός δραστηριοτήτων που αποφεύγει το άτομο για πρόκληση ΑΑΣ [7]	Συμπεριφορικό πείραμα (αξιολόγηση συμπεριφοράς ασφαλείας, έλεγχος υποθέσεων) [3, 26]
Αυτό-παρατήρηση/καταγραφή σκέψεων [6, 7]	Έκθεση (στη φαντασία, in vivo) [28]
Νοερές εικόνες [6, 7]	Ασκήσεις για το σπίτι [7]
Κάθετο τόξο [7]	Μίμηση προτύπου [7]
Αναγνώριση γνωσιακών διαστρεβλώσεων [7]	Παιχνίδι ρόλων [3, 7, 26]
Ασκήσεις αναπαράστασης (ο θεραπευτής παίρνει τη φωνή της δυσλειτουργικής πεποίθησης του θεραπευόμενου και ο θεραπευόμενος προσπαθεί να πείσει πως σκέφτεται παράλογα) [7]	
Προγραμματισμός δραστηριοτήτων (έλεγχος υποθέσεων, σπάσιμο φαύλου κύκλου αποφυγής) [3, 7]	
Τεχνική του παραδόξου («Συμπεριφέρσου σαν να...») [3]	
Ψυχόδραμα [3]	
3 ερωτήσεις:	
• Ποιες οι ενδείξεις υπέρ-κατά των πεποιθήσεων;	
• Ποιες οι εναλλακτικές ερμηνείες κατάστασης;	
• Ποιες οι πραγματικές συνέπειες αν η πεποίθηση είναι σωστή; [7]	
Έννοια του συνεχούς (βαθμός πίστης σε πεποίθηση) [6, 26]	
Ιστορική καταγραφή σχήματος [6, 26]	
Ημερολόγιο σχημάτων [6]	
Ημερολόγιο καταγραφής προβλέψεων μιας κατάστασης [3]	
Καταγραφή θετικών εμπειριών/παραδειγμάτων από καθημερινότητα όπου οι νέες πεποιθήσεις είναι πιο ισχυρές [3, 26]	
Γνωσιακή πρόβα [3, 7]	
Έκθεση στη φαντασία με στόχο την αποκαταστροφολογία [7]	
Χρήση μεταφορικού λόγου [7]	
Τεχνικές επίλυσης προβλημάτων [3, 7]	
Γράμμα από θεραπευτή [6]	
Κάρτες ευρητηρίου [3]	

τους. Ο θεραπευτής δημιουργεί ένα περιβάλλον αποδοχής και ασφάλειας και διατηρεί στάση που χαρακτηρίζεται από αντικειμενικότητα και συμπόνια. Δύο είναι τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης στη ΘΣ: η συναισθητική αντιπαράθεση (empathic confrontation) και η διορθωτική γονική στάση (limited reparenting) [9]. Ο θεραπευτής προχωρά σε έλεγχο της πραγματικότητας επιδεικνύοντας ενσυναίσθηση και κατανόηση για τους λόγους ανάπτυξης των ΠΔΣ και των δυσλειτουργικών στρατηγικών του θεραπευόμενου, αλλά ταυτόχρονα τονίζοντας και την αυτοκαταστροφική φύση τους και, συνεπώς, την ανάγκη για αλλαγή [9, 12]. Αυτό αποτυπώνεται με όρους της ΘΣ, ώστε να υπάρχει κοινή γλώσσα μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, η οποία συνδράμει στην κατανόηση των δυσπροσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης [12]. Κατά την ενεργοποίηση των ΠΔΣ στη θεραπεία, ο θεραπευτής αντιμετωπίζει τον θεραπευόμενο με ενσυναίσθηση, αλλά προσπαθεί να μην ενισχύει τους δυσλειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης, σε μια προσπάθεια φροντίδας του θεραπευόμενου [9]. Θεραπευτής και θεραπευόμενος

