

ΠΜΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

ΧΡΥΣΑΝΘΟΣ ΜΠΟΥΛΑΣ

ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΡΗ ΔΙΑΚΟΠΗ
ΤΗΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
(ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ)

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γρ. Βασιλαματζής Ομ. Καθηγητής Ψυχιατρικής (Επιβλέπων Καθηγητής),

Δ. Δικαίος, Καθηγητής, Σ. Χριστογιώργος, Αν. Καθηγητής

Επόπτης:

Χρήστος Ζερβής

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον επόπτη μου κο Χρήστο Ζερβή για την εμπιστοσύνη του
Ευχαριστώ τον Καθηγητή κο Γρηγόρη Βασιλαματζή για τη συνεισφορά του στην
υλοποίηση αυτού του Μεταπτυχιακού και την υποστήριξη στην εκπόνηση της
πτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν τον ψυχοδυναμικό θεραπευτή είναι το ενδεχόμενο πρόωρης διακοπής της θεραπείας και κυρίως σε ειδικές οργανώσεις προσωπικότητας ή δύσκολους ασθενείς, καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό σημαίνει αποτυχία της θεραπείας.

Πρόωρη διακοπή θεωρείται γενικά ο τερματισμός της ψυχοθεραπείας που αποφασίζεται μονομερώς. Άλλοτε προέρχεται από την πλευρά του ασθενή (dropout), και άλλοτε προέρχεται από την πλευρά του θεραπευτή, ονομάζεται αναγκαστική διακοπή και συμβαίνει κυρίως για λόγους αρνητικής μεταβίβασης ή αντιμεταβίβασης.

Διακρίνουμε δύο είδη πρόωρης διακοπής θεραπείας: την πρόωμη η οποία πραγματοποιείται εντός των 2-3 πρώτων μηνών από την έναρξη της ψυχοθεραπείας και την όψιμη η οποία συμβαίνει μετά τους 2-3 πρώτους μήνες. Το όριο είναι συμβατικό και εξαρτάται από το θεραπευτικό συμβόλαιο. Το ουσιαστικό όριο είναι εάν η πρόωρη διακοπή συμβαίνει πριν την εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας.

Το ερευνητικό ερώτημα που απασχολεί την εργασία αυτή είναι κατά πόσον υπάρχουν πρόδρομα σημεία και προγνωστικοί παράγοντες πρόωρης διακοπής στην ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία. Αρχικά γίνεται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση ψυχαναλυτικών άρθρων σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα στον γενικό πληθυσμό ασθενών, αλλά και σε ειδικές οργανώσεις προσωπικότητας. Συγκεκριμένα γίνεται συνοπτική καταγραφή των πρόδρομων σημείων και προγνωστικών παραγόντων τόσο από την πλευρά του ασθενούς (δημογραφικά δεδομένα και κλινικά χαρακτηριστικά), όσο και από την πλευρά του θεραπευτή αντλώντας στοιχεία από την αντιμεταβίβαση.

Για την πρόωμη διακοπή της θεραπείας σημαντικό ρόλο παίζει η αναλυσιμότητα ή καταλληλότητα του ασθενή για ψυχοδυναμικού τύπου θεραπεία, καθώς η ενδεχόμενη ακαταλληλότητα μπορεί να οδηγήσει στη διακοπή της θεραπείας πριν την εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Τέτοιες καταστάσεις συναντούμε σε θεραπείες ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως με οριακή διαταραχή). Τα κλινικά χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών συχνά οδηγούν σε πρόωρη διακοπή, αποτελούν πρόκληση για την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και συνήθως οι θεραπευτές καλούνται να επιστρατεύσουν υποστηρικτικού τύπου τεχνικές.

Στη συνέχεια γίνεται αναγνώριση των πρόδρομων σημείων σε δύο κλινικά παραδείγματα. Συγκεκριμένα παραθέτουμε μία περίπτωση ασθενούς με πρόωμη διακοπή θεραπείας (early dropout - διέκοψε μετά την 4η συνεδρία και πριν την εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας) και μία περίπτωση ασθενούς με όψιμη διακοπή της θεραπείας (late dropout - διέκοψε μετά την 16η συνεδρία).

Στην πρώτη περίπτωση πιθανώς δεν πληρούνταν όλα τα κριτήρια για ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα, η ασθενής δεν είχε υψηλό κίνητρο για θεραπεία παρότι βρισκόταν σε κατάσταση κρίσης. Δεν κατέστη δυνατόν να προσδιορισθεί εντός της θεραπείας το πραγματικό προεξάρχον πρόβλημα από την ίδια και τέλος δεν έγινε έγκαιρη αντιμετώπιση της μεταβίβασης και της αρνητικής αντιμεταβίβασης από την πλευρά του θεραπευτή, καθώς γρήγορα έγινε διακοπή της θεραπείας. Σε συνδυασμό με τα ανωτέρω, τα δημογραφικά της χαρακτηριστικά της ασθενούς (ηλικία, φύλο, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση) θα μπορούσαν να προβλέψουν την πρόωμη διακοπή θεραπείας.

Στη δεύτερη περίπτωση η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Αρχικά βίωσε την ανάδυση αρνητικής μεταβίβασης πριν την εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας, αλλά η μεταβίβαση αυτή δεν επέμενε καθ' όλη τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Αντιθέτως υπήρξαν περιστασιακά μεταβολές στην μεταβίβαση και τελικά η διακοπή της θεραπείας προέκυψε με την κινητοποίηση των ιδιαίτερων μηχανισμών άμυνας της ασθενούς στο πλαίσιο της δομής της προσωπικότητάς της. Η κατανόηση των πρόδρομων σημείων για την περίπτωση αυτή βασίζεται εν πολλοίς σε δεδομένα από την αντιμεταβίβαση.

Συμπερασματικά καταδεικνύεται η αναγκαιότητα για συστηματική και προτυποποιημένη επιλογή ασθενών για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και για εποπτεία ειδικά σε άπειρους θεραπευτές, με έμφαση στην εγκατάσταση και διατήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου (ιδίως στις περιπτώσεις δημόσιων δομών που παρέχουν ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία).

Abstract

One of the basic concerns of a psychodynamic psychotherapist is the possibility of a premature discontinuation of the therapy, particularly in patients with specific personality organizations or in difficult patients, since in certain cases this means the failure of psychotherapy.

Early discontinuation is generally considered the end of the psychotherapy that is decided unilaterally. If it is decided by the patient it is called dropout, whereas if it is decided by the therapist it is called forced discontinuation and it is mainly due to negative transference - countertransference.

There are two kinds of premature discontinuation derived from the patient: the early dropout occurs within the first 2-3 months of the therapy and the late dropout that occurs later. This time limit is conventional and depends on the therapeutic contract. A better limit would be whether premature discontinuation occurs before a therapeutic alliance is established.

The scientific goal of this study is to find whether there are early signs of premature discontinuation in psychodynamic psychotherapy

First we present a literature review of mainly psychoanalytic articles that deal with the problem of premature discontinuation in psychodynamic psychotherapy, in the general patient population, but also in special personality organizations. We make a summary of prodromal signs and factors that can be identified in the patient (demographics and clinical characteristics), and in the therapist through countertransference.

Patient's suitability for psychodynamic therapy is a very important characteristic that can lead to premature discontinuation, before the establishment of a therapeutic alliance. This is common in the treatment of patients with personality disorders (mainly borderline personality disorder). The clinical characteristics of borderline personality disorders can lead to premature discontinuation which is a major challenge for psychodynamic psychotherapy forcing the therapist to use more supportive techniques.

Next, we try to show prodromal signs in two clinical examples. Specifically, we quote a case of a patient with early dropout (she stopped therapy after the 4th session, before the establishment of a therapeutic alliance) and a case of a patient with late dropout (she stopped therapy after the 16th session).

In the first case it is possible that the patient did not meet all criteria for psychodynamic psychotherapy. She did not have a high motivation for treatment despite the fact that she was experiencing a crisis situation. Furthermore, we did not manage to identify within the treatment the actual underlying problem, and there was not a prompt management of the emerging transference and negative countertransference, due to the quick termination of therapy. In addition to the above, the patient's demographic characteristics (age, gender, family and socio-economic status) could predict an early dropout.

In the second case the patient met the criteria for psychodynamic psychotherapy. In the beginning of the therapy she experienced the emergence of a negative transference before the establishment of a therapeutic alliance, but this did not persist throughout the course of psychotherapy. She experienced shifts of the transference and in the end there was a dropout from psychotherapy, which resulted from the mobilization of the patient's special defense mechanisms. The understanding of the prodromal signs in this case is based largely on data from countertransference.

Conclusively, this study demonstrates the need for systematic and standardized patient selection for psychodynamic psychotherapy and supervision, especially when we deal with inexperienced therapists, focusing on establishment and maintenance of the therapeutic contract (particularly in public clinics which provide psychodynamic psychotherapy).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	3
Abstract	5
Πίνακας περιεχομένων	7
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	9
1.1 Εισαγωγή στις έννοιες	10
1.1.1 Η έννοια της πρόωρης διακοπής της ψυχοθεραπείας.....	10
1.1.2 Τύποι πρόωρης διακοπής (πρώιμη, όψιμη - αναγκαστική)	10
1.1.3 Η έννοια της αναλυσιμότητας	12
Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	13
2.1 Ανασκόπηση μελετών σχετικά με προγνωστικούς παράγοντες πρόωρης διακοπής της θεραπείας.....	13
2.2 Η πρόωρη διακοπή της θεραπείας στους οριακούς ασθενείς.....	23
Κεφάλαιο 3: Συνοπτικά Αποτελέσματα.....	31
3.1 Προγνωστικοί παράγοντες που αφορούν στον ασθενή	31
3.2 Προγνωστικοί παράγοντες που αφορούν στον θεραπευτή	34
Κεφάλαιο 4: Κλινικά Περιστατικά	35
4.1 Κλινικό Περιστατικό: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ.....	36
4.1.1 Υλικό από τις συνεδρίες με την Αναστασία.....	36
4.1.2 Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά της ασθενούς.....	40
4.1.3 Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά του θεραπευτή.....	41

4.2	Κλινικό περιστατικό: ANNA.....	42
4.2.1	Υλικό από τις συνεδρίες με την Άννα	43
4.2.2	Δομή της προσωπικότητας	48
4.2.2.1	Σχέση με το αντικείμενο	48
4.2.2.2	Ταυτίσεις	48
4.2.2.3	Μηχανισμοί άμυνας.....	48
4.2.3	Μεταβίβαση – Αντιμεταβίβαση.....	49
4.2.4	Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά της ασθενούς	50
4.2.5	Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά του θεραπευτή.....	52
4.3	Συζήτηση επί των κλινικών περιστατικών	53
	Κεφάλαιο 5: Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	54
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

Κεφάλαιο 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη μελέτη αυτή διερευνούμε την έννοια της πρόωρης διακοπής της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Επίσης προσδιορίζεται η έννοια της αναλυσιμότητας ή καταλληλότητας του ασθενούς για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, καθώς σχετίζεται άμεσα με την πρόωρη διακοπή της. Ακολούθως παρατίθεται η καθεαυτή μελέτη. Πρόκειται για μία εμπειρική έρευνα που η μεθοδολογία της περιλαμβάνει στο πρώτο μέρος μία ανασκόπηση των σημαντικότερων δημοσιεύσεων για τα πρόδρομα σημεία πρόωρης διακοπής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, σε ψυχαναλυτικά και ψυχιατρικά περιοδικά μέσα από τις διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης PEP WEB και PUMED με τη χρήση λέξεων κλειδιών: dropout, premature terminaton, early terminaton, late terminaton, unilateral termination, client initiated termination, psychodynamic psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy. Στο δεύτερο μέρος καταγράφονται συνοπτικά τα συμπεράσματα για τα πρόδρομα σημεία από την πλευρά του ασθενούς και από την πλευρά του θεραπευτή, τόσο στο γενικό πληθυσμό ασθενών, όσο και ειδικά σε ασθενείς με οριακή δομή της προσωπικότητας.

Στη συνέχεια γίνεται παρουσίαση δύο κλινικών περιστατικών (case reports) όπου προέκυψε πρόωρη διακοπή θεραπείας με πρωτοβουλία του ασθενούς. Το πρώτο αφορά πρόωμη (early dropout) και δεύτερο όψιμη διακοπή θεραπείας (late dropout). Στα περιστατικά αυτά περιγράφονται η δομή της προσωπικότητας των ασθενών, το θεραπευτικό πλαίσιο και η αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή (μεταβίβαση – αντιμεταβίβαση). Ακολούθως, αναζητούμε το κατά πόσον μπορούν να αναγνωρισθούν στα κλινικά αυτά περιστατικά κάποια από τα πρόδρομα σημεία πρόωρης διακοπής της θεραπείας τα οποία προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Τέλος, καταγράφονται τα συμπεράσματα από τη συζήτηση αυτή και παρατίθεται η βιβλιογραφία.

1.1 Εισαγωγή στις έννοιες

1.1.1 Η έννοια της πρόωρης διακοπής της ψυχοθεραπείας

Όπως αναφέραμε στην εισαγωγή, πρόωρη διακοπή της ψυχοθεραπείας (dropout) θεωρείται η διακοπή της ψυχοθεραπείας χωρίς σημαντικό λόγο π.χ. πρόβλημα υγείας, η οποία αποφασίζεται μονομερώς απ' την πλευρά του ασθενή και παρά την αντίθετη άποψη του θεραπευτή. Η διακοπή μπορεί να είναι είτε αιφνίδια, είτε σταδιακή (για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να απουσιάζει τρεις ή τέσσερις συνεχόμενες φορές απ' τις συνεδρίες). Το τί ορίζεται ως πρόωρη διακοπή της ψυχοθεραπείας έχει να κάνει κάθε φορά με το συγκεκριμένο θεραπευτικό συμβόλαιο.

Η έννοια της πρόωρης διακοπής συχνά αμφισβητείται, δεδομένου ότι κατά πολλούς στοχαστές η ανάλυση ποτέ δεν περαιώνεται, συνεπώς οποιαδήποτε διακοπή είναι κατά μία έννοια πρόωρη. Στον αναλυόμενο η φαντασίωση του πέρατος της θεραπείας υπάρχει από την αρχή, στις περιπτώσεις δε ανάλυσης ορισμένου τέλους (προσυμφωνημένης διακοπής της ανάλυσης σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα), υπάρχουν φαντασιώσεις και από τις δύο πλευρές για την μετα – σχέση. Πολύ περισσότερο στην πρόωρη διακοπή της θεραπείας από τον ασθενή, υπάρχουν φαντασιώσεις για το πώς θα σκέπτεται ο αναλυτής για τον ίδιο και το αντίστροφο.

