



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

**«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΑΣ, ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ
ΤΥΠΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ
ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ»**



Των σπουδαστριών:

Γραβάνη Σπυριδούλα *A.M* 4583

Θεοχάρη Ιωάννα *A.M* 4586

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Αργυρούλα Καλαϊτζάκη

Απρίλιος, 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα πτυχιακή εργασία οφείλουμε το μεγαλύτερο ευχαριστώ στην υπεύθυνη καθηγήτρια μας Δρ. Αργυρούλα Καλαϊτζάκη, η οποία μας έδειξε εμπιστοσύνη και δέχτηκε να συνεργαστεί μαζί μας και να μας βοηθήσει στην εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας μας, καθοδηγώντας μας σε όλα τα στάδια που έπρεπε να ακολουθήσουμε για ένα σωστό αποτέλεσμα. Την ευχαριστούμε επίσης για τον χρόνο που διέθεσε για την υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας, γνωρίζοντας ότι έχει ένα αρκετά επιβαρυνμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, αλλά παρόλα αυτά η ίδια ήταν δίπλα μας σε οτιδήποτε την χρειαστήκαμε. Η συνέπεια, η υποστήριξη, οι γνώσεις που μας μετέφερε, καθώς και ο επαγγελματισμός που την διακρίνει, συνέβαλαν καταλυτικά για την επιτυχής ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Ευχαριστούμε επίσης όλους τους καθηγητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας για όλα αυτά τα χρόνια που με την αγάπη τους για την διδασκαλία αποτελούν φερέφωνο της γνώσης και της αφοσίωσης για το επάγγελμα στους σπουδαστές. Παρά τις δυσκολίες της εποχής προσπαθούν να κάνουν σωστά το έργο τους και το καταφέρνουν μέσα από τις γνώσεις που μας δίνουν. Αισθανόμαστε πολύ χαρούμενες που οι σπουδές μας στην Κοινωνική Εργασία ολοκληρώνονται και είμαστε σίγουρες πως ποτέ δεν θα ξεχάσουμε όλους εκείνους τους καθηγητές που μας έκαναν να αγαπήσουμε πραγματικά το επάγγελμα αυτό.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε την κα Βάβουλα Μαρία, η οποία αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να μας βοηθήσει στην παρούσα πτυχιακή εργασία, δίνοντας μας ορισμένη βιβλιογραφία για το θέμα μας. Η βοήθεια της ήταν πολύτιμη...

Στο σημείο αυτό να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ και οι δύο στις οικογένειες μας, οι οποίες ήταν δίπλα μας σε κάθε βήμα των φοιτητικών χρόνων μας και συναισθηματικά & υλικά. Χωρίς τους γονείς μας δεν θα καταφέραμε να φτάσουμε σε αυτό το σημείο των σπουδών μας!!!!

Να ευχαριστήσουμε τους φοιτητές/ φοιτήτριες όλων των σχολών & τμημάτων του ΤΕΙ Κρήτης που με την βοήθεια τους καταφέραμε να διεξάγουμε την έρευνα για την παρούσα πτυχιακή.

Τέλος, οφείλουμε ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στους φίλους μας, οι οποίοι μας στήριξαν σε όλη τη διάρκεια της πτυχιακής εργασίας, κυρίως συναισθηματικά, αλλά και όλα αυτά τα χρόνια ήταν δίπλα μας, χαρίζοντας μας όμορφες & ιδιαίτερες στιγμές.

Γραβάνη Σπυριδούλα & Θεοχάρη Ιωάννα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ. 5
Εισαγωγή	σελ. 6-8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ (Θεωρητικό)

Κεφάλαιο πρώτο: Η ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ Ή ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΑ

1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	σελ. 9-10
1.1.1 Η θεωρία της ηθικής παραφροσύνης.....	σελ. 11-12
1.2 Ορισμός της ψυχοπάθειας.....	σελ. 12-15
1.3 Κλινική περιγραφή της ψυχοπάθειας.....	σελ. 15-16
1.4 Διάγνωση της ψυχοπάθειας.....	σελ. 16-17
1.4.1 Διαμάχες γύρω από την Διάγνωση.....	σελ. 17-18
1.5 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM – IV για την Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας	σελ. 18-19
1.6 Βασικά συμπτώματα της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας.....	σελ. 19-20
1.7 Επιδημιολογία-πορεία-πρόγνωση.....	σελ. 20-21
1.8 Αιτιολογία.....	σελ. 21-22
1.9 Θεραπεία.....	σελ. 23-26
1.9.1 Θεραπευτικοί Μέθοδοι.....	σελ. 27-28
1.9.2 Έρευνες πάνω στην θεραπεία της ασθένειας.....	σελ. 28-29

Κεφάλαιο δεύτερο: ΟΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ – ΟΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

2.1 Ορισμός Δεσμού Προσκόλλησης	σελ. 31
2.2 Τύποι Προσκόλλησης.....	σελ. 32-36
2.3 Διαπροσωπικές σχέσεις	σελ. 37-38
2.4 Θεωρία των τύπων ή μορφών του Σχετίζεσθαι.....	σελ. 39
2.5 Διαπροσωπικό Οκτάγωνο.....	σελ. 40-42
2.6 Θετικοί και αρνητικοί τύποι του Σχετίζεσθαι.....	σελ. 42-45
2.7 Πλεονεκτήματα διαπροσωπικού οκταγώνου.....	σελ. 46-47

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ (Ερευνητικό)

Κεφάλαιο τρίτο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας	σελ. 47
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα	σελ. 47
3.3 Δείγμα της έρευνας	σελ. 47-50
3.4 Ερευνητικό εργαλείο	σελ. 50-51
3.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων	σελ. 51

Κεφάλαιο τέταρτο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Περιγραφικά στατιστικά συνολικών και επιμέρους βαθμολογιών των κλιμάκων για τα ερωτηματολόγια LSRP, PROQ3 ΚΑΙ ECR – R	σελ. 52
4.2 Διαφοροποίηση του φύλου των συμμετεχόντων σπουδαστών/στριων στις κλίμακες LSRP, PROQ3 ΚΑΙ ECR – R	σελ. 53
4.3 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης.....	σελ. 54
4.4 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους τύπους προσκόλλησης	σελ. 55
4.5 Συσχέτιση της ηλικίας με την ψυχοπάθεια.....	σελ. 55
4.6 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης ανά φύλο.....	σελ. 55-56
4.7 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους τύπους προσκόλλησης ανά φύλο....	σελ. 57

Κεφάλαιο πέμπτο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

5.1 Συζήτηση.....	σελ. 58-62
5.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	σελ. 62-63
5.3 Συμπεράσματα.....	σελ. 63-65
5.4 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	σελ. 65-67

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ(ΕΛΛΗΝΙΚΗ)	σελ. 68-70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ(ΔΙΕΘΝΗΣ)	σελ. 70-74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	σελ. 75-80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης των ψυχοπαθητικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης και τους τύπους προσκόλλησης στους φοιτητές/τριες του ΤΕΙ Κρήτης. Τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας είναι: *σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης και με τους τύπους προσκόλλησης* (δηλ. τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται τα άτομα με ψυχοπάθεια με τους άλλους ανθρώπους στην ενήλικη ζωή τους).

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 205 φοιτητές/τριες και των τεσσάρων τμημάτων του ΤΕΙ Κρήτης. Το δείγμα επιλέχθηκε με τυχαίο τρόπο και η έρευνα διεξήχθη το εαρινό εξάμηνο του 2016. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτουν υψηλότερες τιμές ψυχοπάθειας στους άνδρες φοιτητές από ότι στις γυναίκες. Οι άντρες παρουσίασαν περισσότερη ψυχοπάθεια γενική και πρωτογενή από ότι οι γυναίκες. Επίσης, τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια (δηλ. άτομα εξουσιαστικά, χειριστικά, σκληρά) έχουν προβλήματα στις σχέσεις τους από τη θέση ισχύος – εξουσίας (ΟΘΙ, ΕΘΙ και ΑΘΙ), ενώ τα άτομα με δευτερογενή ψυχοπάθεια (δηλ. άτομα που φοβούνται την μοναξιά και την εγκατάλειψη, έχουν ευμεταβλητότητα στα συναισθήματα τους και είτε απομακρύνονται από τους άλλους είτε έρχονται πιο κοντά) έχουν προβλήματα στις σχέσεις τους από τη θέση αδυναμίας, όπως και απόστασης και εγγύτητας (ΟΕ, ΕΘΑ, ΑΘΑ, ΟΑ). Ακόμη, τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια παρουσιάζουν αποφευκτική προσκόλληση στις ενήλικες σχέσεις τους (δηλ. άτομα εξουσιαστικά και ανάλγητα αποφεύγουν στενές, βαθιές και ουσιαστικές σχέσεις) και τα άτομα με δευτερογενή ψυχοπάθεια παρουσιάζουν αγχώδη προσκόλληση στις ενήλικες σχέσεις τους (δηλ. άτομα ευμετάβλητα που έχουν αμφιθυμία στις σχέσεις προσκόλλησης τους).

Τέλος, παρουσιάστηκαν διαφορές ανά φύλο στους αρνητικούς τύπους συσχέτισης, ενώ δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανά φύλο στους τύπους προσκόλλησης. Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να αξιοποιηθούν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην διερεύνηση και κατανόηση των διαφορών που παρουσιάζουν οι τύποι ψυχοπάθειας με περαιτέρω στόχο την εξειδικευμένη παρέμβαση για την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των ατόμων αυτών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προσωπικότητα (Personality) είναι ο χαρακτηριστικός τρόπος με τον οποίο ένα άτομο σκέφτεται, αισθάνεται και συμπεριφέρεται. Το σύνθετο σχήμα συμπεριφοράς που αναπτύσσει κάθε άτομο συνειδητά, ως τρόπο ζωής και ύπαρξης κατά την προσαρμογή του στο περιβάλλον. Η προσωπικότητα, οι ιδιαίτερες συνήθειες διάθεσης και τάσεως του χαρακτήρα ενός ατόμου μπορεί να θεωρηθεί ότι εκδηλώνει διαταραχή όταν οι χαρακτηριστικοί τρόποι συμπεριφοράς παρεμβαίνουν και παρεμποδίζουν την δυνατότητα του ατόμου να αγαπά, να εργάζεται και να χαίρεται (Γκιουζέπας, 2008). Τυπικά το άτομο με διαταραχή προσωπικότητας ενοχλεί περισσότερο τους άλλους με την συμπεριφορά του από ότι ενοχλείται ο ίδιος. *Διαταραχή της Προσωπικότητας (Personality disorder)* είναι ψυχική διαταραχή (παθολογική κατάσταση) που χαρακτηρίζεται από άκαμπτους, βαθιά ριζωμένους δυσπροσαρμοστικούς τύπους προσαρμογής στη ζωή, οι οποίοι προκαλούν είτε υποκειμενική έντονη ενόχληση, είτε σημαντική έκπτωση της προσαρμοστικής λειτουργίας(Γκιουζέπας, 2008). *Στοιχεία της προσωπικότητας (Personality traits)* είναι οι σταθεροί και μόνιμοι τύποι θεώρησης, αντιμετώπισης και σχέσης ενός ατόμου με το περιβάλλον ή με τον εαυτό του και εκδηλώνονται στις καθημερινές σημαντικές ή ασήμαντες κοινωνικές και προσωπικές του σχέσεις(Γκιουζέπας, 2008). Επομένως, μόνο όταν τα χαρακτηριστικά αυτά της προσωπικότητας είναι άκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά και προκαλούν είτε σημαντική λειτουργική έκπτωση ή υποκειμενικό αίσθημα ανησυχίας, τότε αυτά συνιστούν τις διαταραχές της προσωπικότητας.

Υπάρχουν τέσσερα κοινά χαρακτηριστικά που μοιράζονται όλες οι περιπτώσεις διαταραχής της προσωπικότητας (Γκιουζέπας, 2008). Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι τα εξής: 1) η δύσκαμπτη και δυσπροσαρμοστική αντίδραση στο Stress, 2) η δυσκολία στην εργασία και στην εκδήλωση αγάπης που είναι πιο σοβαρή και περισσότερο εκτεταμένη από ότι στις νευρώσεις, 3) η εκδήλωση των δυσκολιών αυτών γίνεται πάντα εμφανής σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων όπου εκδηλώνονται οι συγκρούσεις και 4) η ιδιαίτερη ικανότητα του ατόμου που εκδηλώνει την διαταραχή στο να αναγνωρίζει τις ανάγκες των άλλων. Οι Διαταραχές Προσωπικότητας αναγνωρίζονται στην εφηβεία και συνεχίζουν να υπάρχουν σ' όλη την διάρκεια της ενήλικης ζωής, αν και σταματούν να είναι τόσο έντονες στην μέση ή τρίτη ηλικία.

Πολύ λίγα είναι γνωστά για την αιτιολογία των διαταραχών της προσωπικότητας. Στην ανάπτυξη της προσωπικότητας δύο βασικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο, όπως 1) η φύση(Nature) και 2) η ανατροφή(Nurture). Παραστατικά η προσωπικότητα μπορεί να διαχωριστεί σε δύο μέρη, 1) στο ταμπεραμέντο (Temperament) που αντανακλά την φύση και περιλαμβάνει την βιολογική συμμετοχή, τα γονίδια και την ιδιοσυστασία σαν μέρος της προσωπικότητας και 2) στον χαρακτήρα (Character) που εκτιμάται ότι αντανακλά την ανατροφή και περιλαμβάνει την απόκτηση γνώσης από πολιτισμικές, κοινωνικές, παιδαγωγικές αρχές και αξίες (Γκιουζέπας, 2008). Σε ότι αφορά λοιπόν την αιτιολογία μπορεί κανείς να διακρίνει γενετικούς, ιδιοσυστασιακούς, περιβαλλοντικούς, πολιτισμικούς και παράγοντες που συμμετέχουν στην ωρίμανση (Σικελιανού, 2010).

Η ταξινόμηση και κατάταξη των διαταραχών προσωπικότητας πέρασε από πολλές φάσεις ενδεικτικές των εξελίξεων στον χώρο της ψυχιατρικής. Οι πιο γνωστές κατατάξεις είναι του Schneider(1938) που χρησιμοποιείται ευρύτατα στην Ευρώπη και οι κατατάξεις της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας(DSM-II και DSM-III).

Σύμφωνα με τα κριτήρια **DSM – V** για να διαγνωσθεί ένα άτομο με αντικοινωνική διαταραχή πρέπει να πληρεί τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια (Λιακοπούλου, 2015) :

- 1. Αδυναμία συμμόρφωσης με τις κοινωνικές σταθερές αναφορικά με τη σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης.*
- 2. Εξαπάτηση, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση πλαστών ονομάτων ή εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση.*
- 3. Παρορμητικότητα ή αδυναμία να πραγματοποιεί σχέδια εκ των προτέρων.*
- 4. Ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από την επανειλημμένη έκφραση επιθετικότητας και τους καυγάδες.*
- 5. Απερίσκεπτη περιφρόνηση της ασφάλειας του εαυτού ή των άλλων.*
- 6. Σταθερή ασυνέπεια, όπως φαίνεται από επανειλημμένη αδυναμία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις.*

7. Έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από το ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλον.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναφερθούμε στην Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Θα γίνει αρχικά μία ιστορική αναδρομή στην συγκεκριμένη διαταραχή και στην συνέχεια θα δοθεί ο ορισμός και θα αναφερθούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, τα συμπτώματα, η κλινική εικόνα, η διάγνωση, η αιτιολογία κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ :

Η ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ Ή ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΑ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικά ο όρος Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Antisocial Personality Disorder/ APD), έχει προέλθει μέσα από τέσσερα κυρίως στάδια επιστημονικής εξέλιξης της ορολογίας. Αρχικά, ο όρος αυτός δημιουργήθηκε από το συμπέρασμα ότι υπήρχε ένα είδος δυσλειτουργίας όπου οι άνθρωποι συμπεριφέρονται παράλογα ή ανάρμοστα, αλλά δεν είχαν οποιαδήποτε συμπτώματα οποιασδήποτε άλλης ψυχικής διαταραχής. Αυτό το είδος παραφροσύνης αναφέρεται στη Λατινική ως *manie sans delire* (Pinel, 1806), δηλαδή παραφροσύνη άνευ παραληρήματος (Σπανός, 2011). Επιπλέον βάσει του Prichard (1835) η όλη κατάσταση αναφέρεται και ως ηθική παραφροσύνη, λόγω της ανάρμοστης συμπεριφοράς που συμπεριελάμβανε *στοιχεία συμπεριφοράς* όπως τα ψέματα, οι απάτες, οι κλοπές κτλ.