αξιολογούν συνεργατικά τα σχήματα και τις δυσλειτουργικές στρατηγικές στο «εδώ και τώρα» και στο πώς επεμβαίνουν στη θεραπευτική διαδικασία. Στο πλαίσιο αυτό, ο θεραπευτής παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση αναφορικά με το πώς ένιωσε εξαιτίας της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου προς αυτόν, κάνοντας έτσι έναν παραλληλισμό των συνεπειών της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου στους ανθρώπους γύρω του [10]. Η διορθωτική γονική στάση αφορά την αναγνώριση, επικύρωση και κάλυψη των βασικών αναγκών που δεν καλύφθηκαν από τους γονείς, εντός θεραπευτικού πλαισίου. Ο θεραπευτής προσαρμόζει το στίλ του, ώστε να ταιριάζει με τις συναισθηματικές ανάγκες του θεραπευόμενου και αποτελεί πρότυπο για αυτόν, καθώς τελικός σκοπός είναι ο θεραπευόμενος να εσωτερικεύσει τη στάση και τον τρόπο λειτουργίας του υγιούς ενήλικα που επιδεικνύει ο θεραπευτής [9, 10, 12].

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο του Arntz για τη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας της ομάδας Γ, η παρέμβαση στη ΘΣ αποτελείται από δύο φάσεις, οι οποίες έχουν διάρκεια δύο

χρόνων [19]. Η πρώτη φάση εστιάζει στην αξιολόγηση των σχημάτων και στη γνωριμία του θεραπευόμενου με τη ΘΣ και η δεύτερη στην αλλαγή [9, 12]. Το πρωτόκολλο ορίζει 40 συνεδρίες για τον πρώτο χρόνο και 10 ενισχυτικές για τον δεύτερο. Οι πρώτες έξι συνεδρίες επικεντρώνονται στην αξιολόγηση και το ιστορικό του θεραπευόμενου, και των προσδοκιών του, στην ψυχοεκπαίδευση και την παρουσίαση της ΘΣ [19]. Σκοπός σε αυτό το στάδιο είναι ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών μοτίβων ζωής, των ΠΔΣ, των τρόπων αντιμετώπισης και λειτουργίας [10, 12], οι ρίζες τους στην παιδική ηλικία και η συναισθηματική σύνδεση των τρεχόντων προβλημάτων με πρώιμα βιώματα και τα ΠΔΣ [9]. Αρχικά, ο θεραπευτής μοιράζεται με τον θεραπευόμενο τη διατύπωση περίπτωσης, η οποία περιλαμβάνει όλες τις έννοιες της ΘΣ, γεγονός που συντελεί στην απόκτηση κοινού λεξιλογίου μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, και αποβαίνει σε μια ολοκληρωμένη ιστορία για την προέλευση, διατήρηση και πιθανή λύση των προβλημάτων του θεραπευόμενου [12]. Πολλοί βρίσκουν αυτή τη φάση θεραπευτική, διότι κατανοούν τα έως τότε ανησυχητικά και ανεξήγητα πρότυπα ζωής τους [10].