Ο Limentani αναφέρει στο άρθρο του «On the “Unexpected” Termination of Psychoanalytic Therapy»¹ το 1982, ότι είναι αμφίβολο ότι υπάρχει πραγματικά αιφνίδια διακοπή της ψυχαναλυτικής θεραπείας, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μία πορεία προς αυτή την κατεύθυνση, χωρίς τα δύο μέρη να έχουν πλήρη επίγνωση του γεγονότος. Επίσης αναφέρει ότι οι αιφνίδιες διακοπές συμβαίνουν πολύ συχνότερα από ο,τι έχει καταγραφεί στις διάφορες μελέτες.

1.1.2 Τύποι πρόωρης διακοπής (πρώιμη, όψιμη – αναγκαστική)

Οι Jack Novick et al., στο άρθρο τους «Termination: Themes and Issues»² το 1982 αναφέρουν ότι η πρόωρη διακοπή θεραπείας, ακόμα και η αμοιβαία συμφωνία για διακοπή, ορισμένες φορές προκαλείται μεν από τον αναλυόμενο, αλλά η απόφαση μπορεί να στην πραγματικότητα να προέρχεται από τον αναλυτή και το αντίστροφο. Οι συγγραφείς διέκριναν δύο κύριες κατηγορίες πρόωρης διακοπής. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει πρόωρες διακοπές κατά τις οποίες η απόφαση προκύπτει και προέρχεται από τον αναλυτή· αυτές συνήθως ονομάζονται «αναγκαστικός

τερματισμός της θεραπείας. Ο αναγκαστικός τερματισμός μπορεί να οφείλεται σε γεωγραφική μετεγκατάσταση του αναλυτή (**Dewald, 1982**)³, σε παρατεταμένη ασθένεια, εγκυμοσύνη ή θάνατο του αναλυτή. Στην πλειονότητα όμως των περιπτώσεων, η απόφαση για πρόωρη διακοπή λαμβάνεται από τον αναλυτή για λόγους αντιμεταβίβασης. Παράδειγμα είναι καταστάσεις προοιδιοδιακής μεταβίβασης, ειδικά του τύπου του σαδομαζοχισμού, ή σε περιπτώσεις θεραπείας ασθενών η ανάλυση των οποίων φαίνεται ότι δεν τελειώνει ποτέ. Η δεύτερη κατηγορία αφορά περιπτώσεις ασθενών που διέκοψαν το πρόγραμμα πριν το τέλος του και εναλλακτικά ονομάζεται «dropout». Και πάλι μπορεί να υπάρχει μία ποικιλία παραγόντων, από φαινομενικά αντικειμενικά εξωτερικά αίτια, όπως γεωγραφική μετακίνηση, οργανικές παθήσεις, ή συνηθέστερα έντονες αντιστάσεις στη μεταβίβαση, ή αρνητική θεραπευτική αντίδραση.

Η συχνότητα πρόωρης διακοπής της ψυχανάλυσης είναι εξαιρετικά υψηλή. Από την ανασκόπηση επτά μελετών για τη συχνότητα της πρόωρης διακοπής της ψυχαναλυτικής θεραπείας (**Hamburg et al., 1967; Hendrick, 1967; Aronson & Weintraub, 1969; Freud A., 1970, Sashin, Eldrea, & Van Amerongen, 1975; Earle, 1979**), οι Novick et al διαπίστωσαν ότι η συχνότητα πρόωρης διακοπής ποικίλει από 31% έως 72%. Αναφέρουν επίσης μία συγκριτικά πιο πρόσφατη μελέτη από την Earle (**1979**), όπου μόνο 11 από τις 40 περιπτώσεις (27.5%) που είχαν αναλάβει εκπαιδευόμενοι ψυχαναλυτές κατέληξαν σε συναινετική διακοπή. Όσον αφορά τις υπόλοιπες περιπτώσεις, το 14.3% ήταν μη συναινετικές διακοπές της θεραπείας και το 45.3% εξακολουθούσαν να είναι ενεργές περιπτώσεις.

Βέβαια, σύμφωνα με τους συγγραφείς το πρόβλημα της πρόωρης διακοπής δεν περιορίζεται στην ψυχανάλυση. Ζητήματα αυτού του είδους παρατηρούνται σε διάφορα πλαίσια, με την εφαρμογή όλων των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών και σε ασθενείς με ποικίλα χαρακτηριστικά. Επιπλέον, το πρόβλημα δεν περιορίζεται στην ψυχοθεραπεία, αλλά το συναντούμε και στη γενική ιατρική. Για παράδειγμα, μία ανασκόπηση του προβλήματος της «συμμόρφωσης» στη θεραπεία στη γενική ιατρική, αποκαλύπτει ποσοστά ασθενών που δεν ακολουθούν τις συστάσεις των γιατρών τους μεταξύ 20% and 80% (**Pomerleau, 1979**)⁴.

Οι δύο μεγάλες κατηγορίες αναγκαστικής και μονόπλευρης διακοπής που αναφέρθηκαν θεωρούνται από ορισμένους συγγραφείς αποτυχία της θεραπείας. Σε

ένα πρόγραμμα μελέτης εφήβων ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία (**Novick, Urist, & Schneier, 1980**), οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι δύο αυτές κατηγορίες (αναγκαστικής και μονόπλευρης διακοπής) αφορούν δύο πληθυσμούς ασθενών που διαφοροποιούνται σε πολύ μεγάλο βαθμό. Διαπίστωσαν, για παράδειγμα, ότι τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη συχνότητα μονόπλευρων διακοπών από ό, τι τα αγόρια, ενώ τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη συχνότητα αναγκαστικής διακοπής. Το εύρημα αυτό στους εφήβους ασθενείς συνάδει με τα ευρήματα των **Sashin et al. (1975)**⁵ σε ενήλικες αναλυόμενους, δηλαδή ότι οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη συχνότητα μονομερούς διακοπής από ό, τι οι άνδρες.

Οι **Sashin et al.** όμως κατέληξαν ότι οι δύο αυτοί τύποι πρόωρης διακοπής δεν ταυτίζονται με τη διάκριση μεταξύ επιτυχημένης και αποτυχημένης θεραπείας. Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι προϋπόθεση για μια επιτυχημένη τελική φάση της ανάλυσης, είναι η ύπαρξη μεταβίβασης και νεύρωσης μεταβίβασης και η ικανότητα αντίληψης και παρατήρησης της μεταβίβασης και όχι η βίωσή της ως πραγματικότητα.

1.1.3 Η έννοια της αναλυσιμότητας

Στο σημείο αυτό εστιάζουμε στην έννοια της αναλυσιμότητας ή καταλληλότητας για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, καθώς φαίνεται ότι σχετίζεται με το ενδεχόμενο πρόωρης διακοπής της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας όπως θα δούμε στη συνέχεια.. Η σύγχυση και η έλλειψη ξεκάθαρης στάσης όσον αφορά στην αναλυσιμότητα οφείλεται κατά ένα μέρος στη σύγχυση μεταξύ των στόχων της θεραπείας και στις απαιτούμενες ικανότητες για να επιτύχει κανείς αυτούς τους στόχους.

Η έννοια της «αναλυσιμότητας» εμφανίστηκε όψιμα στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία και έχει δύο διαφορετικές έννοιες: μία η κλασική, που ακολουθεί το ιατρικό μοντέλο, και αφορά τις «ενδείξεις και αντενδείξεις» της ψυχαναλυτικής θεραπείας και μία άλλη που αναφέρεται στη συνειδητοποίηση του ορίου της ερμηνείας, που σημαίνει, αναγνώριση ότι υπάρχει ένα «αναλύσιμο» και ένα «μη αναλύσιμο» στοιχείο σε κάθε τι που παράγει η ψυχή.

Στο πρώτο μοντέλο κατά τις προκαταρτικές συνεντεύξεις ο αναλυτής στοχεύει στην εκτίμηση κατ' αρχήν της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς και της ικανότητας

εναισθησίας. Επίσης αξιολογεί το επίπεδο οργάνωσης προσωπικότητας, τη συγκρότηση του Εγώ, της σκέψης, του συναισθήματος, της σχέσης με το αντικείμενο και της σεξουαλικότητας και τους ιδιαίτερους αμυντικούς μηχανισμούς του ασθενούς, τη δυνατότητα δημιουργίας και τήρησης θεραπευτικού πλαισίου και την αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (μεταβίβαση – αντιμεταβίβαση). Στη συνέχεια κατευθύνει την επιλογή της θεραπείας προς συμβατική (πχ υποστηρικτική) ή προς ψυχαναλυτική θεραπεία. Ορισμένοι συγγραφείς, ειδικά όταν αναφέρονται στους οριακούς ασθενείς, προσπάθησαν να ορίσουν ακριβή προγνωστικά κριτήρια αναλυσιμότητας. Ο Otto Kernberg για παράδειγμα, αναφέρει ότι η ικανότητα των ασθενών να βιώσουν ενοχή είναι «καλό προγνωστικό σημείο κατά την αξιολόγηση της αναλυσιμότητας της ‘ναρκισσιστικής προσωπικότητας’» (1970). Η πλειοψηφία των συγγραφέων, ωστόσο, παρόλο που δεν συστήνουν τη χρήση δοκιμαστικών θεραπειών όπως ο Kohut, ακολουθώντας τον Freud, αναγνώρισαν ότι ο μόνος τρόπος να κρίνει ο αναλυτής την επιδεκτικότητα ανάλυσης του ασθενούς είναι μέσω της ίδιας της ανάλυσης.

Το έτερο μοντέλο προσδιορισμού της αναλυσιμότητας αφορά στους περιορισμούς του τί μπορεί να αναλυθεί. Στα αρχικά στάδια της καριέρας του ο Freud προώθησε την ιδέα ότι δεν είναι τα πάντα ερμηνεύσιμα και ότι θα πρέπει να αναγνωρίσουμε τα άγνωστα στοιχεία του ψυχικού υλικού που μελετάται: «Ακόμη και το καλύτερα ερμηνευμένο όνειρο έχει ένα μονοπάτι που πρέπει να παραμένει στο σκοτάδι, καθώς παρατηρούμε στην πορεία της ερμηνείας ότι το κουβάρι των ονειρικών σκέψεων εμφανίζεται ακριβώς εκεί, αρνούμενο να λυθεί, χωρίς να συνεισφέρει περεταίρω στο περιεχόμενο του ονείρου. Αυτό είναι ο ομφαλός του ονείρου, και το μέρος κάτω από το οποίο παραμένει το Άγνωστο» (Freud, S. The interpretation of dreams. 1900a, chap. 7)⁶.

Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Ανασκόπηση μελετών σχετικά με προγνωστικούς παράγοντες πρόωρης διακοπής

Το dropout κινητοποιεί μνήμες από τις πρώιμες εγκαταλείψεις στον θεραπευτή. Για την αναλυτική дуάδα, η διακοπή της θεραπείας μπορεί να αποτελεί εκδραμάτιση

σαδομαζοχιστικών φαντασιώσεων. Ο Searles στο έργο του «My Work with Borderline Patients» (1986)⁷, αναφέρει ότι «μία από τις πιο στρεσογόνες πλευρές της εξάσκησης της ψυχανάλυσης είναι η αντιμετώπιση των αισθημάτων ανικανότητας και οργής μετά από μια ξαφνική διακοπή θεραπείας... Αυτό το απρόσμενο γεγονός μπορεί να υπονομεύσει την αυτοπεποίθηση του θεραπευτή στην ανάπτυξη της ταυτότητάς του ως αναλυτή. Ο αναλυτής μπορεί να αμφισβητήσει την ικανότητά του να είναι θεραπευτικός, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να διατηρήσει έναν δυναμικό εξισορροπητικό ρόλο και εγκρατή αναλυτική στάση». Συχνά η πρόωρη διακοπή από τον αναλύόμενο είναι σε φάση αρνητικής μεταβίβασης. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας που διακόπτουν την θεραπεία πρώιμα, το κάνουν με οργή μετά από αντιπαράθεση με τον θεραπευτή (Gunderson, 1989)⁸.

Οι Lower et al (1972)⁹ αναφέρουν ότι «Το αδύναμο ΕΓΩ και η κοινωνική δυσλειτουργικότητα αποτελούν τα χαρακτηριστικά που αποτρέπουν την ανάλυση του ασθενούς», ενώ χρησιμοποιώντας κλίμακες βαρύτητας της παθολογίας κατά τη ψυχοσεξουαλική φάση ο Huxster (1975)¹⁰ διαπίστωσε ότι δεν σχετίζεται άμεσα με το αποτέλεσμα, όσο η βαθμολογία της κλίμακας λειτουργικότητας του ΕΓΩ.

Ο Frayn σε μία μελέτη του το 1992¹¹, διαπίστωσε ότι τα άτομα που τελικά έκαναν dropout είχαν μεγαλύτερα συνολικά ποσοστά ψυχοπαθολογίας, ειδικότερα χαμηλό κίνητρο και χαμηλή ανοχή στη ματαιώση, παρορμητισμό, καθώς και αδυναμία ενδοσκόπησης και λιγότερη ικανοποίηση από τις συνθήκες της ζωής τους. Επίσης, μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρης διακοπής υπάρχει όταν ο αναλυτής αντιλαμβάνεται δικά του αρνητικά συναισθήματα για τον υποψήφιο ασθενή (αντιμεταβίβαση), ή όταν ο ασθενής εκφράζεται εχθρικά προς τους προηγούμενους ειδικούς που τον φρόντιζαν. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η ανεπαρκής ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας δεν είναι μόνο μείζων προβλεπτικός παράγων κακής κλινικής εξέλιξης, αλλά προδιαθέτει επίσης και πρόωρη διακοπή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Επίσης, πολύ σημαντική για τη συνέχιση της ανάλυσης αποδείχθηκε η ύπαρξη καλών συνθηκών ζωής και υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Κατά την αρχική αξιολόγηση οι θεραπευτές αξιολογούν τη στάση των ασθενών που είχαν τελικά κακή έκβαση πιο θετικά από ότι οι ίδιοι οι ασθενείς όταν αξιολογούν τους εαυτούς τους. Με άλλα λόγια η εκτίμησή του αναλυτή για τη μεταβίβαση αποδείχθηκε λιγότερο ειδικός προβλεπτικός παράγων για το ενδεχόμενο dropout από

ό, τι η εκτίμησή του για την αντιμεταβίβαση, γεγονός που μεταξύ άλλων σημαίνει δυσκολία του θεραπευτή στην ακριβή αξιολόγηση της αρνητικής μεταβίβασης.