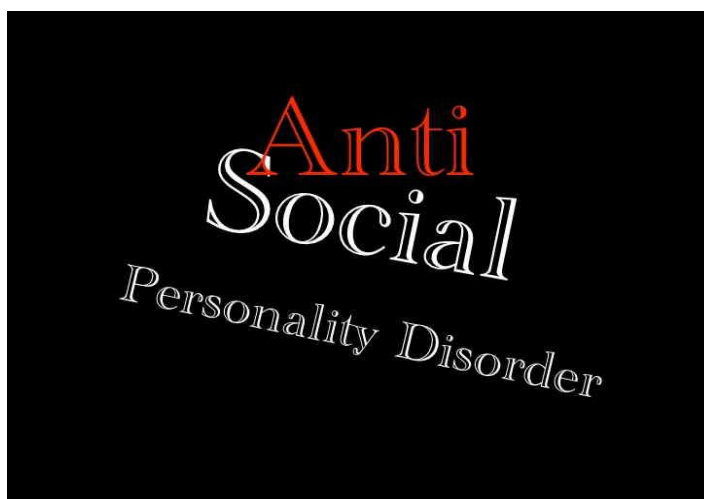
Ο πρώτος δε επίσημος όρος για τα άτομα αυτού του είδους της διαταραχής, ήταν απλά ψυχοπαθής (Koch, 1891). Το επίκεντρο της έρευνας παρόλα αυτά κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα και συγκεκριμένα τις δεκαετίες του 1930 και 1940, περί της διαταραχής αυτής μεταφέρθηκε από το νεύρο – φυσιολογικό τομέα στον ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα και η κύρια έμφαση δόθηκε στο πως κοινωνικά και ψυχολογικά συνδέεται η ανάπτυξη της διαταραχής αυτής στον άνθρωπο. Έτσι υιοθετήθηκε ακόμα ένας όρος συνώνυμος του ψυχοπαθή, αυτός του κοινωνι(κ)οπαθή (Sociopath). Πρόσφατα όμως στην ιστορία της εξέλιξης των διαγνωστικών μεθόδων της ψυχολογίας οι όροι ψυχοπαθής και κοινωνιοπαθής ή κοινωνικοπαθής, έχουν απαλειφθεί και αντί αυτών χρησιμοποιείται πλέον κλινικά ο όρος Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Σπανός, 2011).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1800 οι κλινικοί γιατροί προσπάθησαν να καταλάβουν εγκληματίες των οποίων τα αδικήματα ήταν τόσο αποτρόπαια, αλλά η κλινική εικόνα τους δεν ταίριαζε με τα ήδη υπάρχοντα αναγνωρισμένα ψυχικά σύνδρομα (Κιλαμπερία, 2012). Το 1801, ο Pinel μίλησε για την «μανία χωρίς ντελίριο» (madness without delirium). Περιγράφοντας τα άτομα αυτά, ο Prichard (1835) επινόησε τον όρο «ηθική παράνοια» η οποία ήταν μια μορφή της «ψυχικής διαταραχής στην οποία οι πνευματικές ικανότητες είναι αμείωτες, αλλά οι ηθικές

αρχές του νου είναι διεφθαρμένες ή διεστραμμένες και το άτομο είναι ανίκανο να λειτουργεί με αξιοπρέπεια και ευπρέπεια στη ζωή». Το 1874 ο Maudsley υποστήριξε ότι η ηθική παραφροσύνη «ήταν μία μορφή ψυχικής αποξένωσης» (Κιλαμπέρια, 2012). Η ουσία του προβλήματος ήταν ότι δεν ήταν δυνατόν να γίνει διάκριση μεταξύ των δύο μορφών : α) *εγκληματικότητα* και β) *αντικοινωνική προσωπικότητα*.

Στο μεγαλύτερο μέρος του 19^{ου} αιώνα η διάγνωση «ηθική παράνοια» κέρδισε την αποδοχή μεταξύ των ευρωπαϊκών και των αμερικανικών δικαστηρίων της νομοθεσίας, έως ότου αντικαταστάθηκε από τον όρο «ψυχοπαθή κατωτερότητα» που περιγράφεται σε μια σειρά από σημαντικά έργα του Koch (1891). Πίστευε ότι αυτή η μη φυσιολογική συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα «μιας εκ γενετής ή επίκτητης κατωτερότητας του εγκεφάλου».

Μετά τον Kraepelin (1905), ο οποίος δημιούργησε τον όρο «ψυχοπαθητική προσωπικότητα» (psychopathic personality), για να περιγράψει την απουσία ηθικής σε εγκληματίες σε αντίθεση με τους υπόλοιπους εγκληματίες (amoral vs immoral criminal), ο Schneider (1923) πρότεινε τον όρο της ψυχοπάθειας ως θεμελιώδης διαταραχή προσωπικότητας. Ο όρος αυτός αναφέρεται στα άτομα με «ψυχοπαθή προσωπικότητα» εκείνα που «υποφέρουν μέσω των ανωμαλιών τους ή μέσω εκείνων των οποίων η κοινωνία υποφέρει». Αυτό μπορεί να φανεί ως πρόδρομος για τις σύγχρονες διαγνωστικές έννοιες στην ψυχιατρική η οποία δίνει έμφαση στην δυσφορία που προκύπτει από τις διαταραχές πχ στο DSM και ICD (Κιλαμπέρια, 2012).



1.1.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΠΑΡΑΦΡΟΣΥΝΗΣ

Η θεωρία της ηθικής παραφροσύνης – με την ηθική παραφροσύνη να είναι σήμερα γνωστή ως Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Rafter, 2004) αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της ψυχιατρικής κατά τα τέλη του 18^{ου} και τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Οι πρώτοι ψυχίατροι που σχημάτισαν τη θεωρία της ηθικής παραφροσύνης δεν εστίασαν αποκλειστικά στο έγκλημα, αλλά το κατανόησαν ως μία μορφή ενός ειδικού τύπου παραφροσύνης, **της ηθικής παραφροσύνης**. Δεν ασχολήθηκαν με όλες τις συμπεριφορές που ήδη ορίζονταν ή επρόκειτο να οριστούν στο μέλλον ως εγκλήματα. Η προσοχή τους στράφηκε σε έναν ειδικό τύπο εγκλήματος τον οποίο κατανόησαν ως ψυχική διαταραχή (mental disorders) και όρισαν ως ηθική παραφροσύνη : α) τις προσβολές που είναι επαναλαμβανόμενες, β) δεν ελέγχονται από τον δράστη, γ) είναι βίαιες και δ) δεν συνοδεύονται από ενοχές, τύψεις ή μετάνοια. Η προσέγγιση αυτή έχει ίσως το πλεονέκτημα ότι αποδίδει πληρέστερα το πνεύμα της εποχής και γι' αυτό το λόγο καθιστά τη θεωρία της ηθικής παραφροσύνης ένα τοπίο δύσκολο, ασαφές και θολό (Hall, 1976).

Στην πορεία χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικοί όροι, όπως «ηθική ηλιθιότητα» ή ψυχοπάθεια ή ιδιοσυγκρασιακή ανεπάρκεια ή «πνευματική ανικανότητα» για να περιγράψουν τον συγκεκριμένο τύπο ανθρώπου (Τσόπελας & Αρμενάκα, 2012). Ο Rush (1974) θεωρεί πως ο άνθρωπος φέρει εκ γενετής μια ηθική ικανότητα, με την ηθική συμπεριφορά να συνιστά «νόμο γραμμένο στις καρδιές μας». Διακρίνει την ηθική ικανότητα από την ηθική συνείδηση του ανθρώπου. Η ηθική ικανότητα καθοδηγεί τη δράση, ενώ η ηθική συνείδηση αξιολογεί τη δράση εκ των υστέρων.

Ο Rush κάνει λόγο για φυσικά αίτια που έχουν σαν αποτέλεσμα την ανήθικη και ειδικότερα την εγκληματική συμπεριφορά. Κατ' αυτόν η ηθική βλάβη μπορεί να προκληθεί από σωματικές καταστάσεις ή εξωτερικούς παράγοντες που επιδρούν στη σωματική κατάσταση του ανθρώπου. Ορισμένα από αυτά είναι : α) ο πυρετός, β) η υπερβολική χρήση αλκοόλ, γ) η υπερβολική πείνα, δ) η κακή διατροφή, ε) ο υπερβολικός ύπνος, αλλά και στ) το γενικότερο κλίμα στην ζωή των ανθρώπων. Ένας άνθρωπος μπορεί να είναι ταλαντούχος και χαρισματικός από πολλές πλευρές. Εφόσον όμως φέρει ελαττωματική ηθική ικανότητα μπορεί να είναι συγχρόνως προδοτικός, σκληρός, ανέντιμος, δειλός, ψεύτης, άπληστος, βλάσφημος, αθεϊστής κλπ. (Νασιάκου, Χατζή, Φατούρου-Χαρίτου 1999).

Ο Pinel (1801) εντοπίζει τέσσερα είδη πνευματικής διαταραχής : α) την μελαγχολία, β) τη μανία, γ) την ανισορροπία – ανησυχία (dementia) και δ) την

ηλιθιότητα (idioty). Ο διαχωρισμός αυτός προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση διότι είναι αρκετά προοδευτικός για την περίοδο εκείνη. Ωστόσο, απέρριπτε για καιρό την επικρατούσα άποψη ότι η ψυχοπάθεια είναι ισοδύναμη με την κατοχή από δαιμόνια και την θεωρούσε αποτέλεσμα της υπερβολικής έκθεσης σε κοινωνικούς και ψυχολογικούς εξαναγκασμούς και σε κάποιο βαθμό της κληρονομικότητας και λειτουργικής βλάβης. Όσον αφορά τους ψυχοσθενείς πίστευε ότι αποτελούσαν άτομα στην πραγματικότητα ομαλά, τα οποία κάτω από πιέσεις που ασκούσαν περιβαλλοντικοί παράγοντες είχαν χάσει την ικανότητα ορθής κρίσης (Νασιάκου, Χατζή, Φατούρου-Χαρίτου 1999).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΑΣ

Η λέξη «Ψυχοπάθεια» προέρχεται από τη «Ψυχή» + «Πάσχω». Πρόκειται για μία διαταραχή προσωπικότητας που χωρίζεται σε δύο είδη ψυχοπάθειας, την πρωτογενή και την δευτερογενή ψυχοπάθεια. Η πρωτογενής ψυχοπάθεια έχει να κάνει με άτομα που χαρακτηρίζονται από σκληρότητα και αναισθησία, περιορισμένη συναισθηματική ανταπόκριση «ασύδοτοι σε αρνητικά γεγονότα», χαμηλή αντίδραση άγχους, κοινωνικά κυρίαρχοι, έχουν έλλειψη στενής προσκόλλησης, είναι ικανά για στρατηγική δράση, αλλά επιρρεπής στο να παίρνουν ρίσκα, χαρακτηρίζονται από γοητεία προκειμένου να χειρίζονται τους άλλους για δικό τους όφελος (Hicks et al., 2004). Η δευτερογενής ψυχοπάθεια είναι αποτέλεσμα κυρίως περιβαλλοντικών αιτιών πχ κακοποίηση από τους γονείς ή απόρριψη, με αποτέλεσμα τα άτομα με αυτό το είδος της ψυχοπάθειας να εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα που μεταβάλλονται εύκολα, όπως νεύρωση, κατάθλιψη, θυμό, παρορμητικότητα και αγωνία. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται την έννοια του σωστού και του λάθους, αυτό όμως δεν τους εμποδίζει από το να ακολουθήσουν τις αντικοινωνικές ή και βίαιες τάσεις τους (Τσικρικού, 2014). Έτσι ως Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας, ορίζεται η συμπεριφορά ενός ατόμου που κύριο άξονα αναφοράς έχει την εξυπηρέτηση των δικών του αναγκών και επιδιώξεων, χωρίς να ενδιαφέρεται για τις οποιεσδήποτε επιπτώσεις της συμπεριφοράς αυτής στο περιβάλλον του (Παπαγεωργίου, 2004).

Αυτή λοιπόν η διαταραχή (ψυχοπάθεια) είναι μία εκ των πιο επιστημονικά «προκλητικών» ψυχολογικών δυσλειτουργιών που συμπεριλαμβάνονται σε επιστημονικές έρευνες, βιβλιογραφίες και κλινικές αναλύσεις δύο σχεδόν αιώνων στην ψυχολογία. Ο πιο συνήθης όρος, όμως, που χρησιμοποιείται πλέον για την

ψυχοπάθεια είναι Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Antisocial Personality Disorder ή APD) (Holmes, 1994).

Ο **αντικοινωνικός τρόπος ζωής** συνίσταται από ένα ευρύ φάσμα συναφών συμπεριφορών, στις οποίες περιλαμβάνονται ανεύθυνη και μη ενοχική συμπεριφορά, μη συμμόρφωση στις κοινωνικές νόρμες και παραβίαση νόμων, χειραγώγηση και εκμετάλλευση των άλλων για προσωπικό όφελος, «χειριστική συμπεριφορά», εξαπάτηση και αδιαφορία για σταθερές σχέσεις και για τα συναισθήματα των άλλων, αδυναμία του ατόμου να αντιληφθεί την έννοια των τύψεων καθώς και την αξία της ανθρώπινης ζωής πολλές φορές (Σακελλαρόπουλος, 2003). Τα αντικοινωνικά άτομα συχνά παρουσιάζουν ποικιλομορφία στη συμπεριφορά τους, αν και η πρόωμη ενήλικη ζωή χαρακτηρίζεται από μετάπτωση σε ατομική παραβατικότητα από την αρχική ομαδική παραβατικότητα

Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι ένας σχετικά πρόσφατος όρος για τη διαταραχή της προσωπικότητας που παλαιότερα ονομαζόταν «ψυχοπαθητική», «κοινωνικοπαθητική» ή «δυσκοινωνική» διαταραχή. Ανήκει στην ομάδα Β΄ των Διαταραχών της Προσωπικότητας. Σε αυτή την ομάδα κατηγοριοποιούνται τα άτομα που παρουσιάζονται με έντονα **δραματικά συναισθήματα**. Οι διαγνώσεις σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνουν άτομα με ένα εύρος συμπτωμάτων, τα οποία συγκλίνουν στο ότι τείνουν να συμπεριφέρονται με τρόπο ασταθή, απρόβλεπτο, αλλοπρόσαλλο και απαιτητικό, που αποζητά και διεκδικεί την προσοχή (Σακελλαρόπουλος, 2003).

Τα άτομα αυτά τείνουν να είναι ευερέθιστα, επιθετικά και να εμπλέκονται σε συμπλοκές και βιαιοπραγίες που μπορεί να περιλαμβάνουν τον/την σύζυγο ή τα παιδιά. Συχνά εκδηλώνουν επικίνδυνη συμπεριφορά χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους την προσωπική ασφάλεια. Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας συχνά είναι διαζευγμένοι, κάνουν χρήση αλκοόλ/ναρκωτικών, έχουν άγχος, κατάθλιψη, είναι άνεργοι, άστεγοι και έχουν εγκληματική συμπεριφορά. Ωστόσο, ορισμένα άτομα με αυτή τη διαταραχή φτάνουν σε υψηλές θέσεις εξουσίας στην κοινωνία μέσω χειραγώγησης και εξαπάτησης (Κυπραίου, 2016).

Τυπικό χαρακτηριστικό γνώρισμα για τα άτομα αυτά αποτελεί το να έχουν πολλαπλές ερωτικές σχέσεις (ποτέ δεν μένουν σε μια μονογαμική σχέση περισσότερο από ένα χρόνο). Επίσης δεν αισθάνονται καθόλου τύψεις για τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς τους προς τους άλλους. Μετά την ηλικία των 30 ετών η έντονη αντικοινωνική συμπεριφορά και ιδιαίτερα αυτή που αφορά την σεξουαλική

υπερδραστηριότητα, τις συμπλοκές και την εγκληματικότητα υποχωρεί (Γκιουζέπας, 2008). Υπολογίζεται μάλιστα ότι περίπου το 40% των τροφίμων φυλακών έχει αυτά τα χαρακτηριστικά. Βέβαια, η τιμωρία συνήθως δεν έχει αποτέλεσμα γιατί οι έγκλειστοι με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να μάθουν να αποφεύγουν την τιμωρία και δεν μαθαίνουν ούτε να καταστέλλουν την αντικοινωνική/εγκληματική τους δράση ούτε να βελτιώνουν την συμπεριφορά τους, ώστε να μην ξανά συλληφθούν (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Άτομα με αυτήν τη διαταραχή δεν έρχονται συνήθως μόνα τους στη θεραπεία και είναι πιο πιθανό να ανευρεθούν σε φυλακές, δικαστήρια κτλ. Όταν εμφανίζονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες, συχνά προσέρχονται παρά τη θέληση τους ή για να αποφύγουν νομικές συνέπειες (Μάνου, 1997).

Η αντικοινωνική συμπεριφορά αρχίζει πριν τα 15 έτη, οπότε και τα άτομα παρουσιάζουν κάποια από τα συμπτώματα της **Διαταραχής της Διαγωγής**, δηλαδή επιθετικότητα προς ανθρώπους και ζώα, καταστροφή ιδιοκτησίας, εξαπάτηση ή κλοπές και σοβαρή παραβίαση κανόνων. Στη εφηβεία, η σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων αυτών ξεκινά νωρίς και μπορεί να είναι ασυνήθιστα επιθετική ή βίαιη, εμφανίζεται συχνά κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών και αρχίζουν οι δυσκολίες με το νόμο (Σικελιανού, 2010). Κατά την παιδική ηλικία, τα άτομα αυτά έχουν συνήθως **εναντιωματική προκλητική διαταραχή** (Oppositional Defiant Disorder – ODD) προς τους γονείς και τους δασκάλους, η οποία εξελίσσεται σε διαταραχή συμπεριφοράς (παραβατικότητα) στην εφηβεία. Αυτή η παραβατικότητα παίρνει τη μορφή ριψοκίνδυνης αναζήτησης διέγερσης, σωματικής βίας και παρανομίας. Αυτά τα άτομα γίνονται οι εκφοβιστές του σχολείου (bullies), κλέφτες, βάνδαλοι και έμποροι ναρκωτικών (Κυπραίου, 2016). Ωστόσο, για εκείνους που αυξάνουν την παραβατική συμπεριφορά τους καθώς μπαίνουν στην ενηλικίωση, η διάγνυσή τους αλλάζει από διαταραχή συμπεριφοράς σε αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας.