Οι επόμενες συνεδρίες αποτελούν και τη δεύτερη φάση της παρέμβασης, η οποία εστιάζει στην αλλαγή και επιτυγχάνεται μέσα από γνωσιακές, βιωματικές και συμπεριφορικές τεχνικές [9, 19]. Οι συνεδρίες 7-24 επικεντρώνονται στα βιώματα της παιδικής ηλικίας [19]. Πρώτα, έρχεται εις πέρας η γνωσιακή αναδόμηση, όπου ο θεραπευόμενος συνεργατικά με τον θεραπευτή αμφισβητεί την εγκυρότητα των σχημάτων του, ώστε να πετύχει μια υγιή διανοητική απόσταση από αυτά [10]. Με τη γνωσιακή αναδόμηση, το άτομο προχωρά σε λογική αξιολόγηση των σχημάτων του. Παρά τη λογική αμφισβήτηση, ωστόσο, δεν παύει να αισθάνεται πως ισχύουν, γεγονός που θα αλλάξει μέσα από την εμπειρία, η οποία θα μειώσει τον συναισθηματικό αντίκτυπο του σχήματος [10]. Σε αυτό το σημείο, ιδιαίτερη πρόκληση για τον θεραπευτή αποτελεί ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης, ο οποίος δεν επιτρέπει στον θεραπευόμενο να έρθει σε επαφή με αναμνήσεις και συναισθήματα της παιδικής του ηλικίας. Εδώ διαφαίνεται η σημασία της θεραπευτικής σχέσης με τη συναισθηματική αντιμετώπιση και εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών (υπέρ και κατά, τεχνική πολλαπλών πολυθρόνων, ασκήσεις με νοερές εικόνες) [19]. Ενδεδειγμένες βιωματικές τεχνικές εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του κάθε τρόπου λειτουργίας. Για παράδειγμα, για τον Τιμωρητικό Γονέα ενδείκνυνται οι τεχνικές της άδειας πολυθρόνας, η επαναβίωση πρώιμων εμπειριών με αλλαγή σεναρίου (imagery rescripting), το γράμμα προς τους γονείς. Ο θεραπευτής αντιμετωπίζει το Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί παρέχοντας φροντίδα και επικύρωση μέσω της διορθωτικής γονικής στάσης, όπου προσφέροντας ένα ασφαλές περιβάλλον για έκφραση συναισθημάτων και αναγκών θα λειτουργήσει διορθωτικά προς τον ανασφαλή δεσμό και την κακοποίηση [19]. Στις συνεδρίες 25-40 η έμφαση μετατοπίζεται στο παρόν και στη συμπεριφορική αλλαγή. Ο Arntz [19] τονίζει τη σημασία σύνδεσης παρόντος με παρελθοντικών εμπειριών, καθώς μέσω αυτής της σύνδεσης αναγνωρίζονται τα συναισθήματα και έτσι καθίσταται εμφανής η ανάγκη για συμπεριφορική αλλαγή στο παρόν. Αφού, λοιπόν, το άτομο έχει κατακτήσει λογική και συναισθηματική απόσταση από τα σχήματά του, προχωρά σε συμπεριφορικές τεχνικές μέσα από τις οποίες διευκολύνεται η αλλαγή και αντιμετωπίζεται η αποφυγή [10].

Ο δεύτερος χρόνος της θεραπείας αφορά τις ενισχυτικές συνεδρίες [19]. Σκοπό σε αυτό το σημείο αποτελεί η ολοένα αυξανόμενη ενίσχυση του υγιούς ενήλικα, ώστε το άτομο να γίνει ο θεραπευτής του εαυτού του χωρίς να χρειάζεται τις συνεδρίες. Εδώ, ο υγιής ενήλικας βρίσκεται αντιμέτωπος με μια απόφαση ορόσημο, αν θα συνεχίσει να χρησιμοποιεί τις παλιές στρατηγικές αντιμετώπισης ή θα υιοθετήσει τις καινούργιες, όσο κι αν του προκαλούν άγχος στην αρχή [19].

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί, παρουσιάζονται επιγραμματικά οι τεχνικές που εφαρμόζονται στη ΘΣ για τη θεραπεία της ΑΔΠ. Πέρα από τις παρακάτω τεχνικές, σημαντικό είναι να μην αγνοείται και η θεραπευτική σχέση, όπου μέσα από τα δύο χαρακτηριστικά της αποτελεί μαζί με τις υπόλοιπες τεχνικές ένα από τα πρωτεύοντα συστατικά αλλαγής [9].