Φαίνεται ότι υπάρχουν δύο διαφορετικές ομάδες πρόωρης διακοπής, αν εξαιρέσουμε τους ασθενείς που δεν άρχισαν καν ή έφυγαν κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Οι πρώτοι και περισσότεροι είναι οι αυτοί που διέκοψαν πολύ πρώιμα (early terminators). Όσον αφορά στο θεραπευτικό αίτημα, στην ομάδα αυτή φαίνεται ότι υπάρχουν μάλλον ευχολόγια παρά πραγματικό κίνητρο για ανάλυση. Κρίνοντας εκ των υστέρων, τόσο ο αναλυτής, όσο και ο επόπτης συχνά μπορεί να διακρίνουν κακούς προγνωστικούς παράγοντες στους οποίους δεν δόθηκε αρκετή σημασία κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Και βέβαια, κατά τη διάρκεια των συνεδριών υπάρχουν αναλυόμενοι που βίωσαν την αναπάντεχη ανάδυση μιας οξείας αποδιοργανωτικής αρνητικής μεταβίβασης και αντίστασης δυσπιστίας πριν την εγκατάσταση ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας και τελικά οδηγήθηκαν σε πρώιμο dropout.

Οι ασθενείς που εγκατέλειψαν όψιμα (late terminators), είναι πιο ετερογενής ομάδα. Σε αυτούς η πρόωρη διακοπή αποτελεί εκδήλωση διαφόρων περιβαλλοντικών και ψυχοδυναμικών συγκρούσεων. Κατά την επανεξέτασή τους μετά το πέρας της θεραπείας, τα άτομα αυτά ανέφεραν ότι εγκατέλειψαν γιατί η ανάλυση δεν τους βοήθησε σε καθημερινές δυσκολίες ή επειδή αισθανόταν ότι οι θεραπευτές τους δεν ενδιαφέρονταν ή δεν τους καταλάβαιναν. Φαίνεται ότι οι αρχικές προβλέψεις των ίδιων των ασθενών για την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας ήταν πιο αξιόπιστες από τις αρχικές εκτιμήσεις τόσο του θεραπευτή, όσο και του επόπτη (Gurman 1977)¹².

Οι Vaslamatzis, Markidis, Katsouyanni στο άρθρο τους «Study of the Patients' difficulties in Ending Brief Psychoanalytic Psychotherapy»¹³ μελέτησαν το φαινόμενο της όψιμης διακοπής βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε σύγκριση με την κατ' εξαίρεση συνέχιση της θεραπείας πέραν του προσδιορισμένου πέρατος των 30 συνεδριών. Πρόκειται για μία μελέτη των γενικότερων δυσκολιών του ασθενούς κατά το πέρας της Βραχείας Ψυχοδυναμικής Ψυχοθεραπείας. Σε αυτό το άρθρο αναφέρεται ότι όσο λιγότερη αυτοπεποίθηση έχει ο ψυχοθεραπευτής, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να έχουμε διακοπή της θεραπείας από τον ασθενή καθώς πλησιάζει η προσδιορισθείσα περίοδος τερματισμού και ότι η βαθμολογία καταλληλότητας κατά Davanloo κατά την περίοδο αξιολόγησης του ασθενούς αποτελεί τον κύριο παράγοντα διαφοροποίησης μεταξύ των τριών ομάδων (αυτών που εγκατέλειψαν, αυτών που συνέχισαν πέραν της προσδιορισθείσας ημερομηνίας και όσων ολοκλήρωσαν κανονικά). Οι συγγραφείς κάνουν την πολύ σημαντική παρατήρηση

ότι η διακοπή θεραπείας σε πρώιμο και όψιμο στάδιο μπορεί να αντιπροσωπεύουν δύο διαφορετικές μορφές πρόωρης διακοπής. Κατά την περίοδο αξιολόγησης του ασθενούς, διάρκειας 3-5 συνεδριών ο ψυχοθεραπευτής ελέγχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς όπως:

1. κατάκτησε ο θεραπευτής μία ψυχοδυναμική άποψη για το βασικό πρόβλημα του ασθενούς και σχημάτισε μία πρώτη υπόθεση με βάση γενετήσιες απόψεις και τη θεωρία αντικειμενοτρόπων σχέσεων;
2. εφόσον έγιναν αντιληπτά τυχόν αισθήματα αντιμεταβίβασης, ποια είναι η αντίδραση στην υπόδειξή τους από τον θεραπευτή;
3. υπάρχει κίνητρο για αλλαγή από τον ασθενή;
4. μπορούν να προσδιορισθούν τα προβλήματα του ασθενούς;
5. είχε ο ασθενής στο παρελθόν ουσιαστικές σχέσεις με κάποιον σημαντικό Άλλο;

Η βαθμολόγηση γίνεται σύμφωνα με τον Davanloo από 1 έως 5. Οι συγγραφείς μελέτησαν κατά πόσον η βαθμολογία αυτή αποτελεί προδιαθεσική παράμετρο για τις δυσκολίες του πέρατος της ψυχοθεραπείας, καθώς και τη σχέση της βαθμολογίας αυτής με τις παραμέτρους του φύλου της ηλικίας, των ετών εκπαίδευσης, της διάγνωσης. Διαπιστώθηκε ότι το φύλο και η διάγνωση δεν διαφοροποιούν καθόλου την τελική έκβαση. Τα έτη εκπαίδευσης συμβάλλουν στη διάκριση μεταξύ όσων συνεχίζουν και μετά το πέρας της θεραπείας και όσων ολοκλήρωσαν στην ώρα τους. Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι τα άτομα που εγκατέλειψαν πρόωρα τη θεραπεία ορισμένου τέλους είχαν χαμηλότερη βαθμολογία καταλληλότητας στην αρχική αξιολόγηση. Γενικά, οι ασθενείς που δεν πληρούν ικανοποιητικά τα κριτήρια για βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να κάνουν τους θεραπευτές τους να αισθάνονται λιγότερη αυτοπεποίθηση και να έχουν προβλήματα κατά το πέρας της θεραπείας. Οι περισσότεροι από αυτούς πιθανώς να αποτελούσαν δύσκολες περιπτώσεις και σε ψυχοθεραπείες ανοικτού τέλους.

Σε άλλο άρθρο των Vaslamatzis G. και Verveniotis S. «Early Dropouts in Brief Dynamic Psychotherapy»¹⁴ μελέτησαν το φαινόμενο των πρώιμων dropout σε 24 θεραπείες σε σχέση με μεταβλητές που περιλαμβάνονταν στα κριτήρια επιλογής των ασθενών (κλίμακα επιλογής του Davanloo). Η υψηλή συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Davanloo, η πρώιμη αντιμετώπιση της μεταβίβασης, ο προσδιορισμός των προβλημάτων του ασθενούς, το υψηλό κίνητρο για θεραπεία και η ύπαρξη κρίσης, σχετίστηκαν ισχυρά με την παραμονή στην βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

Φαίνεται ότι το φαινόμενο του πρώιμου dropout στην βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σχετίζεται με τη μη αυστηρή εφαρμογή κριτηρίων κατά την αρχική αξιολόγηση. Οι ασθενείς που έκαναν πρώιμο dropout θα μπορούσαν να ανιχνευθούν με ακρίβεια με βάση τα κριτήρια της φόρμας αξιολόγησης. Το φύλο, η ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης των ασθενών δεν επηρέασαν το κατά πόσον ένας ασθενής θα ανήκει σε αυτούς που ολοκληρώνουν τη θεραπεία ή σε αυτούς που την εγκαταλείπουν πρώιμα. Αντίθετα, ευνοϊκοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η συνολική βαθμολογία της κλίμακας Davanloo, η ικανότητα του ασθενή να προσδιορίζει ένα προεξάρχων πρόβλημα, η ύπαρξη κατάστασης κρίσης και κυρίως η πρώιμη αντιμετώπιση της μεταβίβασης. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που κάνουν πρώιμο dropout μπορούν να ανιχνευθούν με βάση τα κριτήρια της φόρμας αξιολόγησης. Επίσης, η μελέτη καταδεικνύει ότι η Βραχεία Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία θα πρέπει να περιορίζεται σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς με αυστηρή εφαρμογή κριτηρίων, ειδικά όταν οι θεραπευτές δεν έχουν επίσημη ψυχαναλυτική εκπαίδευση.

Άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ότι η πρόωρη διακοπή της θεραπείας δεν σημαίνει αναγκαστικά και αποτυχία. Η μελέτη των Waldinger και Gunderson το 1984¹⁵, διαπίστωσε ότι όσο περισσότερο παρέμεναν οι ασθενείς σε θεραπεία, τόσο περισσότερο βελτιωνόταν η κατάστασή τους, αλλά πολλά από τα «επιτυχημένα» περιστατικά που δεν εγκατέλειψαν τη θεραπεία στην αρχή τελικά το έκαναν πολύ αργότερα παρά τις συμβουλές των θεραπευτών τους.

Ορισμένες φορές παρότι οι αναλυόμενοι είναι αυτοί που με μια πρώτη ματιά μπορεί να διακόπτουν τη θεραπεία, μερικές φορές η διακοπή αυτή φαίνεται ότι αποτελεί και μία διυποκειμενική αντανάκλαση της αμφιθυμίας του αναλυτή, πχ μπορεί να αποτελεί προσπάθεια διακοπής μεταβίβασης έρωτα, απογοήτευσης ή φθόνου του ασθενούς προς το πρόσωπο του αναλυτή.

Δεν είναι όμως μόνο η αρνητική μεταβίβαση που οδηγεί τον αναλυόμενο να διακόψει τη θεραπεία. Μπορεί να εμφανίζονται και αντικειμενικά προβλήματα όπως περιορισμοί στον διαθέσιμο χρόνο, οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις, τα οποία αναφέρονται συχνά ως αιτία διακοπής της ανάλυσης. Ορισμένοι αναλυόμενοι λένε ότι δεν θέλουν ή δεν χρειάζονται περισσότερη θεραπεία, και μπορεί να δείχνουν χαρούμενοι που φεύγουν παρά την απογοήτευση του αναλυτή, “δραπετεύοντας προς την υγεία”. Όπως γνωρίζει κάθε έμπειρος αναλυτής, ένας μεγάλος αριθμός τέτοιων ασθενών που έκαναν dropout από τη θεραπεία με

συγκεκριμένη μεταβίβαση εξιδανίκευσης διατηρούν τη βελτίωση, αλλά και τη θετική στάση προς την εγκαταλελειμμένη ανάλυση. Φαίνεται ότι ενώ οι θεραπευτές θεωρούν ότι η εναισθησία αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για σταθερή βελτίωση, οι ασθενείς αξιολογούν το να αισθάνονται καλά για τον εαυτό τους και τη ζωή τους ως τον πιο σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την απόφασή τους για τη συνέχιση ή μη της θεραπείας (Kantrowitz et al. 1990b, 1990c)¹⁶. «Όπως διαπιστώθηκε από τις συνεντεύξεις μετά από πρόωρο πέρας της ψυχοθεραπείας οι αναλυόμενοι υποστήριζαν ότι η ανάλυση τους ωφέλησε. Οι ασθενείς αυτοί πίστευαν ότι με την ανάλυση είχαν αποκτήσει έναν ικανοποιητικό τρόπο σκέψης ή ότι κατανόησαν συμπτώματα, σκέψεις και συναισθήματα που μέχρι τότε ήταν ακατανόητα. Η κατανόηση αυτή σχετιζόταν με την πεποίθηση ότι ο ασθενής είχε αναπτύξει μία ουσιαστική σχέση με τον αναλυτή: μια σχέση με κάποιον που είχε προσπαθήσει να κατανοήσει τα προβλήματά του και διερεύνησε μαζί του νέους τρόπους επίλυσης τους. Ο αναλυόμενος που εγκαταλείπει τη θεραπεία υπό αυτές τις συνθήκες θεωρεί ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει τους νέους τρόπους επίλυσης των προβλημάτων σε καταστάσεις στρες, ακόμη και αν αυτό γίνεται μόνο στη φαντασία του».

Ο Douglas H. Frayn το 1995 στο άρθρο του «Premature Termination Issues in Psychoanalytic Control Cases»¹⁷ μελέτησε τη συχνότητα dropout και τα χαρακτηριστικά των αναλυόμενων που εγκατέλειψαν πρόωρα τη θεραπεία, καθώς και τους παράγοντες που αφορούν στον θεραπευτή και την εποπτεία του, που μπορεί να σχετίζονται με την πρόωρη διακοπή. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η πρόωρη διακοπή της θεραπείας κατά τον πρώτο χρόνο της ανάλυσης συνέβη στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων που ελέγχθηκαν. Οι μισές εξ αυτών έγιναν εντός του πρώτου τριμήνου. Υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά στους θεραπευόμενους αυτής της ομάδας: συχνά παρουσιάζουν ασταθείς και παλινδρομημένες μεταβιβάσεις και/ή προβληματικό κίνητρο από την αρχή της ανάλυσης. Υπάρχουν περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες αναλυόμενοι που έκαναν dropout. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά dropout που να σχετίζονται με τη σχέση φύλου ασθενούς/αναλυτή, ούτε με την εποπτεύουσα εταιρεία ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης. Οι λιγότερο έμπειροι υποψήφιοι είχαν υψηλότερα ποσοστά dropout και πάνω από το ένα τρίτο των νέων περιστατικών εγκατέλειψαν πρόωρα, και συχνά απότομα τη θεραπεία. Κατά τη διάρκεια της αρχικής αξιολόγησης, οι επιβλέποντες φαίνεται ότι συστηματικά υποτίμησαν τον βαθμό ψυχοπαθολογίας των αναλυόμενων. Οι ασθενείς

με προβλήματα προσωπικότητας εμφανίζουν διαπροσωπικές δυσκολίες που περιορίζουν την πιθανότητα για ουσιαστική, στενή σχέση εμπιστοσύνης, όπως τελικά είναι η αναλυτική δυάδα. Φαίνεται ότι οι περισσότεροι αναλυόμενοι που δεν πηγαίνουν καλά, εμφανίζουν ζητήματα αρνητικής μεταβίβασης που επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, και όχι απλά επεισόδια αντιπαράθεσης. Οι ασθενείς με ιστορικό επαναλαμβανόμενων παρορμητικών «θριαμβευτικών» αποχωρισμών μπορεί να έχουν απουσία θλίψης ή άλλων συναισθημάτων απώλειας, ειδικά όταν αισθάνονται ότι ελέγχουν τον αποχωρισμό. Αποτέλεσμα αυτού είναι ο θεραπευτής να είναι αυτός που θα βιώσει δυσφορικά και εκδικητικά συναισθήματα. Οι αναλυόμενοι φεύγοντας από τη θεραπεία έχουν ενεργητικά προκαλέσει στον παρόντα χρόνο αυτό που πιθανότατα βίωσαν παθητικά στην παιδική ηλικία, δηλαδή εγκαταλείπουν για να μην εγκαταλειφθούν. Αυτές οι καταστροφικές συμπεριφορές και οι πρώιμοι αμυντικοί μηχανισμοί συχνά παραμένουν παρά τις προσπάθειες του αναλυτή να αποτρέψει τον επικείμενο τερματισμό ή να επιλύσει το αδιέξοδο.