Κατά την ενήλικη ζωή, τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά εμμένουν και επιπροσθέτως τα άτομα αυτά δεν μπορούν συνήθως να κρατήσουν υπεύθυνα μία δουλειά, μία σχέση ή να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους ως γονείς και αδιαφορούν για τη δική τους ασφάλεια ή των άλλων, για παράδειγμα οδηγούν συχνά υπό την επήρεια αλκοόλ και έχουν πολλαπλά ατυχήματα. Επιπλέον, προοδευτικά ενδέχεται να οδηγούνται σε αλκοολισμό, αλητεία, κοινωνική απομόνωση και παράνομες πράξεις. Η **έλλειψη συνέπειας** και αισθήματος ευθύνης και η αδυναμία

των ατόμων αυτών να μάθουν από τις εμπειρίες τους και τα λάθη τους συνιστούν χαρακτηριστικά της διαταραχής (Σικελιανού, 2010). Στην ενήλικη ζωή, τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας μειώνουν περισσότερο τις αναστολές τους (Κυπραίου, 2016). Παίρνουν πιο πολλά ρίσκα, έχουν τάση προς την ανία και χρειάζονται διέγερση, έχουν ασύδοτη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη παρορμητικότητα και ανευθυνότητα. Θέλουν άμεση ικανοποίηση και ενεργούν χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις μελλοντικές συνέπειες. Αυτή η συμπεριφορά έρχεται σε αντίθεση με την ευσυνειδησία που σύμφωνα με έρευνες είναι πιο σημαντική από τη νοημοσύνη, ως προγνωστικό στοιχείο της ακαδημαϊκής και επαγγελματικής επιτυχίας ενός ατόμου (Κυπραίου, 2016).

Πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτή τη διαταραχή είναι η **απουσία ενοχής**. Επίσης, χαρακτηριστική είναι η γοητεία και η ικανότητα χειραγώγησης που έχουν οι ασθενείς αυτοί, με αποτέλεσμα κατά τη διαδικασία της συνέντευξης να φαίνονται απόλυτα λειτουργικοί. Όπως αναφέρει και η Rule (2000), αυτά τα άτομα έχουν την ικανότητα να είναι φαινομενικά υπερβολικά γοητευτικά και κοινωνικά. Μπορούν να είναι ο καλύτερος φίλος ή ο ευχάριστος γείτονας. Λόγω της ικανότητας τους να χειρίζονται τους γύρω τους έχουν την δυνατότητα να μπορούν να μεταμφιέζουν τη διαταραχή τους. Αυτές οι προσωπικότητες που από τη φύση τους έχουν και ηγετικές τάσεις βρίσκονται πολύ συχνά **σε σημαντικές κοινωνικές θέσεις** π.χ. πολιτικοί, αστυνομικοί, καθηγητές, διευθυντές πολυεθνικών, άτομα δηλαδή που αποφασίζουν για το μέλλον άλλων ανθρώπων. Για αυτό το λόγο πολλές φορές η διάγνωση πρέπει να βασίζεται στη συλλογή πληροφοριών από την οικογένεια, το ευρύτερο περιβάλλον και τις αστυνομικές ή δικαστικές αρχές (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

1.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΑΣ

Στο κλασικό βιβλίο του *The Mask of Sanity* (Η μάσκα της ψυχικής υγείας) (1941/1976), ο Hervey Cleckley βασίστηκε στην κλινική του εμπειρία για να διατυπώσει τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχοπάθεια. Σε αντίθεση με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM για την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας τα οποία επικεντρώνονται σε εμφανή συμπτώματα, τα κριτήρια του Cleckley για την ψυχοπάθεια αναφέρονται περισσότερο στις σκέψεις και στα συναισθήματα του ατόμου και λιγότερο στη συμπεριφορά του.

Στην περιγραφή του Cleckley ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοπάθειας είναι η φτωχή συναισθηματική ζωή, όσον αφορά τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα : τα ψυχοπαθητικά άτομα δε νιώθουν ντροπή και τα φαινομενικά θετικά συναισθήματά τους για τους άλλους είναι εντελώς ψεύτικα. Σε επιφανειακό επίπεδο οι άνθρωποι αυτοί είναι γοητευτικοί και χρησιμοποιούν την γοητεία τους, για να χειριστούν τους άλλους για προσωπικό τους όφελος. Η έλλειψη άγχους που τους χαρακτηρίζει μπορεί να μην τους επιτρέπει να μάθουν από τα λάθη τους και το γεγονός ότι δεν έχουν θετικά συναισθήματα τους κάνει να συμπεριφέρονται ανεύθυνα και συχνά σκληρά προς τους άλλους. Άλλο ένα βασικό στοιχείο στην περιγραφή του Cleckley είναι ότι η αντικοινωνική συμπεριφορά των ψυχοπαθητικών ατόμων εκδηλώνεται παρορμητικά τόσο για τη διέγερση που προσφέρει όσο και για συγκεκριμένους λόγους, όπως είναι το οικονομικό όφελος.

Ο Robert Hare και οι συνεργάτες του (1990) δημιούργησαν μία λίστα συμπτωμάτων που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ψυχοπάθειας. Τα συμπτώματα της ψυχοπάθειας χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη που ονομάζεται **συναισθηματική αποστασιοποίηση**(*πρωτογενής ψυχοπάθεια*), αφορά άτομα εγωιστικά που δεν αισθάνονται ενοχή και που εκμεταλλεύονται τους άλλους. Η δεύτερη αφορά έναν **αντικοινωνικό τρόπο ζωής**(*δευτερογενής ψυχοπάθεια*) που χαρακτηρίζεται από **παρορμητικότητα και ανευθυνότητα**. Με βάση αυτήν τη λίστα των συμπτωμάτων του Hare, η ψυχοπάθεια εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (Salekin, Rogers & Sewell, 1997).

1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΑΣ

Η διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας είναι μία λεπτομερής και πολλές φορές χρονοβόρα διαδικασία και βασίζεται σε μία σειρά από διαγνωστικές ψυχολογικές έρευνες και αναλύσεις, όπως επίσης και επαγγελματική συνεργασία(*professional consultation*) μεταξύ ψυχολόγων και ψυχιάτρων όπου εξετάζονται όλα τα κριτήρια και από τις δύο αυτές επιστήμες, έτσι ώστε να διαγνωσθεί ορθά η ύπαρξη ή όχι της συγκεκριμένης δυσλειτουργίας ή εάν αφορά παρόμοια δυσλειτουργία ή όχι, ή εάν αφορά απόλυτα ιατρικές/νεύρο – χημικές και ορμονικές πτυχές του ανθρώπου(Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Τα επιστημονικά συμπεράσματα περί της προέλευσης ή και ανάπτυξης της συγκεκριμένης δυσλειτουργίας αφορούν στην πιθανή γενετική προέλευση της ή τη σταδιακή ανάπτυξη της, οικογενειακά ή και κοινωνικά. Όμως, το σίγουρο είναι ότι γι’

αυτή τη συγκεκριμένη δυσλειτουργία, όπως και για τόσα άλλα πολύπλοκα είδη δυσλειτουργιών (πχ οι υποκατηγορίες των ειδών της σχιζοφρένειας κτλ), πλέον αναμένουμε στην ψυχολογία τα αποτελέσματα της ανάλυσης του γενετικού κώδικα του ανθρώπου που αδιαμφισβήτητα θα απαντήσει σε αναρίθμητες ερωτήσεις περί αμέτρητων πτυχών του ανθρώπινου ψυχολογικού οργανισμού (Σπανός, 2011).

1.4.1 ΔΙΑΜΑΧΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και η ψυχοπάθεια σχετίζονται μεταξύ τους, αλλά δεν είναι ταυτόσημες. Μία πρόσφατη έρευνα βρήκε ότι μόνο το 20% περίπου των ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας συγκέντρωνε υψηλή βαθμολογία στη λίστα συμπτωμάτων του Hare (Rutherford, Cacciola, & Alterman, 1999). Επιπλέον, η έλλειψη ενοχής που είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ψυχοπάθειας είναι ένα μόνον από τα επτά κριτήρια του DSM για τη διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και δεν είναι απαραίτητο κριτήριο για να δοθεί διάγνωση. Κατά, συνέπεια μπορεί κάποιος να πληροί τα κριτήρια του DSM για την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και να μην παρουσιάζει την έλλειψη ενοχής που αποτελεί ουσιαστικό γνώρισμα της ψυχοπάθειας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχουν δεχτεί κριτική σε διάφορα επίπεδα. Τα κριτήρια του DSM διευκρινίζουν ότι οι συγκεκριμένοι τύποι αντικοινωνικής συμπεριφοράς πρέπει να εμφανιστούν στην παιδική ηλικία και να υπάρχουν ενδείξεις ότι το άτομο είχε διαταραχή της διαγωγής πριν από την ηλικία των 15 ετών. Κάποιοι ερευνητές ασκούν κριτική στα κριτήρια του DSM για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, επειδή το κριτήριο που κάνει λόγο για εμφάνιση της διαταραχής στην παιδική ηλικία απαιτεί ακριβείς αναφορές γεγονότων του μακρινού παρελθόντος από άτομα που ψεύδονται συστηματικά (Hare, Hart, & Harpur, 1991). Άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι το κριτήριο της πρώιμης εμφάνισης της διαταραχής δεν έχει βάση. Αν και αληθεύει ότι το 60% των παιδιών με διαταραχή της διαγωγής εμφανίζει αργότερα αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Myers, Stewart, & Brown, 1998), από τα άτομα που πληρούν τα υπόλοιπα κριτήρια για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας εκείνα που είχαν διαταραχή της διαγωγής στην παιδική τους ηλικία μοιάζουν αρκετά με εκείνα που δεν είχαν την διαταραχή (Langbehn & Cadoret, 2001). Πολλοί ερευνητές θεωρούν, επιπλέον, ότι μία διάγνωση δεν πρέπει να είναι συνώνυμη της εγκληματικότητας. Παρ' όλα αυτά, το 75 με 80% των καταδικασμένων κακοποιών

πληροί τα κριτήρια για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Αντίθετα, μόνο το 15 με 25% των καταδικασμένων κακοποιών πληροί τα κριτήρια για την ψυχοπάθεια (Hart & Hare, 1989).

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ *DSM-IV* ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας (βάσει του Dunner, 1997/II), συμπεριλαμβάνουν την παιδική και την ενήλικη ζωή του ανθρώπου. Για παράδειγμα μεταξύ άλλων ένα συγκεκριμένο κλινικό κριτήριο αφορά στην προ της ηλικίας των 15 ετών χρονική περίοδο, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο πρέπει να είχε φανερώσει προχωρημένου σταδίου δυσλειτουργική διαγωγή στη συμπεριφορά του (πχ σκληρότητα και κακοποίηση έναντι ζώων, φυγοπονία, κλεψιές, προβλήματα με τον νόμο, συμπεριφορά με χαρακτηριστικό την κακία έναντι άλλων ατόμων κτλ). Στην εφηβική και ενήλικη ζωή, μετά τα 15 χρόνια της ηλικίας, τα κλινικά κριτήρια για την διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας βασίζονται στον κανόνα της καταπάτησης των δικαιωμάτων άλλων ανθρώπων και την ασυνειδησία προς τη σημασία του σέβασθαι αυτά τα δικαιώματα των άλλων ατόμων (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010). Συνοπτικά τα κλινικά κριτήρια βασίζονται κυρίως ως προς το εάν κάποιο είδος συμπεριφοράς έχει σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία των άλλων ανθρώπων και της κοινωνίας γενικότερα. Είναι επιπλέον σημαντικό ότι η συγκεκριμένη δυσλειτουργία συνήθως συνυπάρχει και με άλλου είδους κλινικές ψυχολογικές ή και ψυχιατρικές δυσλειτουργίες με τα πιο συχνά παραδείγματα, αυτά των δυσλειτουργιών ψυχολογικής έντασης και της κατάχρησης και εθισμού σε ουσίες (Σικελιανού, 2010).

Παρόλα αυτά στις ΗΠΑ, έρευνες δείχνουν ότι άτομα τα οποία έχουν συγγένεια πρώτου βαθμού με άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κατάσταση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα στο να αναπτύξουν αντικοινωνικές συμπεριφορές και εθισμό και κατάχρηση ουσιών από άτομα που δεν έχουν τέτοιου είδους ιστορικό δυσλειτουργίας στην οικογένειά τους (Σπανός, 2011).

Τα διαγνωστικά κριτήρια λοιπόν είναι τα παρακάτω:

- Παραβιάζει επανειλημμένα το νόμο
- Εξαπατά τους άλλους και ψεύδεται
- Συμπεριφέρεται παρορμητικά

- Συμπεριφέρεται με ευερεθιστότητα και επιθετικότητα
- Παρουσιάζει απερίσκεπτη αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού του και των άλλων
- Συμπεριφέρεται με ανευθυνότητα, όπως φαίνεται από το ότι φέρεται αναξιόπιστα στον επαγγελματικό χώρο ή από το ότι δεν εκπληρώνει τις οικονομικές του υποχρεώσεις
- Δεν έχει τύψεις
- Υπάρχουν ενδείξεις ότι υπήρχε διαταραχή της διαγωγής πριν από την ηλικία των 15 ετών
- Είναι τουλάχιστον 18 ετών
- Η αντικοινωνική συμπεριφορά δε λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο επεισοδίων σχιζοφρένειας ή μανίας (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

1.6 ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Όπως όλες οι διαταραχές προσωπικότητας, έτσι και η αντικοινωνική διαταραχή είναι ένα βαθιά ριζωμένο, χρόνιο μοντέλο συμπεριφοράς που εκδηλώνεται ως μία άκαμπτη αντίδραση σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων. Αυτή η συμπεριφορά αντιπροσωπεύει μια ακραία ή σημαντική απόκλιση από τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους άλλους ο μέσος άνθρωπος, σε ένα δεδομένο πολιτισμικό πλαίσιο. Συνήθως έχει μια μονιμότητα και προκαλεί υποκειμενική δυσφορία και προβλήματα στην κοινωνική επίδοση (Σικελιανού, 2010).

Η διαταραχή συνήθως είναι εμφανής στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, όταν έχουν εδραιωθεί τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Υπάρχουν ορισμένες κοινωνικές δεξιότητες που λείπουν από τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας (Κυπραίου, 2016).

- ❖ *Σεβασμός*, να φέρονται στους άλλους με σεβασμό και εκτίμηση.
- ❖ *Υπευθυνότητα*, να είναι αξιόπιστοι και προσεχτικοί. Να μπορούν να αποδεχτούν την ευθύνη τους και να επανορθώνουν.
- ❖ *Τιμότητα*, να μην λένε ψέματα, να μην κλέβουν και να μην εξαπατούν.
- ❖ *Συνεργασία*, να συνεργάζονται ισότιμα με τους άλλους.
- ❖ *Ανιδιοτέλεια*, να μπορούν να προσφέρουν χωρίς προσωπικό συμφέρον.
- ❖ *Καλοσύνη – Ευγένεια*.

- ❖ *Σεξουαλική εγκράτεια*, να αποφεύγουν το περιστασιακό σεξ της μιας βραδιάς και να μην έχουν έντονη επιθυμία για παράνομο σεξ.
- ❖ *Σύνεση*, να σκέφτονται προσεχτικά πριν μιλήσουν ή δράσουν, να είναι προσεχτικοί.
- ❖ *Έλεγχος θυμού*, να μην θυμώνουν για μικρά πράγματα και γενικά να μην φέρονται άσχημα ή εκδικητικά.

Αυτές οι κοινωνικές δεξιότητες είναι απαραίτητες για την υγιή λειτουργία της κοινωνικότητας (Κυπραίου, 2016).

1.7 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο και με διαβίωση σε πόλεις. Είναι πολύ πιο συχνή σε άντρες απ’ ότι σε γυναίκες. Για παράδειγμα, το ποσοστό της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι υψηλότερο από ότι στη Σκοτία (Cooke & Michie, 1999).

Ο επιπολασμός της στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 3% στους άνδρες και περίπου 1% στις γυναίκες. Σε κλινικούς πληθυσμούς, ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος και ποικίλλει από 3% ως 30%. Ακόμη μεγαλύτερος είναι σε προγράμματα απεξάρτησης και στις φυλακές και τα αναμορφωτήρια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 3% με 5% των ανδρών και περίπου το 1% των γυναικών πληροί τα κριτήρια για την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας (Robins & Price, 1991). Επίσης, το ποσοστό της διαταραχής είναι υψηλότερο στους νεότερους ενήλικες από ότι σε αυτούς μεγαλύτερης ηλικίας και φαίνεται ότι κάποιοι, ωριμάζοντας παύουν να παρουσιάζουν τα συμπτώματα. Μία έρευνα επανεξέτασε άτομα που είχαν νοσηλευτεί λόγω αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας έπειτα από 16 με 45 χρόνια. Περίπου το ένα τέταρτο των ατόμων αυτών δεν είχε πλέον αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και άλλο ένα τρίτο είχε βελτιωθεί (Black, Baumgard & Bell, 1995). Περίπου τα τρία τέταρτα των ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και για άλλες διαταραχές, με την κατάχρηση ουσιών να αποτελεί τη συνηθέστερη συνυπάρχουσα συνοδή διαταραχή (Newman et al., 1998). Δεν προκαλεί επομένως έκπληξη το γεγονός ότι παρατηρείται υψηλό ποσοστό αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας στις υπηρεσίες αποκατάστασης ατόμων με εξάρτηση από ουσίες (Sutker & Adams, 2001).

Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια, αλλά η διαταραχή μπορεί να γίνει λιγότερο εμφανής ή και να υπάρξει ύφεση καθώς το άτομο προχωρά στην ηλικία, ιδιαίτερα μετά τα 40. Ωστόσο, η ύφεση αυτή φαίνεται να αφορά κυρίως την εγκληματική συμπεριφορά και σε μικρότερο βαθμό την υπόλοιπη αντικοινωνική συμπεριφορά και την κατάχρηση ουσιών (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

1.8 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τον Livesley (1993) και τον Kernberg (1984), η αιτιολογία της διαταραχής βασίζεται στους *Γενετικούς παράγοντες*, τους *Περιβαλλοντικούς παράγοντες* και τις *μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά*. Σύμφωνα με τους Γενετικούς παράγοντες, μελέτες έχουν δείξει ότι η Αντικοινωνική Διαταραχή είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με την διαταραχή αυτή. Ο κίνδυνος μάλιστα για τους βιολογικούς συγγενείς να έχουν τη διαταραχή είναι μεγαλύτερος όταν τα άτομα με τη διαταραχή είναι γυναίκες. Επίσης, οι βιολογικοί συγγενείς των ατόμων με τη διαταραχή αυτή έχουν πολλές πιθανότητες να αναπτύξουν τη Σωματοποιητική Διαταραχή ή την εξάρτηση από ουσίες. Σε μια οικογένεια με άτομο το οποίο εμφανίζει την Αντικοινωνική Διαταραχή είναι πολύ πιθανό τα αγόρια της οικογένειας αυτής να αναπτύξουν την Αντικοινωνική Διαταραχή και την Εξάρτηση από ουσίες, ενώ τα κορίτσια είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν τη Σωματοποιητική διαταραχή.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο περιβαλλοντικοί, όσο και γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής αυτής. Ο κύριος περιβαλλοντικός παράγοντας φαίνεται να είναι η διαταραγμένη συμπεριφορά των γονιών κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού, ασταθής και ασυνεπής συμπεριφορά των γονιών προς το παιδί (όσον αφορά την παροχή ζεστασιάς, ενδιαφέροντος, φροντίδας ή επιβολής κανόνων) μπορεί να αυξάνουν την πιθανότητα, τόσο για εμφάνιση διαταραχής της διαγωγής, όσο και η διαταραχή της διαγωγής να εξελιχθεί σε αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Ακόμα, αν η διαταραχή της διαγωγής εμφανισθεί νωρίς (πριν τα 10 έτη) και επίσης εμφανισθεί διαταραχή ελαττωματικής προσοχής / υπερκινητικότητας αυξάνεται η πιθανότητα για την ανάπτυξη αργότερα αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Οι Μελέτες με υιοθετημένα παιδιά επιδεικνύουν τη συμμετοχή τόσο των γενετικών όσο και των περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιολογία της ομάδας

αυτής των διαταραχών : Τόσο τα υιοθετημένα, όσο και τα βιολογικά παιδιά γονιών με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, σωματοποιητική διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (Σικελιανού, 2010).

Συναίσθημα και Ψυχοπάθεια : Αρκετές ερευνητικές προσπάθειες έχουν εστιάσει στην κατανόηση του ρόλου που παίζουν τα συναισθήματα στην ψυχοπάθεια. Στον ορισμό που έδωσε για το ψυχοπαθητικό σύνδρομο, ο Cleckley επισήμανε την αδυναμία των ατόμων με ψυχοπάθεια να επωφεληθούν από τις εμπειρίες τους, ακόμη και από την τιμωρία. Τα άτομα αυτά δείχνουν να μην μπορούν να αποφύγουν τις αρνητικές συνέπειες της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Πολλοί από αυτούς παρουσιάζουν χρόνια παραβατική συμπεριφορά, παρότι τιμωρούνται επανειλημμένα με φυλάκιση. Φαίνεται να μην επηρεάζονται από το άγχος και τις κρούσεις της συνείδησης που εμποδίζουν τους περισσότερους από εμάς να παραβιάσουμε τους νόμους, να πούμε ψέματα ή να βλάψουμε τους άλλους και δυσκολεύονται να χαλιναγωγήσουν τις παρορμήσεις τους. Σύμφωνα με την ορολογία της θεωρίας της μάθησης τα άτομα με ψυχοπάθεια δε μαθαίνουν να αποφεύγουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, επειδή δεν ανταποκρίνονται στις τιμωρίες που υφίστανται για την αντικοινωνική τους συμπεριφορά. Κατά πάσα πιθανότητα τα άτομα αυτά δε βιώνουν εξαρτημένες αντιδράσεις φόβου, όταν βρίσκονται σε συνθήκες στις οποίες οι αντιδράσεις αυτές υπό συνθήκες λειτουργούν ανασταλτικά για την αντικοινωνική συμπεριφορά (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Μία κλασική έρευνα εξέτασε την υπόθεση ότι τα άτομα με ψυχοπάθεια δεν έχουν παρά περιορισμένες αναστολές όσον αφορά την αντικοινωνική συμπεριφορά, επειδή βιώνουν ελάχιστο άγχος (Lykken, 1957). Γενικά, θεωρείται ότι το άγχος διαμεσολαβεί στην ικανότητα του ατόμου να μάθει να αποφεύγει αποστροφικά ερεθίσματα, όπως είναι το ηλεκτροσόκ. Προκειμένου να προσδιορίσει κατά πόσον τα άτομα με ψυχοπάθεια έχουν πράγματι χαμηλό επίπεδο άγχους, ο Lykken αξιολόγησε πόσο καλά μπορούσαν να μάθουν να αποφεύγουν το ηλεκτροσόκ. Η επίδοση των ατόμων με ψυχοπάθεια στη μάθηση αποφυγής του ηλεκτροσόκ ήταν φτωχότερη από εκείνη της ομάδας ελέγχου, γεγονός που συμφωνεί με την υπόθεση ότι βιώνουν λιγότερο άγχος.

1.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ειδικοί από διάφορες θεωρητικές σχολές υποστηρίζουν, εδώ και χρόνια, ότι είναι ανούσιο να προσπαθεί κανείς να αλλάξει τη σκληρή και αμετανόητη φύση των ατόμων με ψυχοπάθεια (πχ Cleckley, 1976). Ακόμη και όταν παρατηρείται κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά, όπως στην περίπτωση της εκπαίδευσης των κρατουμένων σε κοινωνικές δεξιότητες, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα θεραπευτικά οφέλη που παρατηρούνται είναι πιθανό να μην έχουν διάρκεια (Corrigan, 1991). Με άλλα λόγια, το άτομο με ψυχοπάθεια μπορεί απλώς να συνεργάζεται με το θεραπευτή, για να αποκομίσει κάποιο όφελος¹, δηλαδή η αλλαγή μπορεί να αποτελεί μία από τις εκφάνσεις της χειριστικής συμπεριφοράς που χαρακτηρίζει τα άτομα με ψυχοπάθεια. *Τα άτομα που λένε ψέματα, που δεν νοιάζονται για τα συναισθήματα των άλλων, που δείχνουν να μη λαμβάνουν υπόψη την ηθική διάσταση των πραγμάτων και που δεν έχουν κίνητρο να συμμορφωθούν με τους νόμους της κοινωνίας θεωρούνταν κακοί υποψήφιοι για θεραπεία.*

Η θεραπεία των ασθενών αυτών είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί τα άτομα αυτά δεν είναι κινητοποιημένα για θεραπεία, δεν μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους και δεν μπορούν να βάλουν όρια στη συμπεριφορά τους. Μακρόχρονα συμπεριφορικά προσανατολισμένα προγράμματα σε νοσοκομεία ή φυλακές προσπαθούν να ελέγξουν την αντικοινωνική συμπεριφορά των ασθενών αυτών, να τους βοηθήσουν να βάλουν όρια και να αποκαταστήσουν τη λειτουργικότητά τους. Σε τέτοια περιβάλλοντα αυστηρών ορίων, τα άτομα με τη διαταραχή αυτή αρχίζουν να εμφανίζουν άγχος και αργότερα κατάθλιψη και γίνονται εμφανείς οι βαθύτερες δυσκολίες τους για στενή διαπροσωπική σχέση και ο φόβος τους για κριτική και απόρριψη (Μάνου, 1997). Η παράνομη και παρορμητική συμπεριφορά τους συχνά παραμένει ως τη μέση ηλικία. Μετά συνήθως μειώνεται, αφού έχουν χάσει σχεδόν τα πάντα και έχουν κόψει όλες τις γέφυρες. Δυστυχώς, η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να διαρκέσει για μία ζωή εάν η εγκληματική συμπεριφορά του ατόμου δεν τιμωρηθεί. Ίσως η καλύτερη θεραπεία είναι μία σχέση εμπιστοσύνης με έναν θεραπευτή που αρνείται να χειραγωγηθεί (Κυπραίου, 2016).

¹ Συνήθως η μόνη επαφή τους με ένα θεραπευτή είναι είτε λόγω δικαστικής εντολής για ψυχιατρική εκτίμηση ή για να προσπαθήσουν να τον χειραγωγήσουν ώστε να τους δώσει – καταχρηστικά – *σύνταξη αναπηρίας, ασφαλιστική αποζημίωση ή ευνοϊκή ψυχιατρική εκτίμηση για κάποια επερχόμενη δικαστική διαμάχη.*

Η ψυχοθεραπεία είναι σχεδόν πάντα η πιο κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση για τη διαταραχή αυτή. Τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στη σταθεροποίηση των εναλλαγών της διάθεσης ή άλλων συμπτωμάτων που συνυπάρχουν(Κυπραίου, 2016). Όμως, δεν υπάρχει καμία έρευνα που να υποστηρίζει τη χρήση φαρμάκων για την άμεση αντιμετώπιση της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας. Χρειάζεται να γίνει προσεκτική και διεξοδική αξιολόγηση για να διαγνωστεί αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, γιατί συχνά συγχέεται με την απλή εγκληματική δραστηριότητα (δεν έχουν όλοι οι εγκληματίες αυτή τη διαταραχή), με ενήλικη αντικοινωνική συμπεριφορά, καθώς και άλλες δραστηριότητες οι οποίες δεν δικαιολογούν τη διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας(Κυπραίου, 2016).

Επειδή, πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από τη διαταραχή αυτή θα υποχρεωθούν (με δικαστική απόφαση) σε θεραπεία μερικές φορές σε ένα πλαίσιο φυλακής, θα είναι δύσκολο για τον ασθενή να βρει κίνητρο(Κυπραίου, 2016). Σε ένα περιορισμένο περιβάλλον, αυτό μπορεί να είναι σχεδόν αδύνατο και η θεραπεία θα πρέπει τότε να επικεντρωθεί σε εναλλακτικά ζητήματα της ζωής, όπως 1) σε στόχους για όταν αποφυλακιστεί, 2) βελτίωση των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων, 3) εκμάθηση νέων δεξιοτήτων διαχείρισης και 4) ενίσχυση των αποδεκτών συμπεριφορών.

Οι απειλές δεν είναι ποτέ ένα κατάλληλο κίνητρο σε οποιοδήποτε είδος της θεραπείας και αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο στην αντικοινωνική διαταραχή. Αν ο μόνος τρόπος για να παρακινήσεις τον ασθενή είναι να τον απειλήσεις ότι θα αναφέρεις την έλλειψη συμμόρφωσης του προς τη θεραπεία, στο δικαστήριο ή στον υπεύθυνο της φυλακής, είναι μάλλον απίθανο ο κλινικός να πετύχει κάποια πρόοδο στη θεραπεία. Είναι σκόπιμο, ωστόσο, να βοηθήσεις το άτομο να βρει καλούς λόγους για να θελήσει να δουλέψει με το πρόβλημα. Για παράδειγμα, να διασφαλίσει ότι δεν θα έχει ξανά μπλεξίματα με το νόμο, ότι δεν θα ξαναμπει φυλακή ούτε θα υποβληθεί σε άλλες ψυχολογικές/ψυχιατρικές αξιολογήσεις(Κυπραίου, 2016).

Στο πλαίσιο εξωτερικού ιατρείου, η θεραπεία μπορεί επίσης να επικεντρωθεί σ' αυτά τα θέματα, αλλά ένα μέρος της θα πρέπει να αφιερωθεί στη συζήτηση για την αντικοινωνική συμπεριφορά και τα συναισθήματα (ή την έλλειψη αυτών). Κοινό χαρακτηριστικό των ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας είναι η έλλειψη σύνδεσης μεταξύ συναισθημάτων και συμπεριφορών. Θα είναι ωφέλιμο για το άτομο να μπορέσει να κάνει συνδέσεις ανάμεσα στις πράξεις και στα

συναισθήματα του. Τα συναισθήματα είναι συνήθως μια βασική πτυχή της θεραπείας αυτής της διαταραχής. Οι ασθενείς συχνά είχαν ελάχιστες ή καμία συναισθηματικά ικανοποιητική, σημαντική σχέση στη ζωή τους, οπότε η θεραπευτική σχέση μπορεί να είναι μία από τις πρώτες. Αυτό ίσως είναι πολύ τρομακτικό για τον ασθενή, αρχικά και μπορεί να γίνει ανυπόφορο. Μια στενή θεραπευτική σχέση μπορεί να προκύψει μόνο όταν έχει εγκαθιδρυθεί μια σταθερή συμπάθεια και επικοινωνία με τον ασθενή και εκείνος μπορεί μέσα του να εμπιστευτεί τον θεραπευτή(Κυπραίου, 2016).

Η εμπιστοσύνη φέρνει το θέμα του απορρήτου, δεδομένου ότι συχνά ο ασθενής με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχει εισαγγελική εντολή για θεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι ο ειδικός μπορεί να χρειαστεί να κάνει αναφορά κάθε τόσο, σχετικά με την πρόοδο του ασθενή στη θεραπεία. Ο θεραπευμένος μπορεί αρχικά να είναι καχύποπτος και δύσπιστος με τον κλινικό, δεδομένου ότι δε θα είναι σαφές ποιος έχει τη μεγαλύτερη προτεραιότητα – ο ασθενής ή το δικαστήριο. Αυτός ο φόβος μπορεί να ανακουφιστεί μόνο με μια ειλικρινή αποκάλυψη σχετικά με το τι θα αποκαλύψει ο θεραπευτής στο δικαστήριο και ακόμη περισσότερο με την πάροδο του χρόνου, καθώς ο πελάτης μαθαίνει πως ότι λέει στη θεραπευτική συνεδρία δεν γίνεται ευρέως γνωστό(Κυπραίου, 2016). Οι περιορισμοί της θεραπείας θα πρέπει να συζητηθούν με τον ασθενή εξ αρχής, με σαφή και αντικειμενικό τρόπο, ώστε να μην υπάρχουν παρεξηγήσεις αργότερα. Το περιεχόμενο της θεραπείας θα πρέπει να επικεντρωθεί στα συναισθήματα του ασθενή ή στην έλλειψη αυτών. Καθώς το άτομο μαθαίνει να βιώνει διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις, μία απ' αυτές μπορεί να είναι η κατάθλιψη. Ο πελάτης πιθανώς δεν θα είναι εξοικειωμένος με τα συναισθήματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη και γι' αυτό θα είναι καλό ο κλινικός να παρέχει *υποστήριξη* και *εν-συναίσθηση* στο άτομο, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου(Κυπραίου, 2016).

Η ενίσχυση οποιουδήποτε συναισθήματος, πέρα από το θυμό ή την απογοήτευση είναι συνήθως ευεργετική. Η βίωση έντονου συναισθήματος είναι συνήθως ένα σημάδι προόδου στη θεραπεία(Κυπραίου, 2016). Το να παραμένεις σε «ασφαλή ζητήματα» και σε ανησυχίες της πραγματικής ζωής είναι ένας τρόπος θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτής της διαταραχής, αλλά πιθανότατα όχι τόσο αποτελεσματικός για την αλλαγή της συμπεριφοράς μακροπρόθεσμα, όσο μια προσέγγιση που δίνει έμφαση στην ανακάλυψη και την ταυτοποίηση κατάλληλων συναισθηματικών καταστάσεων.

Οι άνθρωποι που έχουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες με πρόσωπα εξουσίας. Ο θεραπευτής θα πρέπει συνήθως να παίρνει μια ουδέτερη στάση στο θέμα αυτό, να αποφεύγει να λογομαχεί και να παίρνει θέση για θέματα και πρόσωπα εξουσίας σε σχέση με τον πελάτη(Κυπραίου, 2016). Συνήθως ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να μπορέσει ένα άτομο με αντικοινωνική διαταραχή να αλλάξει τις ακατάλληλες συμπεριφορές του είναι να χρειαστεί να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της συμπεριφοράς του. Αυτό κάποιες φορές σημαίνει να αντιμετωπίζει δικαστήρια και φυλακές, αλλά μπορεί επίσης τελικά να αποτελέσει κινητήριο παράγοντα για τη θεραπεία του πελάτη(Κυπραίου, 2016).

Η ομαδική και οικογενειακή θεραπεία μπορεί επίσης να είναι βοηθητικές. Σε μια ομάδα εξειδικευμένη στην αντικοινωνική διαταραχή, ο ασθενής έχει μεγαλύτερο κίνητρο να συμβάλλει και να μοιραστεί με τους άλλους. Ο συντονιστής μιας τέτοιας ομάδας θα πρέπει να εξασφαλίσει, ότι η ομάδα δεν θα αποτελέσει «σεμινάριο» δεξιοτήτων και μεθόδων για εγκληματική συμπεριφορά(Κυπραίου, 2016). Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για την εκπαίδευση και την αύξηση κατανόησης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι οικογένειες συχνά παρερμηνεύουν και βρίσκονται σε σύγχυση σχετικά με την αιτία των αντικοινωνικών συμπεριφορών και την ιδέα ότι είναι μια ψυχική διαταραχή. Τα μέλη της οικογένειας χρειάζεται να συζητήσουν ανοιχτά για τη σύγχυση, την ενοχή που νιώθουν, τον πειρασμό να επανορθώσουν για τις εγκληματικές πράξεις του ασθενή και τις απογοητεύσεις τους (Κυπραίου, 2016).