Πίνακας 5. Τεχνικές ΘΣ στην ΑΔΠ

Γνωσιακές	Βιωματικές	Συμπεριφορικές
Ενδείξεις-αντενδείξεις σχήματος [9, 12]	Φαντασιακές αναπαραστάσεις [9]	Συμπεριφορικό πείραμα [9]
Ιστορική καταγραφή σχήματος [12]	Φαντασιακοί διάλογοι [9]	Εργασία για το σπίτι [12]
Αναδιατύπωση αντενδείξεων σχήματος [9]	Νοερή εικόνα • Φαντασιακές αναπαραστάσεις για διορθωτική γονική στάση • Φαντασιακές αναπαραστάσεις για τραυματικές αναμνήσεις [9]	Ανατροπή συμπεριφορικών μοτίβων (αντικατάσταση δυσλειτουργικών συμπεριφορικών μοτίβων με πιο υγιείς συμπεριφορές σε μείζονες αποφάσεις ζωής και σε καθημερινές συμπεριφορές) [9, 12]
Ανάλυση κόστους-οφέλους τρόπων λειτουργίας [9]	Νοερές εικόνες για ανατροπή συμπεριφορικών μοτίβων [9]	Πρόβα υγιούς συμπεριφοράς σε φαντασιακές αναπαραστάσεις [9]
Διάλογοι μεταξύ σχημάτων [9, 12]	Διάλογος με απόμακρο προστάτη [9]	Πρόβα υγιούς συμπεριφοράς με παιχνίδι ρόλων [9]
Ημερολόγιο σχημάτων [9, 12]	Τεχνική της άδειας πολυθρόνας [19]	Έκθεση στη φαντασία [12]
3στηλο ημερολόγιο καταγραφής [12]	Τεχνική των πολλαπλών πολυθρόνων [19]	Έκθεση στην πραγματικότητα [9]
Καταγραφή γεγονότων που συνάδουν με υγιές σχήμα [12]	Διάλογοι μεταξύ τρόπων λειτουργίας και σχημάτων [12]	Εξάσκηση στη μείωση αντισταθμιστικών στρατηγικών [9]
Κάρτες υπενθύμισης σχημάτων [9, 12]	Παιχνίδια ρόλων μεταξύ γονέων-πτεν-χές εαυτού [12] Ιστορικό παιχνίδι ρόλων (μιας παιδικής ανάμνησης) [19]	

4. Συμπεράσματα

Η ΓΣΘ των διαταραχών προσωπικότητας βασίζεται σε μια απαρτιωμένη θεωρία, αντιλαμβανόμενη τις διαταραχές προσωπικότητας υπό το πρίσμα των βασικών πεποιθήσεων και σχημάτων [3, 6, 26]. Παρ' όλα αυτά, έρχεται αντιμέτωπη με ποικίλες προκλήσεις. Όπως αναφέρθηκε, η ΓΣΘ αποτελεί μια χρονικά περιορισμένη θεραπεία [26] και λόγω αυτού του περιορισμού επικεντρώνεται περισσότερο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι τόσο στο σχήμα [28]. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά προβλήματα είναι περισσότερο περίπλοκα και τόσο βαθιά ριζωμένα [27] που έχουν ως απόρροια την αντίσταση του θεραπευόμενου στην αλλαγή, με αποτέλεσμα να απαιτούν περαιτέρω δουλειά και χρόνο στη θεραπεία [28]. Επιπλέον, λόγω του άγχους που αναδύεται από την αξιολόγηση της αίσθησης του εαυτού και της αλλαγής των συμπεριφορικών μοτίβων [3], αρκετοί είναι οι θεραπευόμενοι που αναφέρουν πως δεν είναι έτοιμοι για τερματισμό της θεραπείας [7]. Αναφορικά μάλιστα με την ΑΔΠ, οι ερευνητές έχουν συμφωνήσει πως απαιτείται περισσότερος χρόνος για την επίτευξη δομικών και συναισθηματικών αλλαγών [21, 22]. Άλλωστε, η δουλειά με το σχήμα καθίσταται απαιτητική και μακροχρόνια, καθώς για να επιτευχθεί η αλλαγή, θεραπευτής και θεραπευόμενος πρέπει να εστιάσουν σε όλες τις παραμέτρους του (γνωσιακές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές) [28]. Επιπρόσθετα, οι γνώσεις και τα συμπεριφορικά μοτίβα των ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας είναι τόσο άκαμπτα και βαθιά ριζωμένα που δεν αρκούν μόνο οι γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές για την αλλαγή. Πολλοί είναι οι θεραπευόμενοι που αναφέρουν πως, παρόλο που πετυχαίνουν τη λογική αμφισβήτηση των πεποιθήσεών τους, νιώθουν ότι σε συναισθηματικό επίπεδο δεν έχουν πετύχει την αλλαγή [13].

Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζει και η θεραπευτική σχέση, καθώς οι θεραπευόμενοι λόγω της φύσης των προβλημάτων τους επιδεικνύουν μεγάλη αντίσταση [3] και αντιμετωπίζουν διαπροσωπικές δυσκολίες [13]. Συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι με ΑΔΠ λόγω της δυσπιστίας τους στην αρχή της θεραπείας δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ΑΑΣ τους γύρω από τη θεραπεία και τον θεραπευτή [3]. Συν τοις άλλοις, παρουσιάζουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για τον θεραπευτή, οι οποίες καθιστούν δύσκολη τη συνεργασία [3]. Οι πεποιθήσεις αυτές κατευθύνονται από τα σχήματα και τις προηγούμενες διαπροσωπικές τους εμπειρίες και επηρεάζουν την αντίληψη και τις προσδοκίες για τον θεραπευτή [27]. Ένα παράδειγμα δυσλειτουργικής πεποίθησης προς τον θεραπευτή, στηριζόμενο στον φόβο απόρριψης, μπορεί να αποτελεί το εξής: «Με δέχεσαι μόνο επειδή είσαι θεραπευτής και έχεις εκπαιδευτεί να αποδέχεσαι όλους τους ανθρώπους» [3]. Επίσης, λόγω του σχήματος υποτακτικότητας, τα άτομα με ΑΔΠ προσπαθούν στις σχέσεις τους να ευχαριστήσουν τον άλλον, γεγονός που παρακωλύει τη θεραπευτική σχέση λόγω έλλειψης διεκδικητικότητας και αρνητικής ανατροφοδότησης [3].

Τέλος, αξιολόγηση πρόκληση αποτελεί και η συνεργασία του θεραπευόμενου στη θεραπεία και στη δουλειά για το σπίτι [13, 29]. Είναι γνωστό πως ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ΓΣΘ αποτελεί η εργασία για το σπίτι. Με δεδομένο πως τις περισσότερες φορές η εργασία απαρτίζεται από αυτοπαρατήρηση και καταγραφή, τα άτομα με ΑΔΠ λόγω της γνωσιακής αποφυγής δυσκολεύονται αρκετά στην παρατήρηση και καταγραφή των ΑΑΣ [3] και παρουσιάζουν μεγάλη αντίσταση στην εκμάθηση

τεχνικών αυτοελέγχου [13]. Τροχοπέδη σε αυτή την κατάσταση καθίστανται και οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις τους για τα δυσφορικά συναισθήματα, λόγου χάρη «Είναι κακό να νιώθω άσχημα», και τον θεραπευτή, «Αν αποτύχω, ο θεραπευτής θα με κρίνει ή θα με απορρίψει» [7]. Η πενιχρή επαφή με το συναισθημά τους παρακωλύει τη βαθύτερη κατανόηση των προβλημάτων τους και την πορεία της θεραπείας [29].