Ο συγγραφέας διαπίστωσε επίσης, όπως και σε προηγούμενη μελέτη το 1992, ότι συστηματικά οι υποψήφιοι αναλυτές στην αρχική αξιολόγηση υπερεκτίμησαν τις δυνατότητες των ασθενών τους, συγκριτικά με την αξιολόγηση των εποπτών για τους ίδιους ασθενείς. Μετά από ένα χρόνο ανάλυσης κατά την επαναξιολόγηση των ασθενών, οι εκτιμήσεις υποψηφίων αναλυτών και των εποπτών τους συνέκλιναν πολύ περισσότερο. Επίσης, συστηματικά οι επόπτες βαθμολόγησαν τους ασθενείς κατά την αρχική αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας με υψηλότερη βαθμολογία από ότι οι εποπτευόμενοι, και μετά από ένα χρόνο ανάλυσης οι ίδιοι επόπτες συνήθως έβλεπαν βελτίωση. Οι υποψήφιοι αναλυτές – ειδικά οι πιο άπειροι – βαθμολόγησαν υπερβολικά αισιόδοξα και συχνά αναξιόπιστα τη θεραπευτική συμμαχία (μεταβίβαση – αντιμεταβίβαση), καθώς και το είδος της σχέσης των ασθενών με το αντικείμενο και την ικανότητά τους για αυτοπαρατήρηση, συγκριτικά με την αξιολόγηση των εποπτών τους. Επιβεβαιώνεται το συμπέρασμα του Menninger ότι η παθολογία του αναλυόμενου είχε υποτιμηθεί σχεδόν στο μισό των περιπτώσεων ασθενών που είχαν γίνει αποδεκτοί για ανάλυση (Kernberg 1972). Στη μελέτη του Ινστιτούτου της Νέας Υόρκης η Erle's (1984) ανέφερε ότι η τελική διάγνωση (κατά το πέρας της ψυχοθεραπείας) διέφερε από την αρχική σχεδόν στις μισές περιπτώσεις, πάντοτε προς τη βαρύτερη παθολογία.

Όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες για την έκβαση της θεραπείας που αφορούν τον αναλυτή οι συγγραφείς αναγνωρίζουν την πρώιμη ενσυναίσθηση, τη

θετική στάση του αναλυτή, την ευελιξία, την αυτοπεποίθηση, καθώς και την επίγνωση ενός βαθμού αρχικού άγχους. Όλα τα ανωτέρω προβλέπουν μεγαλύτερη πιθανότητα θετικής έκβασης. Επίσης, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς απέναντι σε άπειρους ή απόμακρους αναλυτές έχουν λιγότερο θετική στάση και συνήθως υπονομεύουν ή τελικά εγκαταλείπουν πρόωπα τη θεραπεία (Weber 1985)¹⁸. Μια συνηθισμένη παρατήρηση που κάνουν οι επόπτες είναι ότι εάν ο υποψήφιος αναλυτής έχει λάβει την απαραίτητη επιβράβευση όσον αφορά στην τεχνική ελέγχου της ανάλυσης του ασθενούς κατά την εποπτεία, οι μεταβιβαστικές απειλές διακοπής του αναλυόμενου σχεδόν «μαγικά» ελαχιστοποιούνται. Στη μελέτη αυτή, ο τρόπος πληρωμής δεν φάνηκε να παίζει σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για dropout. Επίσης, διαπιστώθηκαν παρόμοια ποσοστά dropout σε γιατρούς και μη γιατρούς θεραπευτές, καθώς και όσον αφορά την καταγωγή των ασθενών.

Οι συγγραφείς κάνουν μνεία στο άρθρο του Luborsky (1976)¹⁹ ο οποίος καταλήγει ότι δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι ο θεωρητικός προσανατολισμός του θεραπευτή σχετίζεται άμεσα με την έκβαση του ασθενούς.

Επίσης αναφέρουν ότι περιπτώσεις αναγκαστικής διακοπής (με πρωτοβουλία του θεραπευτή) συμβαίνουν κυρίως όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σε δημόσια πλαίσια. Οι από κοινού αποφάσεις διακοπής αφορούν κυρίως ιδιωτικά πλαίσια και με θεραπευτές χωρίς ψυχαναλυτική εκπαίδευση (παραπέμπουν στον DeBerry 1989)²⁰.

Κατά την αξιολόγηση της αναλυτικής διαδικασίας διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη παρατεταμένων σιωπών, η αδυναμία βλεμματικής επαφής με τον αναλυτή, οι επίμονες μεταβιβαστικές αντιστάσεις και οι πρωτόγονες άμυνες με κυρίαρχες προ-οιδιποδικές συγκρούσεις, αποτελούν σαφείς οιωνούς πρόωρης διακοπής της θεραπείας.

Άλλες παράμετροι του ασθενούς που έχουν ήδη αναγνωριστεί και σχετίζονται με την πιθανότητα μη ολοκλήρωσης της ανάλυσης είναι η κατάχρηση ουσιών, η διάγνωση στον Άξονα II (δραματική, οριακή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας), η ψυχοσωματική ή σωματομετατροπική συμπτωματολογία και οι μείζονες καταστάσεις κρίσεων (Weber 1985)¹⁸.

Αν και γενικά το φύλο του ασθενούς σε σχέση με το φύλο του θεραπευτή δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση στην μετέπειτα εμφάνιση πρόωρης διακοπής, υπήρχε η τάση προς ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά dropout σε ασθενείς που βρισκόταν με

θεραπευτές του ίδιου φύλου. Επίσης, σημειώνεται ότι υπήρχε τάση μεγαλύτερων ποσοστών dropout σε ηλικίες κάτω των 25 ετών και γυναίκες.

Η αξιολόγηση της αναλυσιμότητας του ασθενούς, η θεραπευτική προσέγγιση και το πλαίσιο, η διάρκεια της θεραπείας, οι προσδοκίες σε σχέση με τη διαδικασία και τον στόχο, η εμπειρία και η συμπεριφορά του θεραπευτή, αποτελούν όλα παράγοντες αλληλεπίδρασης που επηρεάζουν την πιθανότητα ο ασθενής να διακόψει πρόωρα τη θεραπεία. Η διακοπή της θεραπείας αποτελεί συνήθως αποτέλεσμα συνδυασμού παραγόντων που αφορούν τον ασθενή, τον αναλυτή και τις εξωτερικές συνθήκες.

Συμπερασματικά οι συγγραφείς καταλήγουν ότι «κατά την αξιολόγηση της αναλυσιμότητας του ασθενούς η πρόωμη αναγνώριση από τον αναλυτή σημαντικών ποιοτικών χαρακτηριστικών μπορεί να οδηγήσει σε προσεκτικότερη επιλογή και κατάλληλες στρατηγικές παρέμβασης που διευκολύνουν τη συνέχιση της ανάλυσης και επιφέρουν τελικά θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα αρχικά σημεία αρνητικής μεταβίβασης προς τον αναλυτή, το αυξημένο άγχος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στην αναλυτική κατάσταση έχουν ιδιαίτερη σημασία που εάν αγνοηθεί, μπορεί να οδηγήσει σε παλινδρόμηση, απομάκρυνση και πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι κάνοντας μια αναδρομική αξιολόγηση, πολλά από δυνητικά καταστροφικά στοιχεία της αποτυχημένης ανάλυσης είχαν περιγραφεί κατά τη φάση της αναλυτικής αξιολόγησης, αλλά αφελώς αγνοήθηκαν».

Οι Edith M. Cooper et al., στο άρθρο τους «Premature Termination From Psychoanalysis: An Investigation of Factors Contributing to Early Endings»²¹ το 2004 μελέτησαν το πρότυπο της πρόωρης διακοπής θεραπείας, όπου οι θεραπευτές ήταν υποψήφιοι ψυχαναλυτές. Στις θεραπείες αυτές πάνω από τους μισούς ασθενείς έφυγαν εντός των πρώτων 6 μηνών (n = 25). Διαπιστώθηκε ότι η πηγή της παραπομπής για θεραπεία παίζει τον σημαντικότερο ρόλο στη διάκριση μεταξύ αυτών που έφυγαν και όσων παρέμειναν στη θεραπεία. Οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν από δημόσιο πλαίσιο, ήταν πολύ πιο πιθανό (42.5% έναντι 18.9%) να σταματήσουν τη θεραπεία συγκριτικά με αυτούς που προέρχονταν από ιδιωτικά πλαίσια (ήταν ήδη σε θεραπεία με τον ψυχοθεραπευτή στα ιδιωτικά τους γραφεία). Αυτό σημαίνει ότι η προϋπάρχουσα σχέση με τον υποψήφιο αναλυτή αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για τη δέσμευση στη θεραπεία. Όσον αφορά στις ψυχιατρικές διαγνώσεις, όσες ανήκαν στον Άξονα I, είχαν τις ίδιες πιθανότητες να

παραμείνουν ή να εγκαταλείψουν πρώιμα τη θεραπεία, γεγονός που σημαίνει ότι οι διαταραχές διάθεσης ή οι αγχώδεις διαταραχές δεν αποτελούν αντένδειξη για θεραπεία. Από τους ασθενείς με διαγνώσεις του Άξονα ΙΙ, διαταραχές στο οριακό/οιστριονικό/ναρκισσιστικό φάσμα ήταν πιο πιθανό να εγκαταλείψουν πρόωρα τη θεραπεία. Το εύρημα αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την τάση για παρορμητικότητα και διαπροσωπική αστάθεια, χαρακτηριστικό της ομάδας αυτής και καταδεικνύει το ρόλο των αμυνών του χαρακτήρα στην πρόωρη διακοπή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Γενικά, η μελέτη αυτή δείχνει ότι η πρόωρη διακοπή είναι ένα σχετικά συχνό φαινόμενο σε υποψήφιους αναλυτές.

Στη συνέχεια παραθέτουμε δύο μη ψυχαναλυτικά άρθρα που φθάνουν σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Οι Johansson H και Eklund M. στο άρθρο τους «Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: the influence of patient factors»²² το 2006 μελέτησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας και την πρόβλεψη του dropout σε ένα πλαίσιο τακτικού εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου, που δεχόταν ασθενείς με ποικιλία διαγνώσεων και όπου υπήρχε προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων. Οι συγγραφείς χορήγησαν στους ασθενείς (n=122) που παρακολουθούσαν κατά την πρώτη συνέντευξη αυτο- και ετεροσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια που αφορούσαν στην θεραπευτική συμμαχία, το κίνητρο για θεραπεία, τα συμπτώματα και τα διαπροσωπικά προβλήματα. Στη συνέχεια οι ασθενείς αυτοί κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με το ICD-10 και παρακολουθήθηκαν όσον αφορά στο πρώιμο dropout.

Διάφορες μεταβλητές συσχετίστηκαν με τη θεραπευτική συμμαχία. Η θεραπευτική συμμαχία – όπως την αντιλαμβανόταν οι ασθενείς και όχι το προσωπικό του εξωτερικού ιατρείου – αποδείχθηκε η πιο σημαντική μεταβλητή. Η παλίνδρομη λογιστική ανάλυση έδειξε ότι η κακή θεραπευτική σχέση, η μικρή ηλικία, ο παράγων ψυχρότητας/απόστασης, το υψηλό κίνητρο και η ευαλωτότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις προέβλεπαν πρώιμο dropout. Επίσης, η εκδικητικότητα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ο παρανοειδής ιδεασμός, η εχθρότητα και η αποκρυπτικότητα συσχετίζονται αρνητικά με τη θεραπευτική σχέση.

Οι Shamir D et al., στο άρθρο τους «Dropout, early termination and detachment from public psychiatric clinic» μελέτησαν το φαινόμενο της πρόωρης διακοπής της θεραπείας σε ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας που εξυπηρετούσε έναν

ψυχιατρικό τομέα 200,000 ατόμων. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι η πρόωρη διακοπή της θεραπείας συμβαίνει για δύο κυρίως λόγους: όταν οι ασθενείς παρά τις αντιλήψεις των θεραπευτών τους θεωρούν ότι έχουν θεραπευτεί, είτε όταν δεν είναι ικανοποιημένοι από τη θεραπεία. Η έρευνα διενεργήθηκε σε άτομα που είχαν έστω και μία συνεδρία τα τελευταία 5 χρόνια, και αμέσως ή λίγο μετά την έναρξη της θεραπείας την εγκατέλειψαν. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αξιολόγησε την ικανοποίηση από τη θεραπεία και περιέγραψε τους λόγους για την πρόωρη διακοπή της. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η εμπλοκή των ασθενών στον θεραπευτικό σχεδιασμό, τη διάρκεια και το πέρας της θεραπείας, τόσο καλύτερη ήταν η παρακολούθηση στο κέντρο ψυχικής υγείας. Αν και οι ασθενείς που έκαναν dropout γενικά ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες, ορισμένοι απέδωσαν την πρόωρη διακοπή στη δυσαρέσκεια από τον θεραπευτή ή τον τύπο της θεραπείας, είτε στην αλλαγή θεραπευτή. Άλλοι διέκοψαν επειδή αισθανόταν ότι τα προβλήματά τους επιλύθηκαν ή βελτιώθηκαν οι συνθήκες ζωής τους, παρά την αντίθετη γνώμη των θεραπευτών τους.