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να έχουμε υπόψη μας πως τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας ή ψυχοπάθεια δεν είναι παρά άτομα «συναισθηματικά τυφλά» και όχι, όπως συχνά σκεφτόμαστε οι περισσότεροι, τα κακά εκείνα άτομα και τα αιμοσταγή που ικανοποιούνται κακοποιώντας τους άλλους.

1.9.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Φαρμακολογική θεραπεία : Αν και δεν υπάρχει καμία αξιόπιστη εκτίμηση της χρήσης των φαρμακολογικών θεραπειών μεταξύ εκείνων με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας στη βιβλιογραφία, μια μεγάλη λίστα των φαρμάκων συνταγογραφούνται συχνά. Οι Dolan και Coid (1993) αξιολόγησαν τη χρήση πολλών ομάδων φαρμάκων, όπως *αντικαταθλιπτικά, υπνωτικά, αγχολυτικά, αντιεπιληπτικά και διεγερτικά* του κεντρικού νευρικού συστήματος σε άτομα με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Η έρευνα πρότεινε πως η χρήση αυτών των παρεμβάσεων βρέθηκε να είναι περιορισμένη.

Ψυχολογικές παρεμβάσεις : Δυστυχώς, τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών θεραπειών για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι τόσο περιορισμένα όσο και για φαρμακολογικές θεραπείες (Duggan et al.,2007). Πολύ περισσότερη έμφαση έχει δοθεί στην ψυχολογική θεραπεία των άλλων διαταραχών της προσωπικότητας, κυρίως στη μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας (Kernberg, 1984· Linehan & Dimeff, 1997). Οι προηγούμενες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και ψυχοπάθειας πραγματοποιήθηκαν σε μεγάλο βαθμό σε υψηλής ασφάλειας νοσοκομεία (όπου το 25% πληρούσε τα κριτήρια της ψυχοπαθητικής διαταραχής). Όπως και με την αγωγή της διαταραχής της προσωπικότητας γενικότερα, οι ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις στη θεραπεία ήταν πιο διαδεδομένες (Cordess & Cox, 1998). Η γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση έχει κερδίσει μια εξέχουσα θέση. Για παράδειγμα, στην υπηρεσία “Επικίνδυνη και σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας” (DSPD) η υπηρεσία, παρέχει μια σειρά από παρεμβάσεις για εξαιρετικά ψυχοπαθείς άνδρες, συμπεριλαμβανομένων τη διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, την εστιασμένη θεραπεία, τη γνωστική αναλυτική θεραπεία και τα προγράμματα μείωσης της βίας (Υπουργείο Εσωτερικών, 2005a). Οι παρεμβάσεις αυτές περιμένουν αξιολόγηση. Παρόλα αυτά, όμως, το καθοριστικό ρόλο για την έκβαση της θεραπείας παίζει η διάθεση του ατόμου για αυτό – βελτίωση.

Η επεξεργασία και η διαχείριση της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας δοκιμάζουν τις ικανότητες του γιατρού. Παρά το γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς αναζητούν σπάνια ιατρική φροντίδα για την διαταραχή – ένα μόνο άτομο από τα επτά θα συζητήσει ποτέ τα συμπτώματά του με έναν γιατρό (Robins και Regier 1991).

Εν κατακλείδι, η σοβαρή αντικοινωνική συμπεριφορά προλαμβάνεται παρά θεραπεύεται. Για την **πρόληψη** απαιτείται πρωτοβουλία της πολιτείας με επίκεντρο ειδικότερα την **οικογένεια**. Η παρέμβαση για το παιδί σε κίνδυνο μέσα στην οικογένεια ή για εκείνο που δεν έχει οικογένεια είναι έργο περίπλοκο και απαιτεί συνολική μελέτη και προσέγγιση με πρωτοβουλία και συνεργασία των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και ψυχικής υγείας. Το πρόβλημα αυτό καμία υπηρεσία δεν μπορεί να το χειριστεί μόνη της. Στο κρίσιμο αυτό θέμα της παρέμβασης στην οικογένεια πρέπει να αναζητηθούν πληροφορίες και από άλλες χώρες όπου έχουν ασκηθεί με επιτυχία συντονισμένες προσπάθειες πρόληψης.

1.9.2 ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Μία περιεκτική μετά – ανάλυση 42 ερευνών που εξέτασε την ψυχολογική θεραπεία των ατόμων με ψυχοπάθεια αμφισβήτησε, ωστόσο, τις απαισιόδοξες απόψεις πάνω στην διαταραχή αυτή (Salekin, 2002). Οι έρευνες που συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την μετά – ανάλυση είχαν πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, αλλά 17 από αυτές, στις οποίες συμμετείχαν 88 άτομα με ψυχοπάθεια έδειξαν ότι η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βοήθησε ιδιαίτερα τα άτομα αυτά σε διάφορους τομείς. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι βελτιώθηκαν οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, αυξήθηκε η ικανότητα τους να νιώθουν τύψεις και εν- συναίσθηση, μειώθηκαν τα ψέματα που έλεγαν, έπαψαν να βρίσκονται υπό αστυνομική επιτήρηση και κατάφεραν να διατηρήσουν την επαγγελματική τους απασχόληση. Παρόμοια θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα βρέθηκαν σε πέντε έρευνες με 246 άτομα με ψυχοπάθεια, οι οποίες εφαρμόζαν γνωστικές – συμπεριφορικές τεχνικές. Η θεραπεία ωφέλησε περισσότερο τους νεότερους ασθενείς. Για να έχει έστω και κάποια αποτελεσματικότητα, η θεραπεία έπρεπε να είναι αρκετά εντατική, δηλαδή έπρεπε να διεξάγεται τέσσερις φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον ένα χρόνο. Αυτό συνιστά πολύ μεγάλη «δόση» ψυχοκοινωνικής θεραπείας, όποιον θεωρητικό προσανατολισμό και αν έχει κανείς. Μία άλλη μετά – ανάλυση εξέτασε την υπόθεση ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο ψυχοπάθειας μπορεί στην πραγματικότητα να επιδεινωθούν με τη θεραπεία, αλλά δεν προέκυψαν επαρκή στοιχεία που επιβεβαιώνουν την υπόθεση αυτήν (D' Silva, Duggan & McCarthy, 2004).

Αυτά τα θετικά ευρήματα είναι αξιοσημείωτα, εάν λάβει κανείς υπόψη την ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση ότι η ψυχοπάθεια είναι στην ουσία αδύνατο να θεραπευτεί. Παρ' όλα αυτά, θεωρούμε ότι αξίζει να σημειώσουμε και το προειδοποιητικό σχόλιο που κάνει στο τέλος του άρθρου του ένας από τους ερευνητές, παρότι είναι αισιόδοξος σχετικά με τις τρέχουσες και τις μελλοντικές θεραπευτικές προσπάθειες για τα άτομα με ψυχοπάθεια: «...οι ερευνητές πρέπει να κάνουν προσπάθεια να προσδιορίσουν κατά πόσο οι πελάτες προσποιούνται ότι βελτιώνονται στις έρευνες που αφορούν τη θεραπεία ή κατά πόσο οι αλλαγές είναι πραγματικές» (Salekin, 2002).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΟΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ – ΟΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεωρία της προσκόλλησης φαίνεται σήμερα να υπόσχεται πολλά σε ένα πλήθος ερευνητών και ειδικών ψυχικής υγείας, καθώς συνδέεται, όλο και περισσότερο, με την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης ενός ατόμου (σε αντίθεση με την δυσπιστία), καθώς και με την ανάπτυξη μιας υγιής προσωπικότητας και την ικανότητα να αναπτύσσει συναισθηματικούς δεσμούς οικειότητας με άλλα άτομα. Η ποιότητα προσκόλλησης στην βρεφική ηλικία έχει αναγνωριστεί ως ένα βασικό χαρακτηριστικό στην ανάπτυξη της προσωπικότητας λόγω του έργου του John Bowlby, ο οποίος μας έδωσε μια θεωρία της ανθρώπινης προσκόλλησης, και της Mary's Ainsworth της οποίας η θεωρία για τις βασικές μορφές προσκόλλησης, μας έχουν οδηγήσει στη μελέτη των στρατηγικών αυτοπροστασίας. Η θεωρία της προσκόλλησης έγινε βασικά γνωστή περίπου 30 χρόνια πριν (Bowlby 1980; Ainsworth et al., 1978) και εφαρμόζεται ολοένα και περισσότερο όχι μόνο σε βρέφη, αλλά και σε κλινικά δείγματα και σε δείγματα που προέρχονται από διάφορους πολιτισμούς. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι μελέτες των συνεχιζόμενων επιπτώσεων του πρώιμου «Δεσμού Προσκόλλησης» (attachment) βρέφους – φροντιστή στην αναπτυσσόμενη προσωπικότητα του πρώτου, έχουν προσελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον, λόγω του κεντρικού ρόλου που παίζει η θεωρία του «Δεσμού Προσκόλλησης» στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland 1999). Η θεωρία του «Δεσμού Προσκόλλησης» προδιαγράφει συγκεκριμένα αναπτυξιακά μονοπάτια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ανθρώπου. Αυτά τα μονοπάτια αναδύονται από τις πρώιμες σχέσεις βρέφους και γονέα ή κηδεμόνα (Carlson & Sroufe, 1995; Sroufe, 1990) και έχουν τις ρίζες τους στον τρόπο οργάνωσης των μοντέλων αναπαράστασης των σχέσεων του παιδιού με τους «σημαντικούς άλλους» (Guttmacher, 2006).

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ «ΔΕΣΜΟΥ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ»

Ο όρος *προσκόλληση* προέρχεται από τον Βρετανό ψυχίατρο και ψυχολόγο John Bowlby, που ανέπτυξε τη Θεωρία Προσκόλλησης, η οποία έχει αναγνωρισθεί ως μία από τις πιο σημαντικές Θεωρίες στην ψυχολογία (Δελιγιαννίδη, 2014). Ο Bowlby αναφέρει : «αν αναγνωρίσουμε ότι οι άνθρωποι έχουν έμφυτο συμπεριφοριστικό σύστημα για προσκόλληση, το οποίο αν θεωρηθεί ως εξελικτικό προϊόν και ως βιολογικός μηχανισμός, τότε είναι πιθανό να καταλάβουμε και ίσως να εξηγήσουμε κάποιους τομείς της φύσης των ανθρώπινων σχέσεων και της κοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου». Ο Bowlby 1991, ορίζει ως δεσμό προσκόλλησης το συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα σε ένα βρέφος και μία ή δύο βασικές μορφές στη ζωή του, κάποια «σημαντικά» πρόσωπα που ασκούν την πρωταρχική φροντίδα του βρέφους. Έτσι, διαφαίνεται ότι οι ανάγκες, για προστασία, τροφή, φροντίδα και ζεστασιά που έχουν τα βρέφη και τα μικρά παιδιά, έχουν βιολογική και κοινωνική βάση, αλλά παράλληλα και αντίστοιχες επιρροές(Δελιγιαννίδη, 2014). Τα βρέφη έχουν θυμικές αντιδράσεις, όπως γέλιο και κλάμα που μπορούν να τραβήξουν την προσοχή του ατόμου που το φροντίζει, ώστε να καλύψουν τις πρωτογενείς και βασικές ανάγκες για επιβίωση, όπως δίψα και πείνα. Ωστόσο αυτή η βιολογική βάση του δεσμού προσκόλλησης δεν συμβάλλει μόνο στην επιβίωση του μωρού, αλλά μέσω της σχέσης αυτής στην καλλιέργεια του αισθήματος προστασίας, ηρεμίας και ευτυχίας (Καφέτσιος, 2005).

Τα παραπάνω είναι πολύ σημαντικά για την ψυχολογία του μωρού και για τις κοινωνικές του εμπειρίες. Το αίσθημα ασφάλειας που μπορεί να αναπτύξει ή να μην αναπτύξει το βρέφος ή το παιδί με το άτομο που το φροντίζει (όπως είναι η μητέρα κλπ) θεωρείται καθοριστικά σημαντικό και μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ανάπτυξη του ατόμου (Δελιγιαννίδη, 2014). Πιο συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι η προσκόλληση, ο πρώτος κοινωνικός δεσμός που αναπτύσσει το βρέφος και το παιδί μπορεί να επηρεάσει τις μετέπειτα σχέσεις του ατόμου και την κοινωνική του ανάπτυξη. Η Προσκόλληση λοιπόν είναι ο «αναπόφευκτος» δεσμός ενός ατόμου στην αρχή της ζωής του και οι επιρροές του στην μετέπειτα εξέλιξη του (Δελιγιαννίδη, 2014).

2.2 ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

Υπάρχει πληθώρα κατηγοριών των τύπων προσκόλλησης, όπως προκύπτουν από διάφορα εργαλεία κατηγοριοποίησης που ανέπτυξαν οι ερευνητές του χώρου. Ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία είναι αυτό που ανέπτυξε η Καναδέζα ψυχολόγος, Mary Ainsworth με τους συνεργάτες της (1978), «Η περίεργη κατάσταση» («The strange situation»). Η διαδικασία κατηγοριοποίησης αποτελείται από οχτώ επεισόδια που εμπλέκουν το βρέφος, την μητέρα του, έναν παρατηρητή και έναν άγνωστο. Τα επεισόδια αυτά αποτελούνται από στιγμές χωρισμού και επανασύνδεσης του βρέφους και της μητέρας. Σε κάποιες από αυτές τις στιγμές παρευρίσκεται ο άγνωστος και σε κάποιες όχι. Στόχος αυτής της διαδικασίας είναι να κατηγοριοποιηθεί ο τύπος προσκόλλησης του βρέφους με τη μητέρα του με βάση το κατά πόσο το βρέφος χρησιμοποιεί την μητέρα του ως την ασφαλή σταθερά του για εξερεύνηση του χώρου. Η εξερεύνηση αυτή μπορεί να σημαίνει και κάποια απομάκρυνση από την μητέρα (Δελιγιαννίδη, 2014). Η Ainsworth, περιέγραψε την πειραματική συνθήκη με την είσοδο ενός άγνωστου προσώπου (strange situation), κατά την οποία δυάδες μητέρας –παιδιού παρατηρήθηκαν σε ένα δωμάτιο παιχνιδιού σε τέσσερις διαφορετικές συνθήκες:

1. αρχική αλληλεπίδραση μητέρας- παιδιού στο δωμάτιο
2. η μητέρα εγκαταλείπει το παιδί μόνο του στο δωμάτιο
3. ένας φιλικός άγνωστος μπαίνει στο δωμάτιο
4. η μητέρα επιστρέφει και χαιρετά το παιδί

Από τις παρατηρήσεις φάνηκε πως η αλληλεπίδραση του παιδιού με τους γονείς, το πως δηλαδή οι γονείς ανταποκρίνονταν στις συμπεριφορές του βρέφους, δημιούργησε σ' αυτό προσδοκίες για τον εαυτό του και τους άλλους και για τις διαπροσωπικές του σχέσεις γενικότερα. Η ασφάλεια ή μη που αντλούσε το βρέφος από τις πρώιμες προσκολλήσεις επηρέαζε καθοριστικά την ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τον εαυτό του και τους άλλους (Δελιγιαννίδη, 2014). Οι βασικοί τύποι προσκόλλησης που πρόέκυψαν από την διαδικασία αυτή είναι οι εξής τέσσερις :

- η ασφαλής προσκόλληση (*secure attachment*),
- η «αποφεύγουσα» προσκόλληση (*avoidant attachment*),
- η αμφίθυμη προσκόλληση (*ambivalent attachment*) και
- η αποδιοργανωμένη προσκόλληση (*disorganized attachment*).

Τα παιδιά με ασφαλή προσκόλληση χαρακτηρίζονται από την ενεργή προσπάθεια τους να βρίσκονται κοντά στην μητέρα τους, να έχουν επαφή μαζί της

και σε περίπτωση αποχωρισμού από την μητέρα, αποκτούν άγχος το οποίο οφείλεται στην απουσία της (Δελιγιαννίδη, 2014). Τα παιδιά που προσπαθούσαν να αποφύγουν την μητέρα τους στα σκηνικά επανασύνδεσης και στην περίπτωση αποχωρισμού από τη μητέρα όπου το άγχος προερχόταν επειδή ήταν μόνα τους και όχι από την απουσία της μητέρας, χαρακτηρίζουν το δεύτερο τύπο προσκόλλησης (avoidant attachment). Η αμφίθυμη προσκόλληση (ambivalent attachment) χαρακτηρίζεται από επιφυλακτικότητα και επίμονη συμπεριφορά. Ο τελευταίος τύπος προσκόλλησης (disorganized attachment) δεν χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς, αλλά περισσότερο από «αλλοπρόσαλλη» συμπεριφορά (Δελιγιαννίδη, 2014).