Η αξιολόγηση και η δουλειά με το σχήμα αποτελούν μια επίπονη διαδικασία για τον θεραπευόμενο, η οποία καθιστά αναγκαία τη δημιουργία μιας λιγότερο αυστηρά επαγγελματικής σχέσης, κάτι το οποίο στη ΓΣΘ είναι δύσκολο εφικτό, καθώς σε μια τέτοια περίπτωση παραβιάζονται τα όρια [3]. Επιπροσθέτως, αν ο θεραπευτής δεν κατανοήσει τους λόγους δυσκολίας και δεν βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει το άγχος του, είναι πιθανό να αποχωρήσει πρόωρα από τη θεραπεία [28]. Όπως φαίνεται, η φύση των συμπτωμάτων των διαταραχών προσωπικότητας και ιδίως της ΑΔΠ καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή της ΓΣΘ. Προς αντιστάθμιση των δυσκολιών της ΓΣΘ έρχεται η ΘΣ, η οποία κερδίζει ολοένα και περισσότερο πρόσφορο έδαφος στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας. Η έρευνα για την αποτελεσματικότητά της στην ΑΔΠ μπορεί να είναι περιορισμένη, δεν παύει όμως να είναι σημαντική.

Η ΘΣ ως μετεξέλιξη στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο εμβαθύνει περισσότερο στο σχήμα και αποδίδει ύψιστη σημασία στη θεραπευτική σχέση [9, 12, 24]. Έχοντας τις ρίζες της στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική προσέγγιση, εμφανίζει αρκετά κοινά σημεία με τη ΓΣΘ. Στις ομοιότητες συγκαταλέγονται η συνεργατική φύση της σχέσης, ο εμπειρισμός ως στοιχειώδες στοιχείο της γνωστικής μεταβολής και ορισμένες γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η καταγραφή, η αναγνώριση των γνωσιακών παραποιήσεων, οι συμπεριφορικές πρόβες, οι ασκήσεις για το σπίτι και η ψυχοεκπαίδευση [9].

Αρκετά περισσότερες είναι οι διαφορές της ΘΣ με τη ΓΣΘ. Στον πυρήνα και των δύο θεωριών τίθεται το σχήμα. Ωστόσο, για τον Beck το γνωσιακό περιεχόμενο του σχήματος αποτελούν οι πυρηνικές πεποιθήσεις, οι οποίες λόγω διαστρεβλωμένων τρόπων σκέψης οδηγούν σε ΑΑΣ [9, 12]. Ο Young αναφέρει τα ΠΔΣ, τα οποία παρόλο που μοιάζουν ως προς το περιεχόμενο και τη δομή με το σχήμα του Beck, ενσωματώνουν επιπλέον και συναισθηματικά, κινητοποιητικά συμπεριφορικά συστατικά [9]. Ο Beck, από την άλλη, αναφέρεται σε αυτά τα συστατικά μόνο με την έννοια των τρόπων λειτουργίας οι οποίοι επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου [3]. Για τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία η διαιώνιση του σχήματος πραγματοποιείται μέσω των γνωσιακών παραποιήσεων, ενώ για τη θεωρία σχημάτων μέσω των τρόπων λειτουργίας [9]. Η ΓΣΘ, λοιπόν, ερμηνεύει τις διαταραχές προσωπικότητας μέσω των αντιλήψεων για τον εαυτό και τους άλλους και των αρνητικών πεποιθήσεων, οι οποίες έχουν ως απόρροια δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, και εστιάζει την παρέμβαση σε αυτά τα στοιχεία [3] έχοντας ως γνώμονα τη μείωση των συμπτωμάτων και την αλλαγή διακριτών συμπεριφορών στην τρέχουσα κατάσταση [9]. Από την άλλη, η ΘΣ θέτει στο μικροσκόπιο τα ΠΔΣ και τους τρόπους λειτουργίας, αποδίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στις πυρηνικές ανάγκες και επιρροές της παιδικής ηλικίας, ως βάση των σχημάτων, και αποσκοπεί στην αλλαγή μακροχρόνιων δυσλειτουργικών μοτίβων ζωής [9]. Συγκεκριμένα, ως προς την παρέμβαση, η ΘΣ είναι λιγότερο δομημένη καθώς μπορεί να μεταπηδά από