2.2 Η πρόωρη διακοπή ψυχοθεραπείας στους οριακούς ασθενείς

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν ότι οι διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για πρόωρη διακοπή θεραπείας. Θα πρέπει να δούμε τα πρόδρομα σημεία της διακοπής θεραπείας και στις περιπτώσεις αυτές ξεχωριστά καθώς έχουν ειδικά χαρακτηριστικά.

Οι δύο χαρακτηριστικοί φόβοι που παρατηρούνται κατά τη θεραπεία των οριακών είναι το δίλημμα απώλεια ή παρείσφρηση. Οι ασθενείς αυτοί από τη μία φοβούνται την διακοπή, τη μοναξιά και τον αποχωρισμό, καθώς δεν έχουν ενδοβλημένες καταπραυντικές αναπαραστάσεις. Από την άλλη, φοβούνται την απώλεια εαυτού από την προσέγγιση του άλλου, και επιδιώκουν μια εύθραυστη αυτονομία, μέσω ναρκισσιστικών συμπεριφορών. Για τη θεραπεία αυτών των ασθενών είναι σημαντική η εγκατάσταση ενός ανθεκτικού και βιώσιμου θεραπευτικού πλαισίου, η προσεκτική διατήρηση σταθερού περιβάλλοντος, η ενσυναίσθηση και η εμπειρία των συνεχών επιθέσεων (M. Horner, D. Diamond, 1996)²³

Οι Marini et al., στο άρθρο τους «Dropout in Institutional Emotional Crisis Counseling and Brief Focused Intervention»²⁴ το 2005, δεδομένης του συνεχούς περιορισμού των οικονομικών πόρων για την υγεία, αναζήτησαν αποτελεσματικότερες μορφές ψυχιατρικής φροντίδας. Έτσι, δημιουργήθηκε η έννοια της βραχείας εξωνοσοκομειακής παρέμβασης στην κρίση με ιδιαίτερη έμφαση στον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Η παρέμβαση, η οποία ομοιάζει με τη βραχεία υποστηρικτική ψυχοθεραπεία των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία αποτελούνταν από 10 εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 45-50 λεπτών. Οι πρώτη συνεδρία προβλέπει μία αρχική αξιολόγηση, στη συνέχεια στις επόμενες 2 συνεδρίες γινόταν εις βάθος αξιολόγηση, παρουσίαση της παρέμβασης και μία μπαταρία ψυχολογικών δοκιμασιών. Ο στόχος της μελέτης αυτής ήταν να αξιολογήσει τους παράγοντες που προβλέπουν την οριστική διακοπή της θεραπείας. Οι ασθενείς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία (n = 26) συγκρίθηκαν με αυτούς που την ολοκλήρωσαν (n = 102). Το συνολικό ποσοστό dropout ήταν 20.3%. Η γενική συχνότητα dropout που αναφέρεται στην βιβλιογραφία, ποικίλει από 30% έως 50%. Είναι ενδιαφέρον ότι κανένας ασθενής δεν διέκοψε τη θεραπεία στην αρχή της παρέμβαση (τις πρώτες τρεις συνεδρίες). Αυτό δείχνει ότι η κατάσταση κρίσης ευνοεί τη δέσμευση στη θεραπεία. Η παλίνδρομη λογιστική ανάλυση αναγνώρισε σαν προγνωστικό παράγοντα πρόωρης διακοπής την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, ενώ άλλοι προγνωστικοί δείκτες ήταν η ηλικία μικρότερη των 30 ετών, το θήλυ φύλο, η τάση εκδραμάτισης (συνχά έκαναν dropout λίγο πριν την τελευταία συνεδρία), οι δυσκολίες κατά τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Δεν φάνηκε να υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τη διάγνωση στον Άξονα I, ή με τη βαρύτητα της κλινικής συμπτωματολογίας.

Όπως αναφέρθηκε αυτό που αποδεικνύεται στη μελέτη είναι ότι στην ομάδα των ασθενών που διέκοψαν πρόωρα υπάρχει γενικά υψηλή παρουσία των παθολογιών στον Άξονα II. Η συχνότητα φαίνεται υψηλότερη ειδικά στην Ομάδα Β (οριακή, ναρκισσιστική, και οιστριονική) και την Ομάδα C (αποφευκτική και κάπως λιγότερο στην εξαρτητική προσωπικότητα). Στην λογιστική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι τα έντονα οριακά χαρακτηριστικά προδιαθέτουν σε dropout. Γενικά, το Οριακό Σύνδρομο κατά DSM-IV (Borderline Syndrome) εμπεριέχει ένα γενικό πρότυπο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, την εικόνα του εαυτού, εκσεσημασμένη

παρορμητικότητα, προσπάθεια αποφυγής της διακοπής ή του αποχωρισμού, ενώ υπάρχει επικράτηση στις γυναίκες, με μία τάση μείωσης αυξανομένης της ηλικίας κατά την τρίτη – τέταρτη δεκαετία της ζωής.

Οι Hummelen et al, στο άρθρο τους «Interviews of Female Patients with Borderline Personality Disorder Who Dropped out of Group Psychotherapy»²⁵, διεξήγαγαν μία ποιοτική έρευνα τόσο σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας σε ομαδική αναλυτική θεραπεία, όσο και στους ψυχοθεραπευτές τους. Οι συγγραφείς διαπιστώνουν ότι το σοβαρό και περίπλοκο πρόβλημα της πρόωρης διακοπής θεραπείας στην ομαδική ψυχοθεραπεία είναι πολυπαραγοντικό. Ο σημαντικότερος παράγων παρατήρησαν ότι είναι η ύπαρξη εμπειριών αποχωρισμού και απώλειας στην ομάδα που δεν έτυχαν επεξεργασίας, καθώς η ομάδα απέτυχε να ρυθμίσει και να εμπεριέξει τα συναισθήματα των μελών της. Για να ενσωματωθούν οι ασθενείς με κίνδυνο πρόωρης διακοπής θεραπείας φαίνεται ότι είναι απαραίτητο να δοθεί προσοχή στα έντονα αρνητικά συναισθήματα που αναδύονται στην ομάδα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Οι Webb και McMurrin στο άρθρο τους «A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder»²⁶ διερεύνησαν το πρόβλημα του dropout σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, προσπάθησαν να κατατάξουν τις διαφορές μεταξύ των ασθενών που συνέχισαν τη θεραπεία και των ασθενών που διέκοψαν πρόωρα σε τρεις τομείς (1) τη βαρύτητα της διαταραχής προσωπικότητας, (2) το κίνητρο για θεραπεία (3) και την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων. Διαπίστωσαν ότι η βαρύτητα της διαταραχής προσωπικότητας, το χαμηλό εσωτερικό κίνητρο για θεραπεία και η τάση να βιώνουν έντονο άγχος για τα προβλήματά τους (παρότι οι ίδιες οι γνωστικές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων ήταν ακέραιες) αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα διακοπής της θεραπείας.

Οι D. Diamond et al., στο άρθρο τους «Borderline Conditions and Attachment: A Preliminary Report»²⁷ το 1999 υποστηρίζουν ότι η ενδοψυχική αλλαγή κατά την εντατική ψυχοδυναμική θεραπεία (με την τεχνική εστίασης στη μεταβίβαση), αξιολογείται καλύτερα με ένα συνδυασμό εκτίμησης των μεταβολών: του τρόπου προσκόλλησης, της κατοπτρικής λειτουργία, της ποιότητα αναπαραστάσεων εαυτού – αντικειμένου, και των αναφορών τόσο του ασθενούς όσο και του θεραπευτή για την εμπειρία τους από τη θεραπευτική σχέση και τη θεραπευτική διαδικασία.

Οι Frank Yeomans, et al., στο άρθρο τους “Factors Related to Drop-outs by Borderline Patients Treatment Contract and Therapeutic Alliance”²⁸ εξέτασαν την υπόθεση ότι το ισχυρό θεραπευτικό συμβόλαιο, η θετική θεραπευτική συμμαχία και η βαρύτητα της νόσου προβλέπουν συνέχιση της θεραπείας έναντι του dropout στους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας BPD που έκαναν ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Οι περισσότεροι από αυτούς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 μηνών δείχνουν ότι η περίοδος αυτή είναι κρίσιμη για τη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμαχίας και θα πρέπει να μελετηθεί λεπτομερέστερα. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η συμβολή του θεραπευτή στη δημιουργία θεραπευτικού συμβολαίου και η εγκατάσταση ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας εξασφαλίζει τη συνέχεια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με τους οριακούς ασθενείς έναντι της πρόωρης διακοπής. Ο βαθμός της παρορμητικότητας του οριακού ασθενούς αποτέλεσε τη μόνη μεταβλητή που έδειξε συσχέτιση με τη διάρκεια της θεραπείας. Η αρνητική αυτή συσχέτιση δεν μας εκπλήσσει. Η διακοπή της θεραπείας αποτελεί συχνή εκδήλωση της παρορμητικότητας που χαρακτηρίζει πολλούς οριακούς ασθενείς. Ένα άλλο ενδιαφέρον το εύρημα είναι ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου παρορμητικότητας του ασθενούς και της ποιότητας του θεραπευτικού συμβολαίου. Το εύρημα αυτό ταιριάζει με την κλινική παρατήρηση ότι οι θεραπευτές έχουν την τάση να συμπεριφέρονται πιο αδέξια κατά τη θεραπεία όταν αντιμετωπίζουν την απειλή της παρορμητικής εκδραμάτισης. Η συσχέτιση αυτή είναι ένας από τους λόγους που δίνουμε έμφαση στην ανάγκη για δόμηση της θεραπείας με βάση το συμβόλαιο, ώστε να εμπεριεχθεί η παρορμητικότητα του ασθενούς και να επιτραπεί στον θεραπευτή να διατηρήσει την ικανότητα να σκέπτεται καθαρά και να εργάζεται αποτελεσματικά χωρίς να υπερνικάται από την παθολογία του ασθενούς. Τα δεδομένα αν και σε μικρό δείγμα δείχνουν ότι η τεχνική και οι δεξιότητες του θεραπευτή παίζουν σημαντικό ρόλο στην δέσμευση του οριακού ασθενούς στην θεραπεία, τόσο κατά την εγκαθίδρυση ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας, όσο και για την παραμονή στη θεραπεία. Η τεχνική και οι δεξιότητες του θεραπευτή, κυρίως η ικανότητά να συζητά για το θεραπευτικό συμβόλαιο στην πορεία της θεραπείας, παίζουν ρόλο για την παραμονή του ασθενούς στη θεραπεία.

Άλλοι παράγοντες που καθορίζουν τη διακοπή ή μη της θεραπείας από τους οριακούς ασθενείς είναι κοινωνικο-οικονομικοί, το εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο,

και οι εμπειρίες από προηγούμενες θεραπείες. Οι Smith T., Koeniszberg H., Yeomans F. και Clarkin T., στο άρθρο τους «Predictors of Dropout in Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder»²⁹, αναφέρουν ότι τα χαρακτηριστικά της αρχικής θεραπευτικής συμμαχίας, αλλά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη προγνωστική ικανότητα, από ότι η διάγνωση ή ο τύπος των συμπτωμάτων. Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η μικρή ηλικία και ο βαθμός της εχθρότητας κατά την αρχική εκτίμηση ήταν οι δύο σημαντικότερες μεταβλητές. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι οριακοί ασθενείς εγκαταλείπουν ψυχοθεραπείες σε ποσοστό έως 67%. Το ποσοστό του dropout στους 3 μήνες ήταν 31% και στους 6 μήνες 36%. Οι μισοί από αυτούς αναφέρουν προβλήματα στη μεταβίβαση, ενώ οι άλλοι μισοί φαίνεται ότι είχαν υψηλότερα επίπεδα οργής και επιθετικότητας.

Οι Gunderson et al., στο άρθρο τους «Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy»⁸ μελέτησαν 62 νεοεισερχόμενους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας που συμμετείχαν σε πρόγραμμα ψυχοθεραπείας 6 μηνών. Εξ αυτών οι 36 διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία λόγω συγκαλυμμένης αντίθεσης της οικογένειάς τους, ή λόγω θυμού ή απογοήτευσης από τη θεραπεία. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που εγκατέλειψαν πρόωρα ήταν υγιέστεροι όσον αφορά ορισμένες παραμέτρους κατά την αρχική εκτίμηση, συγκριτικά με όσους συνέχισαν τη θεραπεία. Όσον αφορά στη συμπτωματολογία, ο Gunderson στην προοπτική αυτή μελέτη των οριακών ασθενών που βρισκόταν σε μη εποπτευόμενη θεραπεία διαπίστωσαν ότι τα αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυτοκτονικών σκέψεων σχετιζόταν με παραμονή στη θεραπεία. Στην έρευνα αυτή δεν αποδείχθηκε η υπόθεση ότι η ύπαρξη προηγούμενων θεραπειών ή νοσηλείων και το ιστορικό προηγούμενων dropout θα μπορούσαν να προβλέψουν ενδεχόμενη νέα διακοπή θεραπείας.

Οι Gunderson et al. κατηγοριοποίησαν τους ασθενείς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία σε 3 ευρείες κλινικές ομάδες: 1) τους ασθενείς που βίωναν αρνητικές μεταβιβαστικές αντιδράσεις, 2) αυτούς που δεν είχαν υποστηρικτικό κοινωνικό ή οικογενειακό περιβάλλον, και 3) όσους είχαν ανεπαρκές κίνητρο ή αντικοινωνικά χαρακτηριστικά. Το συνολικό ποσοστό dropout (που απέκλεισε ασθενείς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία για μη κλινικούς λόγους) ήταν 52% τους πρώτους 6 μήνες, ενώ σημαντικός συγχυτικός παράγων ήταν η ύπαρξη νοσηλείας.