1. **Βρέφη με Ασφαλή Προσκόλληση** (55-65%)
2. **Βρέφη με Αγχώδη / Αποφευκτική Προσκόλληση** (20-25%)
3. **Βρέφη με Αγχώδη / Αμφιθυμική Προσκόλληση** (10 έως 15%)
4. **Βρέφη με Ανασφαλή / Αποδιοργανωμένη Προσκόλληση** (15 έως 20%)

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ασφαλή προσκόλληση τείνουν να είναι πιο ανθεκτικά στο άγχος κατά την ενήλικη ζωή τους. Από την άλλη, το ιστορικό μη ασφαλούς προσκόλλησης τείνει να θεωρείται ως ένας υψηλού κινδύνου παράγοντας που συνδέεται με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Δελιγιαννίδη, 2014). Κατά την θεωρία της προσκόλλησης μια ασφαλής ή ανασφαλής προσκόλληση μπορεί να επηρεάσει πως βλέπει το άτομο τον εαυτό του ως άξιο να λαμβάνει αγάπη ή όχι. Κατ' επέκταση μπορεί να επηρεάσει την γενικότερη αυτό – αντίληψη του ατόμου με αποτέλεσμα να επηρεάσει και την κοινωνική του ανάπτυξη (Δελιγιαννίδη, 2014).

Μακροχρόνιες (longitudinal) έρευνες που μελετούσαν τη σχέση του τύπου προσκόλλησης και την αυτό – εικόνα των παιδιών, επιβεβαίωσαν ότι τα παιδιά που είχαν ασφαλή προσκόλληση, όταν μελετήθηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία είχαν θετική εικόνα για τον εαυτό τους. Σύμφωνα με τον Bowlby (1973,1977), λοιπόν, τα άτομα αναπτύσσουν εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις των άλλων και του εαυτού του – τα «εσωτερικευμένα λειτουργικά μοντέλα». Αυτά τα μοντέλα χρησιμοποιούνται από το άτομο για να αξιολογεί και να κατευθύνει τη συμπεριφορά του σε νέες καταστάσεις και σχέσεις.

Στη θεωρία του δεσμού προσκόλλησης τα «εσωτερικευμένα λειτουργικά μοντέλα» διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Αυτές οι δομές είναι ανεπαίσθητες νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων με βάση τις πρώτες εμπειρίες στην πρώτη σχέση. Θέτουν τη βάση για αλληλεπιδράσεις με νέους κοινωνικούς συντρόφους και έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη διαμόρφωση της

προσωπικότητας, την οργάνωση της συμπεριφοράς και την ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Η φύση και η ποιότητα αυτών των μοντέλων αναπαράστασης καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ασφαλή βάση της συναισθηματικής διαθεσιμότητας και δεκτικότητας του φροντιστή στις ανάγκες του παιδιού κατά τη βρεφική ηλικία (Καφέτσιος, 2005). Αντίστοιχα, ο Birtchnell (1993/1996) υποστήριξε πως η τάση των ανθρώπων να συνδέονται με άλλους θεωρείται ότι είναι έμφυτη, έτσι ώστε οι άνθρωποι να γεννιούνται με την ικανότητα να το πράξουν (Birtchnell & Καλαϊτζάκη, 2002).

Έρευνες επίσης φανέρωσαν ότι ο τύπος προσκόλλησης μπορεί να επηρεάσει την αυτονομία και την ανεξαρτησία του ατόμου. Αποτελέσματα σχετικής έρευνας έδειξαν ότι παιδιά με μη ασφαλή προσκόλληση, τείνουν να χαρακτηρίζονται από τους καθηγητές τους ως πιο εξαρτημένα προς αυτούς (Δελιγιαννίδη, 2014). Έρευνες, επίσης, δείχνουν ότι ο ασφαλής τύπος ενήλικα έχει αυτοπεποίθηση, καλές διαπροσωπικές σχέσεις, αισιόδοξη στάση, πλησιάζει εύκολα τους ανθρώπους, δε φοβάται την απόρριψη ή τη στενή σχέση και έχει ένα θετικό μοντέλο του εαυτού του και των άλλων.

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των ασφαλών παιδιών και ενηλίκων φαίνονται στον Πίνακα 2.1 πιο κάτω:

Πίνακας 2.1: Χαρακτηριστικά Ασφαλούς Προσκόλλησης (By Kendra Cherry, About. Com Guide)

Χαρακτηριστικά της Ασφαλούς Προσκόλλησης	
<i>Ως παιδιά</i>	<i>Ως ενήλικες</i>
1. Είναι σε θέση να αποχωριστούν από τον γονέα.	➤ Έχουν μακροχρόνιες σχέσεις εμπιστοσύνης.
2. Αναζητούν παρηγοριά από τους γονείς, όταν φοβούνται.	➤ Τείνουν να έχουν καλή αυτοεκτίμηση.
3. Η επιστροφή των γονιών, αντιμετωπίζεται με θετικά συναισθήματα.	➤ Νιώθουν άνετα να μοιράζονται συναισθήματα με φίλους και συντρόφους.
4. Προτιμάνε τους γονείς από τους ξένους.	➤ Αναζητούν κοινωνική υποστήριξη.

Τα βρέφη με ανασφαλή Αγχώδη / Αποφευκτική προσκόλληση κουβαλούσαν ασυνείδητα θυμό και άγχος και οικοδομούσαν άμυνες εναντίον της συνειδητοποίησης ή της έκφρασης ορισμένων συναισθηματικών πληροφοριών. Έδειχναν μετατοπισμένη επιθετικότητα και περισσότερη αντιδραστικότητα σε σχέση με άλλες ομάδες. Τα βρέφη με Αγχώδη / Αμφιθυμική προσκόλληση είχαν δυσκολία στο να ρυθμίζουν την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων και ασχολούνταν με τις ανησυχίες προσκόλλησης σε βαθμό που παρενέβαινε στην κανονική τους λειτουργία. Έτσι τα αποφευκτικά παιδιά καταλήγουν να είναι πιο απόμακρα ή εχθρικά με τους συνομηλίκους τους και τα αμφιθυμικά τείνουν να είναι «αδέξια», πιο εξαρτημένα από τη δασκάλα και λιγότερο ικανά να κάνουν ελεύθερο παιχνίδι μόνα τους ή με συνομηλίκους (Δελιγιαννίδη, 2014).

Κατά συνέπεια, ο αγχώδης αποφευκτικός τύπος είναι επιφυλακτικός στο να εμπιστευτεί, αποφεύγει τις στενές σχέσεις γιατί τον αγχώνουν, αφού ως βρέφος έχει μάθει να μπλοκάρει και να καταπιέζει τα δυσάρεστα συναισθήματα του. Συχνά, δεν ανοίγεται εύκολα και αποφεύγει την κοινωνική επαφή (Δελιγιαννίδη, 2014) Δείχνει αποστασιοποιημένος και ανεξάρτητος και δεν προσφέρει, αλλά ούτε δέχεται υποστήριξη. Οι σχέσεις του διακατέχονται περισσότερο από αρνητικά παρά από θετικά συναισθήματα, αλλά αυτά προέρχονται από τη δυσκολία που έχει με την εγγύτητα και όχι από εμμονή με τον/την σύντροφο.

Ο αμφιθυμικός τύπος ενήλικα εκδηλώνει ανησυχία για την ειλικρίνεια των άλλων και πιστεύει ότι οι άλλοι διστάζουν να τον πλησιάσουν. Συχνά, παρουσιάζει την ανάγκη ελέγχου στις σχέσεις, γιατί φοβάται την εγκατάλειψη και αναρωτιέται για τη δέσμευση του συντρόφου του (Hazan & Shaver, 1987). Δίνει έμφαση στα αρνητικά συναισθήματα, στις συναισθηματικές υπερβολές, τη ζήλια και επιζητά την αποδοχή για απόκτηση αισθήματος ασφάλειας. Έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν εμπιστεύεται εύκολα, δύσκολα παρηγορείται και ανησυχεί μήπως οι άλλοι τον παρεξηγήσουν και δεν τον εκτιμούν. Επιθυμεί πάρα πολύ τη δέσμευση στη σχέση και γίνεται κυριαρχικός/η (Rholes, Simpson & Stevens, 1998). Τέλος, κάνει πολλές φορές υπερβολικά πράγματα μέσα στη σχέση για να εξασφαλίσει τη φροντίδα και την υποστήριξη του/της συντρόφου, γιατί από βρέφος έχει μάθει ότι μόνο, αν προσπαθήσει πολύ, ο γονιός θα ανταποκριθεί (Rholes, Simpson & Stevens, 1998).

Τα βρέφη με Αποδιοργανωμένη προσκόλληση, ειδικά σε δείγματα ψηλού κινδύνου, ήταν πιο πιθανόν να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς. Με δύο λόγια, μια ασφαλής ή ανασφαλής προσκόλληση φαίνεται να επηρεάζει το πώς βλέπει

το άτομο τον εαυτό του ως βρέφος αλλά και αργότερα ως ενήλικας (Δελιγιαννίδη, 2014). Έχει, επίσης, υποστηριχθεί πως όχι μόνο η δυνατότητα να αναπτύξει στενές σχέσεις με άλλους ανθρώπους, αλλά ακόμη και η ανάπτυξη πίστης στο Θεό (Thompson & Randall, 1999) επηρεάζεται από την πρώιμη εκμάθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης από το περιβάλλον του (π.χ. ζεστό, ασφαλές, και προστατευμένο σε αντίθεση με ένα περιβάλλον που προκαλεί πληγές, παραμέληση και κακοποίηση). Αν το παιδί βιώσει σταθερή και συνεπή φροντίδα και στοργή, τότε είναι πιο πιθανό να αναπτύξει ένα αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας σχετικά με το σύμπαν και με το Θεό.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις φαίνεται να έχουν διάφορες εφαρμογές στην αναλυτικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία και πρακτικές συνέπειες για όσους μελετούν την κοινωνικό-συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους και του μικρού παιδιού (Δελιγιαννίδη, 2014). Ειδικότερα, το στυλ προσκόλλησης μπορεί να χρησιμεύει ως προγνωστικό μέσο των ρομαντικών μας σχέσεων ως ενήλικες. Δηλαδή, τείνουμε να δημιουργούμε ερωτικούς δεσμούς με βάση τον τρόπο φροντίδας που πήραμε ως παιδιά. Για παράδειγμα, ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με **Ασφαλή** δεσμό προσκόλλησης είχαν πιο θετικά συναισθήματα, ως ενήλικες, στις ερωτικές σχέσεις τους σε σύγκριση με άλλες γυναίκες που είχαν ανασφαλείς μορφές προσκόλλησης (Carthy, 1999). Ο Ganahl (2001), επίσης, αναφέρει ότι τα εγκαταλελειμμένα, στερημένα αγάπης παιδιά, ή αυτά που δέχτηκαν υπερβολικό έλεγχο, επαναλάμβαναν το ανασφαλές μοτίβο και στην ενήλικη ζωή τους – προκειμένου να μετριάσουν την οργή που βίωσαν και μπορούσαν να κάνουν τα πάντα για να κρατήσουν ζωντανή μια σχέση, ακόμη και αν αυτή υπήρχε μόνο στη φαντασία τους. Εν κατακλείδι, σε μια εποχή κρίσης, θεσμών και αξιών, η ανάπτυξη και η διατήρηση ενός βασικού συναισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης, μπορεί να αποτελέσει ένα γερό θεμέλιο της προσωπικότητας δίνοντας στο άτομο ένα γερό αντιστάθμισμα για να αντιμετωπίσει τις όποιες αντιξοότητες και «κρίσεις», χωρίς να καταρρέει.



2.3 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Στον όρο αυτό συμπεριλαμβάνονται όλες οι προσωπικές σχέσεις που δημιουργεί και συντηρεί ο κάθε άνθρωπος στο οικογενειακό, φιλικό και εργασιακό του πλαίσιο(Καλλίνη, 2013). Οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν αυτό που ονομάζουμε κοινωνικό δίκτυο και είναι ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της καθημερινότητας του ατόμου. Είναι αδύνατο για έναν άνθρωπο ενταγμένο σε μια κοινωνία να επιβιώσει χωρίς κάποιες έστω, διαπροσωπικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Για το λόγο αυτό θεωρείται μεγάλης σημασίας ο τρόπος που σχετίζεται κάποιος με τους γύρω του(Καλλίνη, 2013).

Οι κοινωνικές αυτές συμπεριφορές ή δεξιότητες ξεκινούν να αναπτύσσονται σε πολύ μικρή ηλικία μέσα στην οικογένεια, που αποτελεί και το βασικό μοντέλο δημιουργίας σχέσεων για τον κάθε άνθρωπο. Από τον τρόπο που οι γονείς σχετίζονται και επικοινωνούν μεταξύ τους, αλλά και με τα παιδιά τους, μαθαίνει και το παιδί να σχετίζεται με τους γύρω του. Πιο συγκεκριμένα δηλαδή, βιώνουν το πως εκφράζουν τα συναισθήματά και τις σκέψεις τους, πώς συζητάνε πώς διαφωνούν, πώς ανταποκρίνεται ο ένας στις ανάγκες του άλλου, πώς τηρούν τις υποχρεώσεις μιας σχέσης και πώς βάζουν όρια μεταξύ τους(Καλλίνη, 2013). Στην πορεία φυσικά, προστίθενται και άλλες σχέσεις – μοντέλα, στο φιλικό, σχολικό κι επαγγελματικό περιβάλλον, όμως σίγουρα τον πρωτεύοντα ρόλο στη διαμόρφωση των διαπροσωπικών σχέσεων κατέχει η οικογένεια (Καλλίνη 2013).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες παρατηρείται μια έντονη ερευνητική δραστηριότητα στην περιοχή εκείνη της κοινωνικής ψυχολογίας που μελετά την επίδραση των διαπροσωπικών σχέσεων στην ψυχική υγεία του ατόμου. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η ποιότητα σχέσεων συνδέεται με την ψυχοπαθολογία (Bloom, Asher & White,1978) τις ασθένειες γενικότερα (Burman & Margolin, 1992), την καταπίεση του ανοσοποιητικού συστήματος (Kiecolt & Glaser,1986), κ.α. Πρόσφατες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στις γνωστικές και συγκινησιακές συνιστώσες των τύπων δεσμού ενήλικων (adult attachment styles), (Cassidy & Shaver,1999) και την σχέση τους με την ψυχική υγεία του ατόμου (π.χ.Hammen, Burge, Daley, Davila, Paley, & Rudolph,1995). Οι μελέτες συμφωνούν ότι άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού (αποφευκτικός, αμφιθυμικός και αποδιοργανωμένη προσκόλληση) έχουν χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άγχος, δυσθυμία κα). Παρόλο όμως το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον, στην πλειοψηφία τους οι μελέτες εξέτασαν την επίδραση του δεσμού με μεθόδους αυτό-αναφοράς της μιας

χρονικής στιγμής, μιας μέθοδος που έχει αποδειχθεί ανεπαρκής για την μέτρηση κάποιων τύπων ανασφαλούς δεσμού. Επιπλέον είναι λιγιστές εκείνες οι μελέτες που έχουν επικεντρωθεί στην σχέση των τύπων δεσμού με τα συναισθήματα και την σχέση των δύο με την ψυχική υγεία (Καφέτσιος, 2005). Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες που χρησιμοποίησαν την μέθοδο δειγματοληψίας περιστατικών (event sampling) βρήκαν ότι ο ανασφαλής – αμφιθυμικός τύπος δεσμού βιώνει πιο θετικά τα συναισθήματα στην αλληλεπίδραση με τους άλλους σε συγκρουσιακά (Pietromonaco & Feldman – Barrett, 1997) και καθημερινά πλαίσια (Καφέτσιος & Nezlek, 2002). Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε μερική αντίθεση με τα ευρήματα της κλασικής μελέτης ερωτηματολογίου μιας χρονικής στιγμής των Bartholomew και Horowitz (1991) για τα χαρακτηριστικά του ασφαλούς και των ανασφαλών τύπων δεσμού.

Η έρευνα είχε στόχο να εισαγάγει την μεθοδολογική καινοτομία της δειγματοληψίας περιστατικών στην μελέτη της επίδρασης των τύπων δεσμού στην ψυχική υγεία για να εξεταστούν : α) πως τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα στην καθημερινή αλληλεπίδραση με φίλους και γνωστούς διαμεσολαβούν στην σχέση των τύπων δεσμού με την ψυχική υγεία και β) αν αυτή η πιθανή σχέση τύπων δεσμού, συναισθημάτων και ψυχικής υγείας είναι συνάρτηση τις συναισθηματικής εγγύτητας με την οποία αντιλαμβάνεται κανείς την σχέση του με τους άλλους (Berscheid & Ammazzarolso, 2001). Για παράδειγμα, η έρευνα των Καφέτσιος και Nezlek (2002) έδειξε ότι τα αποτελέσματα των τύπων δεσμού στις γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες των ατόμων είναι συνάρτηση της εγγύτητας με την οποία αντιλαμβάνονται την σχέση τους με τους άλλους. Τέλος, από ότι γνωρίζουμε αυτή είναι μία από τις πρώτες μελέτες στην Ελλάδα που χρησιμοποιεί την μέθοδο της δειγματοληψίας περιστατικών (Καφέτσιος, 2005).