το παρελθόν στο παρόν και από σχήμα σε σχήμα, σε αντίθεση με τη ΓΣΘ η οποία έχει την ατζέντα [9]. Επιπλέον, ξεκινά από πάνω προς τα κάτω, πρώτα δηλαδή από τα σχήματα, τα οποία εν συνεχεία συνδέει με τις ΑΑΣ και τις γνωσιακές παραποιήσεις [9], ενώ η ΓΣΘ θέτει ως βάση την παρατήρηση των ΑΑΣ [3]. Τέλος, η ΘΣ πέρα από τις γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται και στη ΓΣΘ, εισάγει επιπλέον βιωματικές και σχεσιακές τεχνικές [9, 12].

Η στοιχειώδης διαφορά των δύο μοντέλων έγκειται στη θεραπευτική σχέση, η οποία διαφέρει ως προς τον ρόλο και τα χαρακτηριστικά της. Στη ΓΣΘ χρησιμοποιείται ως μέσο παρακίνησης για συμμόρφωση και επίτευξη αλλαγής, αξιοποιώντας τις σχετικές με τη θεραπευτική σχέση γνώσεις που παρεμποδίζουν την πρόοδο [9]. Ωστόσο, κάποιες φορές τίθεται εμπόδιο εξαιτίας της δουλειάς για το σπίτι που αναθέτει ο θεραπευτής στον θεραπευόμενο [30]. Στη ΘΣ, η θεραπευτική σχέση λειτουργεί ως διορθωτική συναισθηματική εμπειρία [30] και αποτελεί ένα από τα τέσσερα πρωτεύοντα στοιχεία αλλαγής [9]. Τη θεραπευτική σχέση στη ΓΣΘ χαρακτηρίζουν η ισοτιμία, ο συνεργατικός εμπειρισμός και η καθοδηγούμενη αποκάλυψη [9, 30], ενώ στη ΘΣ η διορθωτική γονική στάση και η συναισθαντική αντιπαράθεση [9]. Τέλος, στη ΓΣΘ τίθενται ανυστερήα θεραπευτικά όρια, ενώ στη ΘΣ η σχέση είναι πιο ελεύθερη, λόγω της διορθωτικής γονικής στάσης [9]. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα τηλεφωνήματα, τα οποία ενώ αποφεύγονται στη ΓΣΘ, στη ΘΣ είναι πιο διαδεδομένα [30], ιδίως μετά τη δουλειά με φαντασιακές αναπαραστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν έντονη φόρτιση στον θεραπευόμενο [9].

Schema Therapy for Avoidant Personality Disorder: Effectiveness and Differences from Cognitive Behavioral Therapy

F. M. Skarpalezou¹, A. Nika¹

¹ Cognitive Behavioral Society

Correspondence: Fotini Maria Skarpalezou, Gladstonos 10, Athens, 10677

Email: fotinimarskarpalezou@gmail.com – Tel.: 6955734553

Abstract

Schema Therapy (ST) is an extension of the cognitive-behavioral model and was developed primarily for the treatment of personality disorders and other complex disorders. The effectiveness of ST has been studied extensively for borderline personality disorder, but the research that has been conducted for the rest of personality disorders remains limited. The aims of this paper are twofold, firstly to investigate the effectiveness of ST in Avoidant Personality Disorder (APD) and secondly to identify the distinctions between ST and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Five researches on the effectiveness of ST and extensive literature concerning the presentation of the two models were studied. The review of research shed light on the effectiveness of ST in eliminating the symptoms of APD, as well as secondary effects, such as the reduction of anxiety and depression. The fundamental discrepancies between the two models are found in issues such as the interpretation of APD, the main mechanisms of change, the goals of the intervention, the therapeutic relationship, and the therapeutic techniques. Due to the nature of the problems of APD and personality disorders, traditional CBT is faced up with a variety

of challenges, such as those related to the therapeutic relationship and boundaries, individual adherence to treatment, and homework. As a result, ST is going to be recognized as a popular treatment of personality disorders.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, schema therapy, personality disorders, avoidant personality disorder