Όσον αφορά στους προγνωστικούς παράγοντες για πρόωρη διακοπή οι συγγραφείς εστίασαν σε 3 μεγάλες κατηγορίες μεταβλητών προς μελέτη: δημογραφικά χαρακτηριστικά, κλινικά χαρακτηριστικά και προηγούμενες θεραπείες. Υπέθεσαν βάσει της βιβλιογραφίας ότι υψηλότερα επίπεδα κλινικής συμπτωματολογίας είναι προγνωστικός παράγων πρόωρης διακοπής. Βάσει της βιβλιογραφίας και από την κλινική τους εμπειρία με οριακούς ασθενείς, οι οποίοι συνήθως κάνουν πολλαπλές και θυελλώδεις θεραπευτικές σχέσεις, συχνά με πρόωρη διακοπή τους, υπέθεσαν ότι παράγοντες που αφορούν προηγούμενες θεραπείες, ειδικά η διάρκεια προηγούμενων ενδο- και εξωνοσοκομειακών θεραπειών και το ιστορικό dropout, αποτελούν προγνωστικούς δείκτες πρόωρης θεραπείας. Και αυτή η μελέτη δεν επιβεβαίωσε την υπόθεση οι προηγούμενες θεραπείες προβλέπουν την πιθανότητα πρόωρης διακοπή.

Μελετώντας τους θεραπευτές και τις πρώιμες θεραπευτικές διαδικασίες στην ομάδα των ασθενών που έκαναν πρόωρη, διαπιστώθηκε ότι τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής συμμαχίας, αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για πιθανή πρόωρη διακοπή. Συγκεκριμένα η ικανότητα του ασθενούς και του θεραπευτή να συνάψουν ένα «θεραπευτικό συμβόλαιο» το οποίο να περιλαμβάνει συγκεκριμένες συμπεριφορές που στο παρελθόν οδήγησαν σε διακοπή προηγούμενων θεραπειών. Η σημασία αυτής της ικανότητας από την πλευρά του θεραπευτή μπορεί να εξηγήσει την έλλειψη προγνωστικής αξίας στον παράγοντα προηγούμενων θεραπειών στους ασθενείς αυτούς. Στην πρώτη μονο-μεταβλητή ανάλυση που αφορούσε στον ασθενή διαπιστώθηκαν τέσσερις μεταβλητές που έδειχναν κάποια τάση ή συσχέτιση: η ηλικία, η αρχική βαθμολογία επιθετικότητας, προηγούμενη μακροχρόνια νοσηλεία σε ενδονοσοκομειακή μονάδα για σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας και η συνέχιση εξωνοσοκομειακής θεραπείας με ενδονοσοκομειακό θεραπευτή. Η ηλικία και η επιθετικότητα προέβλεπαν ισχυρά την πιθανότητα dropout στη μελέτη αυτή: οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και οι ασθενείς με μικρότερη επιθετικότητα ήταν πιθανότερο να συνεχίσουν ή να ολοκληρώσουν τη θεραπεία. Παρότι η ηλικία στη μελέτη αυτή δεν αναγνωρίστηκε ως προγνωστικός δείκτης dropout, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η οριακή συμπτωματολογία μειώνεται όσο μεγαλώνει η ηλικία. Όσον αφορά στην επιθετικότητα τα ευρήματα συνάδουν με τη βιβλιογραφία: υψηλά αρχικά επίπεδα επιθετικότητας αναγνωρίστηκαν ως προγνωστικοί δείκτες πρόωρης διακοπής σε δύο από τις τέσσερις μελέτες που συζητήθηκαν παραπάνω. Η διακοπή της ψυχοθεραπείας από τους οριακούς ασθενείς χαρακτηρίζεται συχνά από την ανάπτυξη

προβληματικής μεταβίβασης, ή αρνητικών θεραπευτικών αντιδράσεων. Από όσο γνωρίζουμε για την οριακή ψυχοπαθολογία, είναι πιθανό ότι υψηλά επίπεδα επιθετικότητας θα γίνουν έκδηλα στη σχέση με τον θεραπευτή κατά τη διάρκεια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Εάν ο ασθενής μπορεί να διερευνήσει τα συναισθήματα αυτά στη θεραπεία, μπορεί να είναι δυνατή σημαντική βελτίωση. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής υπογραμμίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των εκδηλώσεων εχθρότητας από την αρχή της θεραπείας με τους οριακούς ασθενείς.

Οι Martino et al., στο άρθρο τους «Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study»³⁰ μελέτησαν το 2012 τη συχνότητα του dropout και των προγνωστικών παραγόντων του σε μία ομάδα ασθενών με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας. Η ομάδα αυτή εισήχθη σε ειδικό πρόγραμμα ασθενών εξωτερικών ιατρείων. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, από τους υποκειμενικούς παράγοντες που διαπιστώθηκε ότι επηρεάζουν το dropout τη σημαντικότερη επίδραση στην πρόγνωση πρόωρης διακοπής θεραπείας έχουν η αρχική υποκειμενική εικόνα των ασθενών για τους ειδικούς ψυχικής υγείας ή οι προσδοκίες από αυτούς και οι κακές εξωτερικές συνθήκες. Ειδικότερα διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα dropout είναι πολύ υψηλή (51.3%) και συμβαίνει κυρίως εντός των 2 πρώτων μηνών της θεραπείας (36%) ενώ συχνότερα συμβαίνει σε άτομα με διάγνωση οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Όσον αφορά στις κακές εξωτερικές συνθήκες, αυτές αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για dropout. Τέτοιου είδους προβλήματα είναι επαγγελματικές υποχρεώσεις, εξωγενής πίεση από σημαντικούς άλλους (οικογένεια/σύντροφος).

Η ομάδα των θεραπευόμενων που εγκατέλειψαν τη θεραπεία, εμφάνιζαν αρκετές διαφορές από την ομάδα που την ολοκλήρωσε, όσον αφορά στη διάγνωση (Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας), τα δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, χρόνος από την πρώτη επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες), κλινικά χαρακτηριστικά (παρορμητικότητα) και υποκειμενικοί παράγοντες (κίνητρο, προσδοκίες από τη θεραπεία, αντιλήψεις για τη θεραπευτική σχέση και δυσχέρεια στην πρόσβαση του προγράμματος). Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και οι υποκειμενικές πεποιθήσεις του ασθενούς για τη θεραπευτική σχέση αποδείχθηκαν προγνωστικοί παράγοντες για πρόωρη διακοπή της θεραπείας στο δείγμα. Πιο ειδικά, οι οριακοί ασθενείς που βίωσαν λιγότερο

ικανοποιητική θεραπευτική σχέση και ανέφεραν πολλά εξωτερικά προβλήματα ήταν πιο πιθανό να εγκαταλείψουν το πρόγραμμα.

Βέβαια, η δυσκολία επίτευξης ικανοποιητικής θεραπευτικής συμμόρφωσης ισχύει σχεδόν σε όλα τα θεραπευτικά πλαίσια. Το 50% έως 60% των dropout συμβαίνει σε πρώιμη φάση της θεραπείας. Οι θεραπευόμενοι που έκαναν dropout είχαν λιγότερο ικανοποιητική θεραπευτική σχέση· ένιωθαν ότι κριτικάρονται, ότι δεν λάμβαναν αρκετή υποστήριξη από την οικογένεια ενώ δεν ήταν αρκετά κινητοποιημένοι από την αρχή της θεραπείας.

Ανατρέχοντας στις ανοικτές ερωτήσεις που τους έγιναν, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αυτοί ανέφεραν φόβο στίγματος, προβληματικές σχέσεις με τους άλλους ασθενείς και εξωτερικά προβλήματα που δυσχέραιναν την παρακολούθηση ενός εντατικού θεραπευτικού προγράμματος. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, τα διαπροσωπικά προβλήματα αποτελούν εμπόδιο στην εγκατάσταση ικανοποιητικής θεραπευτικής συμμαχίας.

Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών, η ύπαρξη κινήτρου για αλλαγή και για παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην ομάδα των ανθρώπων που εγκατέλειψαν τη θεραπεία. Σε προηγούμενη μελέτη οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι και η ίδια η εμπλοκή στη θεραπεία επηρεάζεται κατά πολύ από την υποκειμενική προσέγγιση του ασθενούς απέναντι στους κλινικούς, καθώς επίσης και από τις προσδοκίες για τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης θεραπείας. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η εκτίμηση για την ψυχοθεραπεία και οι προσδοκίες από αυτή ήταν πολύ χαμηλές στους ανθρώπους που έκαναν dropout συγκριτικά με τους ανθρώπους που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα.

Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι είναι απαραίτητο να διερευνούμε τις προσδοκίες του ασθενούς από την αρχή του θεραπευτικού προγράμματος, μέσω ανοικτών ερωτήσεων, οι οποίες θα πρέπει να αξιολογούνται βαθύτερα, ώστε να καταλήξουμε σε κοινούς προσιτούς στόχους που προσδοκά ο θεραπευόμενος, καθώς και στις πραγματικές του ανάγκες. Βέβαια οι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσάρεστη εμπειρία από τη θεραπευτική σχέση λόγω των ίδιων των δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών τους. Αυτά τα χαρακτηριστικά οφείλονται όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς στο γεγονός ότι κατά την ψυχοθεραπεία στους ασθενείς αυτούς

ενεργοποιούνται νευρωνικά πρότυπα δυσλειτουργικής προσκόλλησης που οδηγούν σε περιορισμένη ικανότητα νοητικοποίησης και προκαλούν την πρόωρη διακοπή της θεραπείας.

Κεφάλαιο 3: Συνοπτικά Αποτελέσματα

Θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τα αποτελέσματα της ανασκόπησης αυτής σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες για πρόωρη διακοπή στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε 2 ομάδες: αυτά που αφορούν στον ασθενή και αυτά που αφορούν στον θεραπευτή

3.1 Προγνωστικοί παράγοντες που αφορούν στον ασθενή

Κατ' αρχήν θα πρέπει να αναφέρουμε ως προγνωστικούς παράγοντες πρόωρης διακοπής της θεραπείας δημογραφικά δεδομένα που διαπιστώνονται από τις προκαταρκτικές συναντήσεις. Δεν υπάρχει ομοφωνία για τη σημασία των δημογραφικών δεδομένων όσον αφορά στην πρόβλεψη για πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Σε ορισμένες μελέτες υπερτερούν γυναίκες, άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών, χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης, οι άνθρωποι που δεν είχαν οικογενειακή βοήθεια ή ικανοποιητικό εξωτερικό περιβάλλον και εξέφραζαν λιγότερη ικανοποίηση από τις καταστάσεις της ζωής τους είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν dropout. Αντιθέτως, η μεγαλύτερη ηλικία, το άρρεν φύλο, ο μικρός χρόνος από την πρώτη επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες, η απουσία κοινωνικής δυσλειτουργικότητας, η καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η ικανότητα συνεργασίας του ασθενούς με τον αναλυτή είχαν ισχυρή θετική συσχέτιση με την παραμονή στη θεραπεία, πολύ περισσότερο από άλλους παράγοντες.

Καλά προγνωστικά σημεία για συνέχιση της θεραπείας είναι η ικανότητα των θεραπευόμενων να βιώσουν ενοχή, η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυτοκτονικών σκέψεων και γενικότερα η βίωση μειζόνων καταστάσεων κρίσεων. Επίσης, η καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η ύπαρξη καλών συνθηκών ζωής και υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η ικανότητα να εργαστούν συνεργατικά είχαν την ισχυρότερη θετική συσχέτιση με την παραμονή στη θεραπεία.

Εδώ θα πρέπει να είναι σαφής ο διαχωρισμός μεταξύ πρώιμης και όψιμης πρόωρης διακοπής της θεραπείας (early terminators – late terminators)

Στην ομάδα των ασθενών που εγκατέλειψαν πρώιμα τη θεραπεία (εντός 3 μηνών από την έναρξή της – early terminators) φαίνεται ότι υπάρχουν μάλλον ευχολόγια παρά πραγματικό κίνητρο για ανάλυση. Παρατηρείται συχνά αδυναμία ενδοσκοπήσης και αυτό τελικά αντιστοιχεί σε ακαταλληλότητα για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρης διακοπής, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη για προσεκτικότερη επιλογή ασθενών. Στην κατηγορία αυτή μπορούμε να εντάξουμε ασθενείς με διάγνωση στον Άξονα II (πχ με οριακά και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά), με ελλείμματα λειτουργικότητας του ΕΓΩ (αδύναμο ΕΓΩ, πρώιμοι αμυντικοί μηχανισμοί), με μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας, κοινωνική δυσλειτουργικότητα, ψυχοσωματική και σωματομετατροπική συμπτωματολογία, καθώς και προηγούμενη μακροχρόνια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Στις περιπτώσεις αυτές συχνά κρίνεται απαραίτητη η προσθήκη υποστηρικτικών τεχνικών στις ψυχοθεραπείες των ασθενών αυτών. Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης υποκειμενικές πεποιθήσεις (κίνητρο, προσδοκίες σε σχέση με τη διαδικασία και τον στόχο, η δυσχέρεια στην πρόσβαση του προγράμματος, οι αντιλήψεις για τη θεραπευτική σχέση, και γενικότερα η υποκειμενική προσέγγιση του ασθενούς απέναντι στους κλινικούς.

Όσον αφορά στη διαμορφούμενη θεραπευτική σχέση, πρόδρομα σημεία dropout είναι η αρνητική αντίδραση προς στον αναλυτή από την αρχή της θεραπείας, το αυξημένο άγχος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στην αναλυτική κατάσταση, η αρνητική κριτική προς τους προηγούμενους ειδικούς που φρόντιζαν τον ασθενή, όπως επίσης και η αδυναμία βλεμματικής επαφής με τον αναλυτή, ή η ύπαρξη παρατεταμένων σιωπών. Η πρώιμη διακοπή της θεραπείας ακολουθεί συνήθως την ανάδυση μιας οξείας προβληματικής μεταβίβασης και αντίστασης δυσπιστίας, πριν προλάβει να εγκατασταθεί ισχυρή θεραπευτική συμμαχία.