2.4 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ Ή ΜΟΡΦΩΝ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΣΘΑΙ

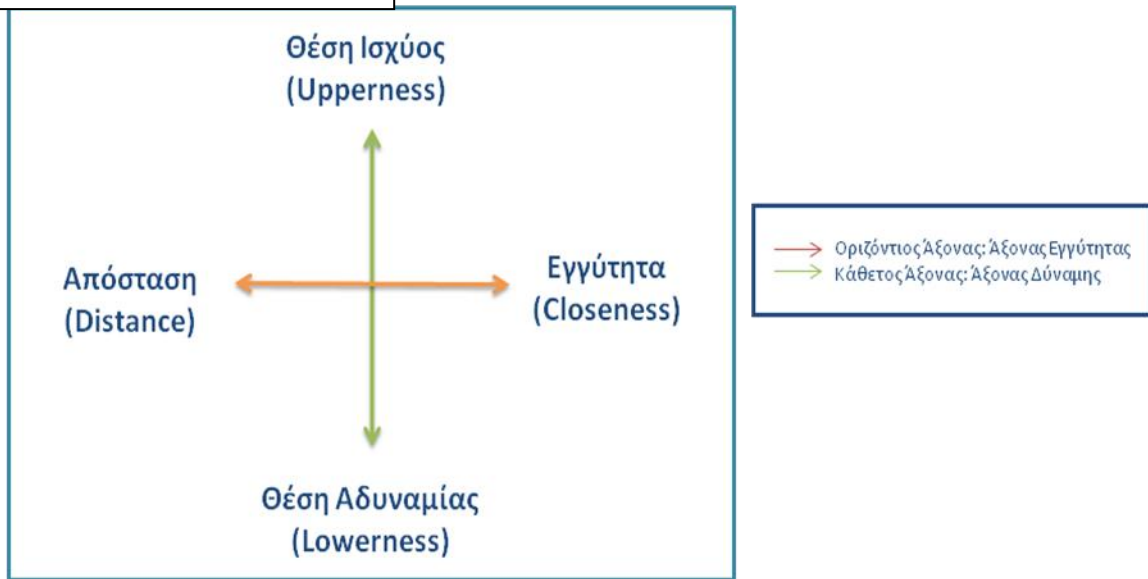
Η θεωρία των τύπων ή μορφών του σχετίζεσθαι (Relating Theory) αφορά στη διαδικασία δημιουργίας σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων (Birtchnell, 1990, 1993/1996, 1994, 1997). Ο βασικός στόχος – κίνητρο που καθοδηγεί τη διαπροσωπική συμπεριφορά των ανθρώπων είναι η επίτευξη επιθυμητών καταστάσεων ή επιπέδων του σχετίζεσθαι (state so relatedness). Οι καταστάσεις αυτές είναι κάποιες πλεονεκτικές θέσεις που επιδιώκει να κατακτήσει ο άνθρωπος στην αλληλεπίδρασή του με τους άλλους. Οι θέσεις μπορούν να αναπαρασταθούν γραφικά στους τέσσερις πόλους δύο κάθετα τεμνόμενων αξόνων (Birtchnell, 1990, 1993/1996, 1994). Ο

οριζόντιος άξονας (βλ. *σχήμα 2.4.1*) Άξονας της Εγγύτητας, αφορά στην ρύθμιση της συναισθηματικής απόστασης μεταξύ δύο ατόμων τα οποία αναζητούν Εγγύτητα (Closeness) ή Απόσταση (Distance), ενώ ο κάθετος άξονας (βλ. *σχήμα 2.4.1*) Άξονας της Δύναμης, αφορά στην άσκηση ελέγχου και εξουσίας από μια θέση ισχύος (Upperness) ή την αποδοχή ελέγχου και εξουσίας από τους άλλους από μία θέση αδυναμίας (Lowerness).

Η σημαντικότερη ίσως αρχή της θεωρίας είναι ότι, καμία κατάσταση του σχετίζεσθαι δεν είναι προτιμότερη από οποιαδήποτε άλλη, καθώς όλες έχουν πλεονεκτήματα (Birtchnell, 1993/1996). Για παράδειγμα *η Εγγύτητα* περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση, την οικειότητα, την φιλία, τον έρωτα, την επικοινωνία και την συνεργασία, ενώ *η Απόσταση* τον αποχωρισμό, τα προσωπικά όρια, την άρνηση συμβιβασμού, την πρωτοτυπία, την αυθεντικότητα, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό. *Θέση ισχύος* σημαίνει κοινωνική καταξίωση, επίτευξη, ανάληψη ευθύνης και αρχηγίας, έλεγχο και επιρροή, καθοδήγηση, βοήθεια και φροντίδα. *Η θέση αδυναμίας* περιλαμβάνει συμπεριφορές εμπιστοσύνης, ασφάλειας, σεβασμού, ευγνωμοσύνης, ταπεινοφροσύνης, και νομιμοφροσύνης, υπακοής και αφοσίωσης, αναζήτηση υποστήριξης και προστασίας.

Οι τέσσερις καταστάσεις του σχετίζεσθαι, θεωρούνται ως στόχοι και έχουν ως αποτέλεσμα την παροχή ικανοποίησης και ευχαρίστησης (source of satisfaction). Δηλαδή, ικανοποίηση προσφέρει μία αλληλεπίδραση, στην οποία και τα δύο άτομα που συμμετέχουν σε αυτήν επιτυγχάνουν τους διαπροσωπικούς τους στόχους. Οι άνθρωποι γεννιούνται με μια γενική προδιάθεση προς τις καταστάσεις του σχετίζεσθαι και μέσω της διαδικασίας της ωρίμανσης τους εξασκούνται, ώστε να νιώθουν άνετα να δημιουργούν σχέσεις από όλες τις καταστάσεις, αλλά και ικανοί να επιδιώκουν, να επιτυγχάνουν και να διατηρούν τις καταστάσεις αυτές. Για παράδειγμα, ένα άτομο που επιζητά ισχύ αναπτύσσει τις δεξιότητες που του επιτρέπουν να καθοδηγεί ή και να εξουσιάζει τους άλλους. Οι καταστάσεις του σχετίζεσθαι εξελίσσονται διαρκώς υπό την επίδραση νέων εμπειριών (Καλαϊτζάκη, 2009).

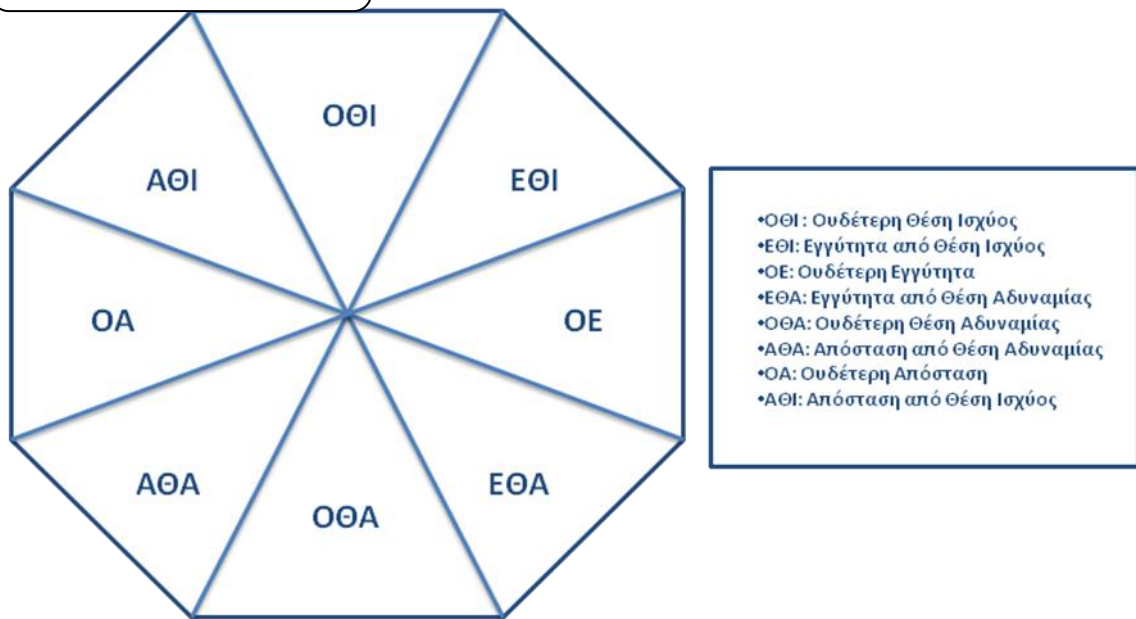
Σχήμα 2.4.1: Τέσσερις Βασικοί Άξονες.



2.5 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΟΚΤΑΓΩΝΟ

Η εισαγωγή τεσσάρων ενδιάμεσων πόλων, οι οποίοι προέρχονται από τον συνδυασμό των τεσσάρων βασικών, δημιουργεί το Διαπροσωπικό Οκτάγωνο ή Οκτάγωνο Διαπροσωπικών Σχέσεων (Interpersonal Octagon), στο οποίο αναπαρίστανται ποσοτικά και ποιοτικά όλες οι διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων (Birtchnell, 1990, 1993/1996, 1997). Τα ονόματα των τεσσάρων ενδιάμεσων πόλων προσδιορίζονται από το συνδυασμό των δύο αξόνων βλ. *σχήμα 2.5.2* (δηλ., Εγγύτητα από Θέση Ισχύος – ΕΘΙ, Απόσταση από Θέση Ισχύος – ΑΘΙ, Εγγύτητα από θέση Αδυναμίας – ΕΘΑ και Απόσταση από θέση Αδυναμίας – ΑΘΑ), ενώ στα ονόματα των τεσσάρων βασικών προστίθεται η λέξη «**Ουδέτερη**», με σκοπό την ένδειξη αναφοράς σε έναν μόνο άξονα (δηλ., Ουδέτερη Εγγύτητα – ΟΕ, Ουδέτερη Απόσταση – ΟΑ, Ουδέτερη Θέση Ισχύος – ΟΘΙ και Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας – ΟΘΑ) (Birtchnell et al, 2010).

Σχήμα 2.5.2: Θέσεις
Οκταγώνου



Η «Εγγύτητα από θέση ισχύος» (ΕΘΙ) αναφέρεται στην παροχή φροντίδας και στην προστατευτική και υποστηρικτική συμπεριφορά από μια θέση ισχύος. Τέτοια παραδείγματα είναι οι γονικές και υποστηρικτικές συμπεριφορές, όπως η παροχή συμβουλών, η καθοδήγηση και η ενθάρρυνση, η προστασία και η παρηγοριά.

Η «Απόσταση από θέση ισχύος» (ΑΘΙ) περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως η οργάνωση, η καθοδήγηση, η άσκηση ελέγχου, η παροχή οδηγιών, η επιβολή κανόνων, η κριτική και η επιβολή νόμων.

Η «Εγγύτητα από θέση αδυναμίας» (ΕΘΑ) περιλαμβάνει συμπεριφορές, όπως η αποδοχή φροντίδας από τους άλλους, η αποδοχή συμβουλών, καθοδήγησης και υποστήριξης, η αναζήτηση φροντίδας, υποστήριξης και προστασίας.

Η «Απόσταση από θέση αδυναμίας» (ΑΘΑ) περιλαμβάνει συμπεριφορές υπακοής, συμβιβασμού, σεβασμού και συμμόρφωσης.

Οι άνθρωποι γεννιούνται με μια γενική προδιάθεση προς τις προαναφερθείσες ικανότητες ή τύπους του σχετίζεσθαι και μέσω της διαδικασίας της ωρίμανσης τους και συσσώρευσης εμπειριών αναπτύσσουν :

A) Βασικές στάσεις και δεξιότητες του σχετίζεσθαι, οι οποίες αυξάνουν την ικανότητα τους να σχετίζονται με τους άλλους ανθρώπους αποτελεσματικά και στις τέσσερις διαστάσεις του σχετίζεσθαι.

B) Μια ομάδα συγκεκριμένων και ειδικότερων συμπεριφορών, δηλαδή μιας ομάδας εκλεπτυσμένων σχημάτων συμπεριφοράς. Επί παραδείγματι, οι άνθρωποι που

επιζητούν εγγύτητα έχουν αναπτύξει αυτές τις κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες τους επιτρέπουν να παρουσιάσουν τον εαυτό τους αρεστό στους άλλους.

Είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε ότι όλα αυτά τα στοιχεία είναι μεταβλητά και μπορούν να αλλάξουν σε δεδομένη στιγμή που θα το επιτρέπουν ή επιβάλλουν οι συνθήκες. Ο άνθρωπος θα πρέπει να έχει την ικανότητα να μετακινείται σε αυτούς τους τέσσερις πόλους και να δημιουργεί σχέσεις.

2.6 ΘΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΣΘΑΙ

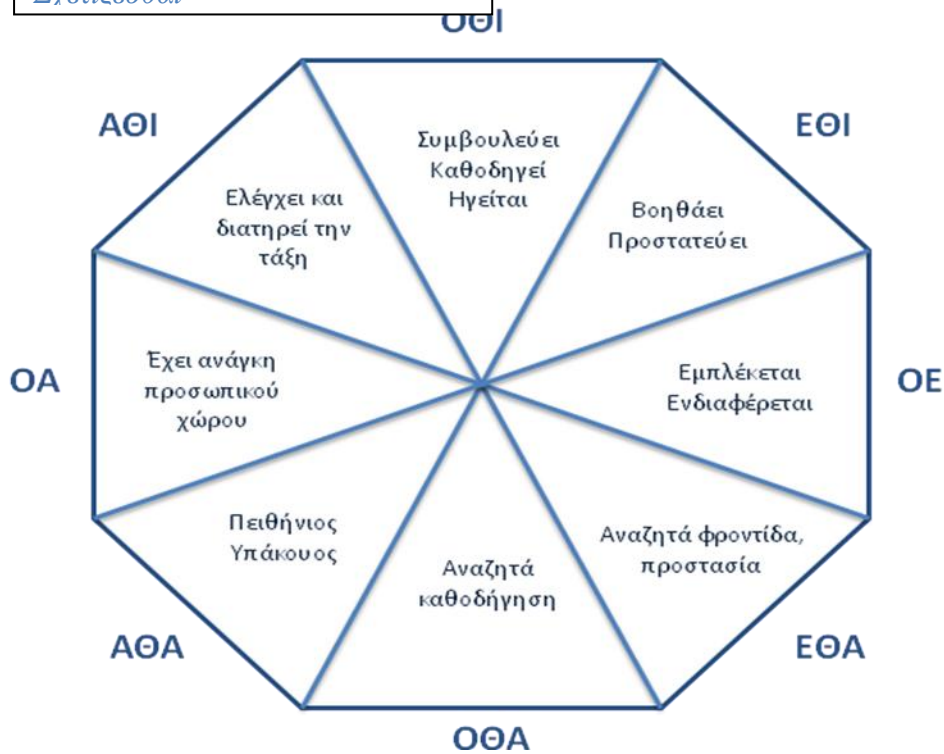
Το ενδιαφέρον για την μελέτη των διαπροσωπικών σχέσεων και την έρευνα πάνω σε αυτές, έχει αυξηθεί κατά πολύ τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Οι Goldfried, Greenberg & Marmar (1990), όπως αναφέρουν οι Καλαϊτζάκη και Νέστορος (2002), υποστήριξαν πως η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία (π.χ. κακές διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια), βοηθάει στη σχεδίαση κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων, προκειμένου να μετατραπούν οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις σε θετικές. Λόγω της πολυπλοκότητας που εμφανίζει η ανθρώπινη συμπεριφορά, καθώς επίσης και των αναρίθμητων διαφορετικών εκφράσεων που παρουσιάζει, είναι απαραίτητο να διαφοροποιήσουμε τόσο τον τύπο που ένα άτομο σχετίζεται με κάποιο άλλο, όσο και τον τύπο που το άτομο αυτό αποτελεί αντικείμενο του σχετίζεσθαι από τον άλλο. Είναι λοιπόν σημαντικό και αναγκαίο να αναφερθούν και να αναλυθούν οι «Θετικοί και οι Αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι» στις θέσεις του «Διαπροσωπικού Οκταγώνου» (βλ. *πίνακα 2.2*).

«Οι Θετικοί τύποι του σχετίζεσθαι»: Η θετική συσχέτιση είναι εκείνη στην οποία δεν προκαλείται κακό, ενόχληση ή αναστάτωση στο άτομο που συσχετιζόμαστε. Ένα ευπροσάρμοστο άτομο δίνει μεγάλη προσοχή στην πιθανή επίδραση που μπορεί να έχει σε ένα άλλο άτομο και μπορεί να τροποποιήσει αυτά που λέει έτσι ώστε να μην είναι προσβλητικό (Birthnell, 1997, 2003). Οι Θετικοί τύποι του σχετίζεσθαι (βλ. *σχήμα 2.6.3*) αναφέρονται στην ικανότητα του ατόμου να μετακινείται σε όλες τις θέσεις του Οκταγώνου να επιτυγχάνει, να δημιουργεί και να διατηρεί σχέσεις από τις θέσεις αυτές. Δηλαδή, να σχετίζεται και να δέχεται σχέσεις. Οι άνθρωποι που νιώθουν άνετα και ασφαλείς να δημιουργούν και να δέχονται σχέσεις από όλες τις θέσεις του Οκταγώνου, ονομάζονται **«Ευπροσάρμοστοι»**. Οι άνθρωποι αυτοί είναι ικανοί να τροποποιούν τον τύπο του σχετίζεσθαι με τον οποίο αλληλεπιδρούν με τους άλλους, ανάλογα με το ποιο είναι το άτομο με το οποίο σχετίζονται, τη στάση και τη συμπεριφορά του, και ανάλογα με τις συνθήκες στις

οποίες βρίσκονται και τις απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης. Έτσι, σχετίζονται διαφορετικά προς διαφορετικά άτομα και διαφορετικά προς το ίδιο το άτομο σε διαφορετικές καταστάσεις. Όταν δύο ευπροσάρμοστα άτομα σχετίζονται και τα δύο υιοθετούν προσαρμοστικούς και θετικούς τύπους αλληλεπίδρασης και επομένως είναι σχετικά απίθανο να έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Κάθε θέση/πόλος στο Οκτάγωνο περιλαμβάνει και αρνητικές σχέσεις.