Βιβλιογραφία

- [1] Mayer JD. Asserting the Definition of Personality. The Online Newsletter for Personality Science. 2007; 1(1):1-4.
- [2] American Psychiatric Association. Personality disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
- [3] Beck AT, Davis DD, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2004.
- [4] Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B. Avoidant personality disorder: a current review. Current psychiatry reports. 2016; 18(3):1-8. Available from <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6>
- [5] Beck AT, Freeman A, Associates. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press. 1999.
- [6] Davidson KM. Cognitive Therapy for Personality Disorders. A guide for Clinicians (2nd ed.). London: Routledge. 2008.
- [7] Turner AE, Muran JC, Ochoa E. Cognitive-behavioral therapy for personality disorders: A treatment manual. San Diego, CA: Social & Behavioral Documents. 2004.
- [8] Ευσταθίου Γ, Χαρίλα Ν. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας στο: Ευσταθίου Γ, Ευθυμίου Κ, Χαρίλα Κ. Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία. Διαταραχών Προσωπικότητας. Αθήνα: ΙΕΘΣ. 2014
- [9] Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioners Guide. New York, NY: Guilford. 2003.
- [10] Reich J. (Ed.). Personality disorders: Current research and treatments. New York: Routledge. 2013.
- [11] Bachrach N, Arntz A. Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. Journal of Clinical Psychology. 2021; 77(5):1233-1248.
- [12] Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema Therapy. Hove, East Sussex: Routledge. 2011.
- [13] Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
- [14] Young JE, Gary B. Young schema questionnaire-short form; Version 3. Psychological Assessment. 2005.
- [15] Peled O, Bar-Kalifa E, Rafaeli E. Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2017; 57:126-134. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.004>
- [16] Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. Behavior Research and Therapy. 2001; 39(10):1213-1225.
- [17] Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of personality disorders. 2004; 18(5):467-478.
- [18] Lobbetael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. Journal of Personality Disorders. 2010; 24(3):285-295.
- [19] Arntz A. Schema therapy for cluster C personality disorders. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, editors. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. 397-414.
- [20] Bamelis LLM, Renner F, Heidkamp D, Arntz A. Extended Schema Mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. Journal of Personality Disorder. 2011; 25(1):41-58.
- [21] Skewes, SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. Frontiers in Psychology. 2015; 5:1-9.
- [22] Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, Bernstein D. Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. Behavior Research and Therapy. 2013; 51(8):487-92.
- [23] Broersen, J, van Vreeswijk, MF. Schema therapy in groups: a short-term schema CBT protocol. In MF Van Vreeswijk, J Broersen, & M Nadort (Eds.), The Wiley-

Blackwell handbook of schema therapy theory, research, and practice. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. 373-381.

[24] Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(3):305-22.

[25] Nenadić I, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*. 2017; 253:9-12.

[26] Davidson KM. Cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatry*. 2008; 7(3): 117-120. Available from <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.01.005>

[27] Pretzer JL, Fleming B. Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *The Behavior Therapist*. 1989; 12(5):105-109.

[28] Freeman A, Jackson JT. Cognitive-Behavioral Treatment of Personality Disorders. In *Behavior and Cognitive Therapy Today*. Kidlington, Oxford: Pergamon. 1998: 103-116.

[29] Μαλλογιάννης ΙΑ, Βλαβιανού Μ. Η θεραπεία σχημάτων στις διαταραχές προσωπικότητας στο: Ευσταθίου Γ, Ευθυμίου Κ, Χαρίλα Κ. Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας. Αθήνα: ΙΕΘΣ. 2014.

[30] Rafaeli E. Cognitive-behavioral therapies for personality disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2009; 46(4):290.