Οι όψιμοι διακόπτοντες (late terminators), είναι πιο ετερογενής ομάδα. Στους ασθενείς αυτούς η διακοπή αποτελεί εκδήλωση μιας ποικιλίας περιβαλλοντικών παραγόντων, συγκρούσεων και ζητημάτων δυναμικής και όχι αποτέλεσμα μιας πυρηνικής σύγκρουσης, που μπορεί να είναι λίγο πολύ κοινή σε όλους τους ασθενείς της ομάδας, όπως στην περίπτωση των early terminators. Πολλές φορές η διακοπή

της θεραπείας οφείλεται στην ανάπτυξη προβληματικής μεταβίβασης, ή αρνητικών θεραπευτικών αντιδράσεων, που επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, και δεν εμφανίζονται περιστασιακά με απλά επεισόδια αντιπαράθεσης. Συχνά, οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται ότι οι θεραπευτές τους δεν ενδιαφέρονται ή δεν τους κατανοούν και νιώθουν λιγότερη ικανοποίηση από τις καταστάσεις της ζωής τους. Άλλοτε πάλι εδώ παρατηρούνται αιτιάσεις όπως ότι η ανάλυση δεν τους βοήθησε με καθημερινές δυσκολίες, ή προέκυψε περιορισμός του διαθέσιμου χρόνου, οικογενειακές και επαγγελματικές ευθύνες. Εξάλλου, ειδικά στις θεραπείες ορισμένου τέλους συχνή είναι και η «φυγή προς την υγεία» όπου οι ασθενείς φεύγουν με ανάπτυξη θετικής μεταβίβασης, ευχαριστημένοι από την πορεία της θεραπείας, γεγονός που αξιολογούν ως πολύ θετικό κατά την αποτίμησή της, κάτι που σαφώς διαφέρει από την αξιολόγηση του θεραπευτή.

Η βασική διαταραχή στον Άξονα II που σχετίζεται με την πρόωρη διακοπή θεραπείας είναι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Ειδικότερα οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτήν την ομάδα εμφανίζουν διαπροσωπικές δυσκολίες που περιορίζουν την πιθανότητα για ουσιαστική, στενή σχέση εμπιστοσύνης, όπως το αναλυτικό ζεύγος. Οι ασθενείς αυτοί έχουν συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά όπως παρορμητικότητα, επιθετικότητα, κατάχρηση ουσιών, προβλήματα στη μεταβίβαση, υψηλότερα επίπεδα οργής και επιθετικότητας, ενώ παρουσιάζουν ασταθείς και παλινδρομημένες μεταβιβάσεις, και χαμηλή ανοχή ματαίωση. Στους ασθενείς αυτούς μπορεί να υπάρχει ιστορικό επαναλαμβανόμενων παρορμητικών «θριαμβευτικών» αποχωρισμών με απουσία θλίψης ή άλλων συναισθημάτων απώλειας. Με αυτόν τον τρόπο αισθάνονται ότι ελέγχουν τον αποχωρισμό, καθώς εγκαταλείπουν για να μην εγκαταλειφθούν. Στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας συχνά η διακοπή της θεραπείας γίνεται με οργή μετά από αντιπαράθεση με τον θεραπευτή.

Όπως αναφέρθηκε, η αναγνώριση από τον αναλυτή των αρνητικών συναισθημάτων των υποψηφίων ασθενών και της εχθρικότητάς τους προς τους προηγούμενους ανθρώπους που τους φρόντιζαν σχετίζονται με πρόωρη διακοπή. Αυτό αντανακλά και το γεγονός ότι σε κάποιες μελέτες η εξέλιξη προηγούμενων θεραπειών ειδικά σε οριακούς ασθενείς αποτελεί προγνωστικό δείκτη για πρόωρη διακοπή θεραπείας. Όμως, δεν επιβεβαιώνεται αυτό σε άλλες μελέτες πιθανώς γιατί ποικίλει και η ικανότητα σύναψης συμβολαίου από την πλευρά του θεραπευτή, οπότε μειώνεται και η προγνωστική αξία του παράγοντα προηγούμενων θεραπειών στους ασθενείς αυτούς

(πχ με την προσαρμογή του θεραπευτικού συμβολαίου ανάλογα με συμπεριφορές που εκδηλώθηκαν σε προηγούμενες θεραπευτικές σχέσεις). Όσο μεγαλύτερη ήταν η εμπλοκή των ασθενών στον θεραπευτικό σχεδιασμό, τη διάρκεια και το πέρας της θεραπείας, τόσο καλύτερη ήταν η παρακολούθηση.

Παράγοντες που δεν αποδείχθηκε ότι προδιαθέτουν σε dropout είναι ο τρόπος πληρωμής, η θεραπεία με γιατρούς και μη γιατρούς θεραπευτές, η καταγωγή των ασθενών, ενώ παρατηρήθηκαν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά dropout σε ασθενείς που βρισκόταν με θεραπευτές του ίδιου φύλου, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές μελέτες.

3.2 Προγνωστικοί παράγοντες που αφορούν στον θεραπευτή

Ορισμένες φορές, τα αίτια της μονόπλευρης διακοπής θεραπείας από την πλευρά του θεραπευτή, αφορούν εξωτερικούς παράγοντες, όπως γεωγραφική μετακίνηση ή προβλήματα υγείας. Συνήθως όμως τα αίτια είναι έντονες αντιστάσεις στη μεταβίβαση και γενικότερα η ανάπτυξη αρνητικής θεραπευτικής αντίδρασης. Για να κατανοήσουμε τους παράγοντες πρόωρης διακοπής θεραπείας που αφορούν στον θεραπευτή ουσιαστικά αντλούμε στοιχεία εντός της θεραπευτικής συμμαχίας, δηλαδή από την ανάλυση της αντιμεταβίβασης.

Γενικά, προδιαθεσικοί παράγοντες για dropout που προκύπτουν από την ανάλυση της αντιμεταβίβασης είναι η αρνητική στάση του αναλυτή (πχ απόμακρος αναλυτής, αισθήματα φθόνου και απογοήτευσης), η απουσία πρώιμης ενσυναίσθησης, ευελιξίας και αυτοπεποίθησης. Η απειρία και η ψυχρότητα του θεραπευτή αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για dropout. Για παράδειγμα μπορεί να αναδυθούν αισθήματα ανικανότητας, προβληματισμού, απειλής, αδιεξόδου, ματαίωσης, ή ενός ηθικού διλήματος σχετικά με το κατά πόσον μάλλον βλάπτει παρά ωφελεί, ή ότι βρίσκεται εκτός της θεραπευτικής συμμαχίας. Εντούτοις, εάν ο υποψήφιος αναλυτής λαμβάνει κατά την εποπτεία την απαραίτητη επιβράβευση όσον αφορά στην τεχνική ελέγχου της ανάλυσης του ασθενούς, οι μεταβιβαστικές απειλές διακοπής του αναλυόμενου ως δια μαγείας ελαχιστοποιούνται. Από την ανάλυση της αντιμεταβίβασης συχνά διαπιστώνουμε ότι η διακοπή της θεραπείας δεν αποτελεί πρωτοβουλία του ασθενούς, αλλά μάλλον της αναλυτικής дуάδας και ορισμένες

φορές αντανακλά την αμφιθυμία του αναλυτή. Ενδεχομένως η πρόωρη διακοπή της θεραπείας από τον ασθενή αποτελεί αντίδραση σε αυτήν ακριβώς την επιθυμία του θεραπευτή.

Κεφάλαιο 4: Κλινικά Περιστατικά

Θα γίνει περιγραφή δύο περιστατικών που έκαναν dropout, το ένα πρώιμα και το άλλο όψιμα και θα αναζητήσουμε ποια από τα πρόδρομα σημεία που διαπιστώσαμε από την ανασκόπηση παρατηρούνται σε αυτά.

Πρόκειται για δύο περιστατικά τα οποία εντάχθηκαν σε Βραχεία Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία ορισμένου τέλους, στο πλαίσιο των εποπτευόμενων κλινικών περιστατικών για το ΠΜΣ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ.

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

4.1 Κλινικό Περιστατικό: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

Η Αναστασία προσήλθε σε 4 ραντεβού ενώ μεσολάβησαν δύο ακυρώσεις. Υπήρξαν σημαντικές καθυστερήσεις στις 4 αυτές συναντήσεις. Σαν δικαιολογία για τις καθυστερήσεις ανέφερε περιορισμό του διαθέσιμου χρόνου και υποτιθέμενες νέες επαγγελματικές ευθύνες. Στην τελική συνεδρία δεν προσήλθε χωρίς ειδοποίηση, ενώ δεν κατέστη δυνατή η τηλεφωνική επικοινωνία μαζί της. Δεν είχε γίνει ακόμη αναφορά του πλαισίου, η διάρκεια παρακολούθησης και το θεραπευτικό συμβόλαιο. Πρόκειται για ένα περιστατικό πρώιμης διακοπής της θεραπείας.

4.1.1 Υλικό από τις συνεδρίες με την Αναστασία

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

4.1.2 Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά της ασθενούς

Θα προσπαθήσουμε να διακρίνουμε τα πρόδρομα σημεία dropout στη συγκεκριμένη περίπτωση. Κατ' αρχήν διαπιστώνουμε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της Αναστασίας ταιριάζουν με αυτά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως επικρατούντα σε πρόωμη διακοπή της θεραπείας (μικρή ηλικία, θήλυ φύλο, αντιθετικό οικογενειακό περιβάλλον, οικονομικές δυσκολίες, μη υποστηρικτικός οικογενειακός περίγυρος)

Το αίτημα της Αναστασίας ήταν αδύναμο, περισσότερο αίτημα της μητέρας της η οποία και εξ αρχής κινητοποίησε την παραπομπή. Φαίνεται ότι το κίνητρο ήταν προβληματικό από την αρχή της παραπομπής.

Πρόκειται για ασθενή με ασταθείς μεταβιβάσεις, ανώριμους αμυντικούς μηχανισμούς (πχ ταύτιση, εκδραμμάτιση), αδυναμία ενδοσκόπησης και σημαντικά ελλείμματα στις διαπροσωπικές σχέσεις (βία προς τον πατέρα και τον σύντροφό της). Τα προβλήματα προσωπικότητας προκαλούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις που περιορίζουν την πιθανότητα για ουσιαστική, στενή σχέση εμπιστοσύνης με τον ψυχοθεραπευτή. Ένα από τα κλινικά χαρακτηριστικά της ήταν η παρορμητικότητα. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες άμυνες ήταν η ταύτιση (πχ ταύτιση με τη μητέρα ή τον πατέρα της), η προβολή και η εκδραμμάτιση, γεγονός που καταδεικνύει το μεθοριακό επίπεδο οργάνωσης της προσωπικότητας. Εκτός από το προβληματικό κίνητρο που

αναφέραμε παραπάνω, δεν είχε καλή ανοχή στη ματαιώση και δυσκολεύτηκε στην αυτοπαρατήρηση. Δεν κατανοούσε ότι άλλο είναι η αναπαράσταση που έχει για τους άλλους και άλλο η πραγματικότητα των άλλων (πχ του πατέρα της) και στη δυνατότητα μεταφορικής και αλληγορικής σκέψης. Τα ανωτέρω όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω αποτελούν προγνωστικά σημεία για πρόωμη διακοπή της θεραπείας.

Πολύ σημαντική παράμετρος ήταν ότι πιθανώς υπήρξε ανάδυση μιας οξείας προβληματικής μεταβίβασης (στη συγκεκριμένη περίπτωση πιθανώς επρόκειτο μία ακαθόριστα ερωτική μεταβίβαση) που αποδιοργάνωσε την ασθενή πριν την εγκατάσταση ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας. Τέτοιες καταστάσεις πρόωμης ανάδυσης οξείας προβληματικής μεταβίβασης είναι χαρακτηριστικές στην πρόωμη διακοπής θεραπείας (early dropout).

Η Αναστασία δεν βρισκόταν σε ένα ευοδωτικό περιβάλλον για την ψυχοθεραπεία από την πλευρά της οικογένειας. Ενδεχομένως η ασθενής να ζούσε μία μείζονα κατάσταση κρίσης με τον πατέρα της γεγονός που αποτελεί επίσης αρνητικό προγνωστικό δείκτη για τη συνέχιση θεραπείας.

Η πραγματικότητα είναι ότι πιθανώς η ασθενής δεν πληρούσε τα κριτήρια για ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία, αν και η διακοπή της θεραπείας έγινε ενώ βρισκόμασταν στο στάδιο των προκαταρτικών συναντήσεων προτού συμφωνηθεί το θεραπευτικό συμβόλαιο (είχε γίνει μία αδρή πληροφόρηση). Η ανωτέρω περίπτωση καταδεικνύει την αναγκαιότητα για προσεκτική επιλογή ασθενών για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

4.1.3 Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά του θεραπευτή

Κατά την ανάληψη του περιστατικού έγινε αντιληπτή η αμφιθυμία του θεραπευτή (δεδομένης της απειρίας του) για την καταλληλότητα της ασθενούς για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Από την άλλη η ύπαρξη επόπτη προσέφερε ασφάλεια, ενθάρρυνση και αυτοπεποίθηση στον χειρισμό της ασθενούς. Στην πορεία τα συναισθήματα αυτά εξελίχθηκαν σε ανακούφιση κατά τις μεγάλες καθυστερήσεις στην ώρα προσέλευσης, ή τις ακυρώσεις των ραντεβού. Προς το τέλος των θεραπειών παρατηρήθηκαν

αρνητικά αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα και ευχές για dropout από την ασθενή. Η αμφιθυμία και η αρνητική αντιμεταβίβαση του θεραπευτή μετατράπηκε σε αίσθημα αδιεξόδου. Αισθανόταν εγκλωβισμένος σε μία λανθασμένη επιλογή, αργότερα ανήσυχος για την διαχείριση τυχών ερωτικής μεταβίβασης, που ίσως αντανάκλούσε αντίστοιχα αισθήματα φόβου και αμφιθυμίας της ασθενούς (φόβος διακοπής, φόβος διείσδυσης κλπ). Εδώ η διακοπή φαίνεται ότι αποτελεί διαδραμάτιση μίας διυποκειμενικής αμφιθυμίας για τη θεραπεία τόσο από την πλευρά της ασθενούς όσο και του θεραπευτή.

4.2 Κλινικό περιστατικό: ANNA

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

Η Άννα έκανε εβδομαδιαίες συναντήσεις επί τέσσερις μήνες (περίπου 16 συναντήσεις) και τελικά εγκατέλειψε τη θεραπεία παρά τις αντίθετες συστάσεις του θεραπευτή της, επικαλούμενη έλλειψη χρόνου, μια δικαιολογία που προς το τέλος της θεραπείας ανέκλυτε συχνά προκειμένου να εξασφαλίσει αλλαγές στην ώρα των ραντεβού.

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

4.2.1 Υλικό από τις συνεδρίες με την Άννα

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

4.2.1 Δομή της προσωπικότητας

4.2.2.1 Σχέση με το αντικείμενο

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

4.2.2.2 Ταυτίσεις

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

4.2.2.3 Μηχανισμοί άμυνας

...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

4.2.3 Μεταβίβαση – Αντιμεταβίβαση

**...ΣΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ
ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

...ΣΤΟ

**ΣΗΜΕΙΟ ΑΥΤΟ ΥΠΗΡΧΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΦΑΙΡΕΘΗΚΕ
ΓΙΑ ΛΟΓΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ...**

4.2.2 Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά της ασθενούς

Η ασθενής πληρούσε τα κριτήρια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, τόσο όσον αφορά στο επίπεδο οργάνωσης του ΕΓΩ, τις κοινωνικές συνθήκες, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ικανότητα να εργαστεί συνεργατικά. Δεν θα μπορούσαμε στην περίπτωση αυτή να προβλέψουμε το dropout με βάση τα δημογραφικά δεδομένα, ούτε υπήρχε ανάγκη στην αρχή να κατευθυνθούμε σε πιο υποστηρικτικές

παρεμβάσεις. Βέβαια, παρότι η λειτουργικότητα του ΕΓΩ ήταν ικανοποιητική, υπήρχαν αρκετά χαρακτηριστικά οριακής δομής της προσωπικότητας. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να προβλέψουν πρόωρη διακοπή της θεραπείας είναι οι ασταθείς και παλινδρομημένες μεταβιβάσεις, ελλείμματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, χαμηλή ανοχή ματαίωση και υψηλός παρορμητισμός. Τα αρχικά ευρήματα αρνητικής αντίδρασης στον αναλυτή, το αυξημένο άγχος και η έλλειψη εμπιστοσύνης στην αναλυτική κατάσταση φάνηκαν γρήγορα να υποχωρούν λόγω της δημιουργίας θετικής μεταβίβασης, αλλά η διάρκειά της ίσως υπήρξε ανεπαρκής για την ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας.

Η ασθενής αναφέρει ιστορικό «θριαμβευτικής διακοπής προηγούμενης θεραπείας με ψυχολόγο. Επρόκειτο τότε για ένα πρώιμο dropout με παράλληλη υποτίμηση της θεραπεύτριας και της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Έτσι, δεν βιώθηκαν συναισθήματα απώλειας, ελέγχοντας έτσι τον αποχωρισμό.

Ένα άλλο πρόδρομο σημείο πρόωρης διακοπής ήταν ότι κατά καιρούς έφερνε το ζήτημα ότι δεν λαμβάνει αρκετή βοήθεια όσον αφορά στα καθημερινά ζητήματα της ζωής. Για παράδειγμα όταν ζητούσε συμβουλές δεν της δόθηκαν καθώς θα άρμοζαν σε πιο υποστηρικτικού τύπου ψυχοθεραπεία. Ενδεχομένως τότε αισθάνθηκε ότι δεν φροντίζεται αρκετά. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως επιθυμία για περισσότερο υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, παρότι αυτή η ανάγκη για συμβουλές ερμηνεύθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Άλλο σημείο κατά τη διαδικασία της θεραπείας είναι οι συχνές αλλαγές στην ώρα για επουσιώδεις υποχρεώσεις της, μια μορφή υποτίμησης της διαδικασίας. Στη συζήτηση για το θέμα αυτό και κατά την ερμηνεία του σαν αντίσταση στη θεραπεία και υποτίμησή της, ανέφερε ότι ο θεραπευτής γίνεται σαδιστικός και δεν καταλαβαίνει τις ανάγκες της. Στη συνέχεια ζήτησε τηλεφωνικώς να γίνονται τα ραντεβού σε ώρες και μέρες που δεν λειτουργούσε το ιατρείο και όταν της εξηγήθηκε ότι κάτι τέτοιο δεν γίνεται, θεωρεί τον θεραπευτή άκαμπτο και τυπολάτρη. Οι συχνές αλλαγές στα ραντεβού οδήγησαν τελικά στην τηλεφωνική διακοπή της θεραπείας «λόγω φόρτου εργασίας».

Μια υπόθεση που μπορεί να γίνει είναι ότι πρόκειται για μία προσπάθεια ελέγχου του αποχωρισμού αφού η θεραπεία ήταν ορισμένου τέλους και προσπαθώντας να διαχειριστεί το φόβο της βίωσης διακοπής, προτίμησε να εγκαταλείψει για να μην

εγκαταλειφθεί. Σύμφωνα με το ιστορικό η διαχείριση της διακοπής της οικογένειας από τον πατέρα της αποτελούσε μία οδυνηρή εμπειρία και κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο θεραπευτής έπαιξε έναν επανορθωτικό πατρικό ρόλο, συνεπώς θα ήταν αναμενόμενη η προσπάθεια διαχείρισης μιας προαναγγελθείσας αυτήν την φορά διακοπής που την γέμιζε άγχος.

4.2.5 Παράγοντες που προβλέπουν πρόωρη διακοπή από την πλευρά του θεραπευτή

Αν και υπήρξε πρόωμη ενσυναίσθηση που είναι καλός δείκτης, και θετική ανταπόκριση (αντιμεταβίβαση) στην θετική μεταβίβαση που αναδύθηκε στο μέσον της θεραπείας, στη συνέχεια αναδύθηκε μία άλλη προβληματική μεταβίβαση (αρχικά εξιδανίκευση και στη συνέχεια αίσθημα διακοπής), με αποτέλεσμα το dropout.

4.3 Συζήτηση επί των κλινικών περιστατικών

Μπορούμε να αναφέρουμε πληθώρα σημείων και χαρακτηριστικών που θα μπορούσαν να προειδοποιήσουν για ένα επερχόμενο dropout και αναγνωρίζονται στα δύο περιστατικά που παραθέσαμε. Συνοπτικά όμως θα μπορούσαμε να διακρίνουμε δύο κατηγορίες. Τα σημεία που αφορούν στην αναλυσιμότητα του ασθενούς και τα σημεία που αφορούν στην διαδικασία της ψυχοθεραπείας, τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση. Σίγουρα θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στην εφαρμογή των κριτηρίων που διακρίνουν το κατά πόσον ένας ασθενής έχει ένδειξη για ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά, την ωριμότητα του εγώ, τους αμυντικούς μηχανισμούς, την αναστοχαστική του λειτουργία κλπ) ή παράλληλα θα πρέπει να εντάξουμε περισσότερες υποστηρικτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με οριακή οργάνωση της προσωπικότητας. Το δεύτερο σημείο, είναι ότι κατά τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, μπορεί να προκύψουν καταστάσεις κυρίως μέσω της μεταβίβασης – αντιμεταβίβασης οι οποίες θα πρέπει να αξιολογηθούν και να ερμηνευτούν από τον θεραπευτή, προκειμένου να αποτραπεί ένα ενδεχόμενο dropout. Για να είναι αυτό δυνατόν θα πρέπει ο θεραπευτής να είναι έμπειρος στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, ή αν είναι άπειρος θα πρέπει παράλληλα με την προσωπική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία του ίδιου του θεραπευτή να υπάρχει και ψυχοδυναμική εποπτεία. Εκτός από την ανάπτυξη δεξιοτήτων ψυχοδυναμικής κατανόησης και ερμηνείας της μεταβίβασης – αντιμεταβίβασης, η ψυχοδυναμική εποπτεία εξασφαλίζει την απαραίτητη αυτοπεποίθηση που αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για dropout.

Όσον αφορά στη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, είναι πολύ σημαντική η ικανότητα του θεραπευτή να ορίζει και να υπενθυμίζει τους όρους του θεραπευτικού συμβολαίου. Επίσης, κατά το σχεδιασμό του θεραπευτικού συμβολαίου θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το προηγούμενο ιστορικό dropout και τις διαδικασίες που οδήγησαν σε αυτό, ώστε να ενσωματωθούν τα αντίστοιχα μέτρα για την υποστήριξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Όπως αναφέρθηκε είναι απαραίτητο να διερευνούμε τις προσδοκίες του ασθενούς από την αρχή του θεραπευτικού προγράμματος, μέσω ανοικτών ερωτήσεων, οι οποίες θα πρέπει να αξιολογούνται βαθύτερα, ώστε να καταλήξουμε σε κοινούς προσιτούς στόχους που προσδοκά ο θεραπευόμενος, καθώς

και στις πραγματικές του ανάγκες. Βέβαια υπάρχει πάντα η πιθανότητα οι ασθενείς να βιώσουν δυσάρεστη εμπειρία από τη θεραπευτική σχέση λόγω των δικών τους δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών.

5. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στις προτάσεις για μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να περιληφθεί η καλύτερη κατανόηση των δύο παραγόντων της αναλυσιμότητας και της δημιουργίας και υποστήριξης του θεραπευτικού συμβολαίου, ειδικά στις περιπτώσεις των δημόσιων δομών ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας ορισμένου τέλους. Η πρώτη θα εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων του Δημόσιου Φορέα που παρέχει ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, επιλέγοντας ασθενείς που είναι πιθανότερο ότι θα παραμείνουν και θα ολοκληρώσουν τη θεραπεία. Όσον αφορά στην δημιουργία και υποστήριξη του θεραπευτικού συμβολαίου, προϋποθέτει ότι η παροχή αυτού του είδους ψυχοθεραπείας θα πρέπει να γίνεται από ειδικά ιατρεία με εκπαιδευμένο προσωπικό και με σωστή αξιολόγηση τόσο των κριτηρίων εισδοχής των ασθενών, όσο και της πορείας και αποτελεσματικότητας της θεραπείας με συστηματική εποπτεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Limentani A. On the “Unexpected” Termination of Psychoanalytic Therapy. *Psychoanalytic Inquiry* (1982);2(3):419-440
2. Novic J. Termination: Themes and Issues, *Psychoanalytic Inquiry*. 1982;2(3):329-365
3. Dewald P. The Clinical Importance of the Termination Phase. *Psychoanalytic Inquiry*. (1982);2(3):441-461
4. Pomerleau, O. F. Behavioral medicine: The contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *American Psychologist*. (1979);34(8), 654-663.
5. Sashin, J.I., Eldred, S.H. and Van Amerongen, S.T. A Search for Predictive Factors in Institute Supervised Cases: A Retrospective Study of 183 Cases from 1959–1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int. J. Psycho-Anal.* (1975);56:343-359
6. Freud, S. Η ερμηνεία των ονείρων. 1900α, κεφ. 7 Εκδόσεις Επίκουρος. 2013
7. Searles H. My Work with Borderline Patients. (1986) Jason Aronson, Inc.; Revised ed. edition (December 1, 1994)
8. Gunderson JG1, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy, *The Journal of nervous and mental disease* 1989 Jan;177(1):38-42.
9. Lower, R., Escoll, P., & Huxster, H. Bases for judgment of analyzability. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* (1972);20 610-21
10. Huxster, H., & Lower, R. Some pitfalls in the assessment of analyzability in a psychoanalytic clinic. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* (1975);23 90- 106
11. Frayn, D. H. Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *Am. J. Psychother.* (1992);46: 250-61.
12. Gurman S.A. Therapist and Patient Factors Influencing the Patient’s Perception of Facilitative Therapeutic Conditions. *Psychiatry*. (1977);40:3, 218-231
13. Grigoris Vaslamatzis, Marios Markidis, Klea Katsouyianni Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece “Study of the Patients’ difficulties in Ending Brief Psychoanalytic Psychotherapy” *Psychother Psychosom* 1989;52:173-178
14. Vaslamatzis G., Verveniotis S. “Early Dropouts in Brief Dynamic Psychotherapy” *Psychother Psychosom* 1985;44:205–210
15. Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*. 1984;38(2),190-202
16. Kantrowitz, J.L., Katz, A.L. and Paolitto, F. Followup of Psychoanalysis Five to Ten Years after Termination: I. Stability of Change. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* (1990);38:471-496
17. Douglas H. Frayn “Premature Termination Issues in Psychoanalytic Control Cases”, *Canadian Journal of Psychoanalysis*, (1995);3(1):17-41
18. Bachrach H M., Weber J J. and Solomon M. “Factors Associated with the Outcome of Psychoanalysis (Clinical and Methodological Considerations): Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (Iv)” *International Review of Psycho-Analysis*. (1985);12:379-389

19. Luborsky, L. Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Maze. (1976)
20. DeBerry S., Baskin D. Termination Criteria in Psychotherapy: A Comparison of Private and Public Practice. *The American Journal Of Psychotherapy*. 1989;43.1.43
21. Cooper EM, Hamilton MS, Gangure D, Roose SP. Premature Termination From Psychoanalysis: An Investigation of Factors Contributing to Early Endings, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (2004);52(4):1233-1234
22. Johansson H, Eklund M. Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: the influence of patient factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Feb;41(2):140-7. Epub 2006
23. Horner M, Diamond D. Object Relations Development and Psychotherapy Dropout in Borderline Outpatients *Psychoanalytic Psychology*. (1996);13(2):205-223
24. Marini M. et al. Dropout in Institutional Emotional Crisis Counseling and Brief Focused Intervention Brief Treatment and Crisis Intervention 2005 Nov;5:4
25. Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Interviews of Female Patients with Borderline Personality Disorder Who Dropped out of Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2007 Jan;57(1):67-91.
26. Webb D, McMurrin M. A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder *Personality and Mental Health*. 2009 March
27. Diamond D., Clarkin J, Levine H, Levy K, Foelsch P, Yeomans F. Borderline Conditions and Attachment: A Preliminary Report. *Psychoanalytic Inquiry*, (1999);19(5):831-884
28. Yeomans F et al. Factors Related to Drop-outs by Borderline Patients Treatment Contract and Therapeutic Alliance. *Journal Of Psychotherapy Practice And Research* Volume 3 Number 1 Winter 1994
29. Smith T, Koenigsberg H, Yeomans F, Clarkin J, Selzer M. Predictors of Dropout in Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. *J Psychother Pract Res*. 1995 Summer;4(3): 205–213.
30. Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012 April; 66(3):180-6