Ωστόσο, ορισμένοι άνθρωποι είναι περισσότερο προσαρμοστικοί και εύελκτοι, ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Τα άτομα που δεν είναι ευπροσάρμοστα ποικίλουν πολύ λιγότερο ή και καθόλου τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν με τους άλλους, καθώς διαθέτουν ένα περιορισμένο εύρος διαπροσωπικών δεξιοτήτων και κατά συνέπεια, δυσκολεύονται να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους στις διάφορες περιστάσεις. Εάν, για παράδειγμα, κάποιος δεν μπορεί να νοιώσει εγγύτητα, αποστασιοποιείται από όλους, ή εάν δεν μπορεί να αποστασιοποιηθεί, επιδιώκει πολύ στενές σχέσεις με όλους. Εάν κάποιος δεν μπορεί να σχετιστεί από θέση αδυναμίας πρέπει συνεχώς να ελέγχει τους άλλους και εάν δεν μπορεί να κυριαρχεί, είναι αδύναμος με όλους (Καλαϊτζάκη, 2009).

Σχήμα 2.6.3 : Θετικοί Τύποι του Σχετίζεσθαι



Σε κάθε θέση στο οκτάγωνο, ένας άνθρωπος μπορεί να σχετίζεται είτε με θετικό τρόπο εφόσον είναι ικανός να επιτυγχάνει και να διατηρεί σχέσεις από όλες τις

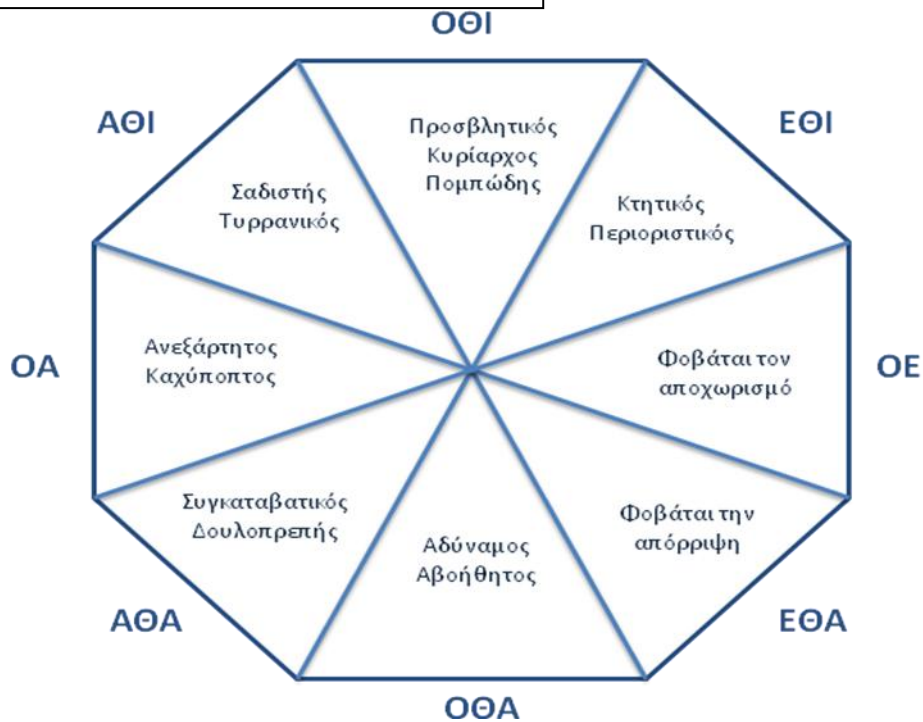
θέσεις, είτε με αρνητικό τρόπο εφόσον δεν διαθέτει την ικανότητα αυτή. Οι αρνητικοί τύποι (βλ. *σχήμα 2.6.4*) είναι κυρίως τρεις (Birtchnell,1993/1996):

α) *Αποφεικτικός τύπος του σχετίζεσθαι* (Avoidant relating). Το άτομο αποφεύγει ένα συγκεκριμένο τύπο, όπου αισθάνεται ανεπαρκές ή ανίκανο και υιοθετεί τον αντίθετο τύπο, όπου αισθάνεται ασφαλές και σίγουρο. Στον οριζόντιο άξονα η ανικανότητα του ατόμου να σχετίζεται από τον ένα πόλο το οδηγεί στον αρνητικό τύπο του σχετίζεσθαι από τον αντίθετο πόλο, ενώ στον κάθετο άξονα, το οδηγεί στον ίδιο πόλο. Για παράδειγμα, ένα άτομο που φοβάται την μοναξιά (απόσταση) προσκολλάται στους άλλους (εγγύτητα), ενώ ένα άτομο που αδυνατεί να είναι ισχυρός (θέση ισχύος) αναζητάει καθοδήγηση (θέση αδυναμίας).

β) *Απεγνωσμένος τύπος του σχετίζεσθαι* (Desperat relating). Το άτομο προσπαθεί με οποιονδήποτε τρόπο να επιτύχει ή να διατηρήσει ένα τύπο του σχετίζεσθαι (π.χ. επιβάλλοντας τον τύπο που επιθυμεί), αδιαφορώντας για τις ανάγκες ή τις επιθυμίες των άλλων. Για παράδειγμα, ένα άτομο επιβάλλει εγγύτητα ακόμα και όταν το άλλο επιθυμεί απόσταση, ή προσποιείται αδυναμία και εκλιπαρεί το άλλο άτομο να σχετιστεί μαζί του από θέση ισχύος.

γ) *Ανασφαλής τύπος του σχετίζεσθαι* (Insecure relating). Το άτομο υιοθετεί ένα φοβισμένο, ανήσυχο και ανασφαλή τύπο του σχετίζεσθαι και ασχολείται συνεχώς με τη διατήρηση του. Παρά του ότι το άτομο καταφέρνει να δημιουργεί και να δέχεται συγκεκριμένους τύπους του σχετίζεσθαι φοβάται υπερβολικά το ενδεχόμενο απώλειάς τους. Για παράδειγμα, ένα άτομο σε θέση ισχύος συνεχώς υποβαθμίζει τους άλλους προκειμένου να μην «εκτοπιστεί» από την θέση αυτή.

Σχήμα 2.6.4: Αρνητικοί Τύποι του Σχετιζέσθαι.



Οι άνθρωποι όχι μόνο δημιουργούν τύπους του σχετίζεσθαι με τους άλλους στις διάφορες θέσεις του Οκταγώνου, αλλά δέχονται και τύπους του σχετίζεσθαι από αυτούς. Στην ψυχοθεραπεία, τα διαπροσωπικά προβλήματα ενός ατόμου μπορεί να υφίστανται όχι μόνο διότι ο ίδιος σχετίζεται αρνητικά με κάποιον/κάποιους, αλλά διότι κάποιος άλλος /κάποιοι άλλοι σχετίζεται/σχετίζονται αρνητικά μαζί του, δηλαδή χρησιμοποιεί/ χρησιμοποιούν αρνητικούς τύπους του σχετίζεσθαι προς αυτόν (Καλαϊτζάκη, 2009).

Πίνακας 2.2: Θετικοί και Αρνητικοί Τύποι του Σχετίζεσθαι στις Θέσεις του Διαπροσωπικού Οκταγώνου.

ΘΕΣΗ	ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
Ουδέτερη Εγγύτητα	Θετικά συναισθήματα, ταύτιση, επικοινωνία, έκφραση συναισθημάτων, συντροφικότητα, συνεργασία	Ανασφάλεια για τη διάρκεια της σχέσης και την αποδοχή από τον άλλο, ζήλια, προσπάθεια απομόνωσης του άλλου
Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας	Εγγύτητα, παροχή προστασίας, ασφάλειας και περιθάλψης από τον άλλο, θαυμασμός και εξιδανίκευση του άλλου	Φόβος εγκατάλειψης, εξάρτηση, χειρισμοί για την πρόκληση οίκτου και τη διατήρηση της σχέσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση
Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας	Αναγνώριση ατομικών αναγκών, ευγνωμοσύνη για τον άλλον	Ανασφάλεια σχετικά με την πιθανότητα εκμετάλλευσής ή απόρριψης από τον άλλο, χειρισμοί για την πρόκληση οίκτου και ενοχής στον άλλο, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτοτιμωρία
Απόσταση από Θέση Αδυναμίας	Επιζήτηση σχετικής απόστασης, ταπεινότητα, ικανοποίηση, διατήρηση ταυτότητας, υπακοή, σεβασμός	Αίσθημα ευαλωτότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομόνωση, τυφλή υπακοή, μαζοχισμός-ικανοποίηση από τη απόρριψη
Ουδέτερη Απόσταση	Απόλαυση της απομόνωσης, διατήρηση απόστασης, ισχυρά όρια του εγώ, αυτάρκεια, αυτονομία, δημιουργική και πρωτότυπη σκέψη, μη προσπάθεια επιβολής	Μειωμένη ικανότητα, δημιουργίας σχέσεων, φόβος εγγύτητας, επιβολή απόστασης στον άλλο, αποφυγή του άλλου, απομόνωση
Απόσταση από Θέση Ισχύος	Διατήρηση έλεγχου, απαίτηση σεβασμού και υπακοής, αυστηρή και δίκαιη αντιμετώπιση του άλλου, ικανότητα λήψης δύσκολων αποφάσεων	Φόβος απώλειας ελέγχου, σκληρή και άτεγκτη συμπεριφορά για τη διατήρηση του ελέγχου καταπίεση ή απόρριψη του άλλου, εκμετάλλευση, ναρκισσισμός, σαδισμός
Ουδέτερη Θέση Ισχύος	Ηγετικές ικανότητες, αίσθημα σημαντικότητας μέσω της ανατροφοδότησης του άλλου	Ανησυχία για τη γνώμη του άλλου, συμπεριφορές εκφοβισμού, αλαζονείας, εξευτελισμού του άλλου, φόβος απώλειας της θέσης, ανάληψη ευθυνών χωρίς τα ανάλογα προσόντα, υπερβολικές φιλοδοξίες
Εγγύτητα από Θέση Ισχύος	Φροντίδα του άλλου, γενναιοδωρία, ευγένεια, υποστήριξη του άλλου, εξιδανίκευση και λατρεία από τον άλλον	Φόβος ανεξαρτητοποίησης του άλλου, κτητικότητα, περιορισμός του άλλου, ζήλια, ναρκισσισμός, βίαιη συμπεριφορά, επιβολή εγγύτητας μέσω της θέσης ισχύος

2.7 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΟΚΤΑΓΩΝΟΥ

Η θεωρία του Διαπροσωπικού Οκταγώνου μεταφράζει τις δυσλειτουργίες και τις διαταραχές σε όρους διαπροσωπικών σχέσεων που αναπαρίστανται στα οκτώ τμήματα του Οκταγώνου. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές θεωρίες, αυτή προσφέρει το πλαίσιο για την ακριβή και αξιόπιστη περιγραφή και αξιολόγηση των φυσιολογικών και διαταραγμένων διαπροσωπικών σχέσεων, τόσο των ατόμων, όσο και μεταξύ του ζευγαριού αλλά και των μελών μια οικογένειας. Τα πλεονεκτήματα της θεωρίας αυτής είναι πολλά (Καλαϊτζάκη και Νέστορος, 2002. Καλαϊτζάκη, 2009).

Αρχικά, τα ονόματα των αξόνων και των πόλων του Οκταγώνου είναι γενικά και ουδέτερα και επομένως μπορούν να περιγράψουν όλες τις συμπεριφορές συσχέτισης. Υποστηρίζεται ότι καμία θέση στο Οκτάγωνο δεν είναι προτιμότερη των άλλων και ότι το άτομο είναι ικανό να σχετίζεται από όλες τις θέσεις του Οκταγώνου. Επίσης, οι πόλοι του Οκταγώνου αναπαριστούν στόχους συσχέτισης, δηλαδή υφίσταται η έννοια της ανάγκης ή της ισχυρής επιθυμίας αναζήτησης μιας συγκεκριμένης θέσης. Ένα ακόμα πλεονέκτημα του Οκταγώνου είναι η ποιοτική

διάκριση που κάνει μεταξύ θετικών και αρνητικών τύπων του σχετίζεσθαι, η οποία αφορά στην ικανότητα ή αδυναμία ενός ατόμου να επιτύχει τους τύπους του σχετίζεσθαι που επιθυμεί. Τέλος, το Διαπροσωπικό Οκτάγωνο κάνει διάκριση μεταξύ του «σχετίζομαι» και του αποτελώ «αντικείμενο συσχέτισης από τους άλλους» (Καλαϊτζάκη & Νέστορος, 2002; Kalaitzaki et. all, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης των ψυχοπαθητικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης και των τύπων προσκόλλησης σε φοιτητές / τριες του ΤΕΙ Κρήτης. Το είδος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα είναι η *δειγματοληψία ευκολίας ή ευκαιριακή δειγματοληψία*.

3.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα που μελετήθηκαν στην παρούσα πτυχιακή εργασία είναι τα εξής :

- Σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης;
- Σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους τύπους προσκόλλησης;

Από τα αποτελέσματα της έρευνας περιμένουμε, τα άτομα με υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα της ψυχοπάθειας να έχουν περισσότερο αρνητικές σχέσεις από τα άτομα με χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της ψυχοπάθειας, καθώς επίσης τα άτομα με ανασφαλή προσκόλληση να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα της ψυχοπάθειας σε σχέση με τα άτομα με ασφαλή προσκόλληση.

3.3 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης. Πιο συγκεκριμένα δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι φοιτητές /

τριες από όλες τις σχολές του ΤΕΙ (Σ.Ε.Υ.Π, Σ.Τ.Ε.Γ, Σ.Δ.Ο, Σ.Τ.Ε.Φ) και από όλες τις ηλικίες.

Στην έρευνα απάντησαν συνολικά 205 ερωτώμενοι, εκ των οποίων οι 108 που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε ήταν γυναίκες (52,7%) και οι 97 άντρες (47,3%). Τα περισσότερα άτομα ήταν από την Σ.Ε.Υ.Π και μετά ακολουθεί η Σ.Τ.Ε.Φ, η Σ.Δ.Ο και η Σ.Τ.Ε.Γ. Πιο συγκεκριμένα 68 ερωτώμενοι από την Σ.Ε.Υ.Π (33,2%), 48 ερωτώμενοι από την Σ.Τ.Ε.Φ (23,4%), 47 ερωτώμενοι από την Σ.Δ.Ο (22,9%) και 42 ερωτώμενοι από την Σ.Τ.Ε.Γ (20,5%). Η μέση ηλικία των ερωτώμενων σπουδαστών ήταν 21,8, ενώ η τυπική απόκλιση ήταν 3,5 έτη. Επίσης, οι ερωτώμενοι που είχαν ελληνική εθνικότητα ήταν 184 άτομα (89,8%) σε σχέση με τους αλλοδαπούς φοιτητές που ήταν 21 άτομα (10,2%). Ακόμη, στο έτος σπουδών των ερωτώμενων παρατηρούμε ότι οι φοιτητές/τριες του πτυχίου ήταν 63 άτομα (30,7%) σε σχέση με τα υπόλοιπα έτη που ήταν λιγότερα άτομα. Τέλος, σχετικά με την μόνιμη κατοικία των ερωτώμενων σπουδαστών/στριών παρατηρούμε ότι 120 άτομα ζουν μόνιμα σε Πόλη (58,5%), 38 άτομα ζουν σε Κωμόπολη (18,5%) και 47 άτομα ζουν σε Χωριό (22,9%).

Αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σπουδαστών/στριών παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3.3.1**

Πίνακας 3.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων σπουδαστών/στριών στην έρευνα.

		N	%			N	%	
Φύλο	Άνδρας	97	47,3	Εθνικότητα	Ελληνική	184	89,8	
	Γυναίκα	108	52,7		Άλλη	21	10,2	
Σχολή	ΣΕΥΠ	68	33,2	Διαμονή	Πόλη	120	58,5	
	ΣΔΟ	47	22,9		Κωμόπολη	38	18,5	
	ΣΤΕΓ	42	20,5		Χωριό	47	22,9	
	ΣΤΕΦ	48	23,4					
Έτος Σπουδών	Α' έτος	32	15,6	Εξάμηνο	1^ο	6	2,9	
	Β' έτος	37	18,0		2^ο	26	12,7	
	Γ' έτος	35	17,1		4^ο	37	18,0	
	Δ' έτος	38	18,5		5^ο	5	2,4	
	Πτυχίο		63		30,7	6^ο	30	14,6
						7^ο	4	2,0
						8^ο	34	16,6
				Πτυχίο	63	30,7		

Σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων σπουδαστών/στριών παρατηρούμε ότι οι γυναίκες αποτελούσαν το 52,7% στο σύνολο

των 205 φοιτητών/τριών (n=108), ενώ τα περισσότερα άτομα (n=68) ήταν από την Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π). Η μέση ηλικία των ερωτώμενων σπουδαστών/στριών ήταν 21,8 ±3,5 έτη, ενώ η διάμεση ηλικία ήταν 21 έτη. Οι αλλοδαποί φοιτητές αποτελούν το 10,2% του δείγματος (n=21 άτομα). Τέλος, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος μένει σε πόλη (58,5%).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά κατεγράφησαν και αναλύθηκαν και ανά τμήμα και παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3.3.2**

Πίνακας 3.3.2 Δημογραφικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά σπουδαστών/στριών ανά τμήμα.

		Σχολή								P
		ΣΕΥΠ		ΣΔΟ		ΣΤΕΓ		ΣΤΕΦ		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Φύλο	Άνδρας	8	8,2%	22	22,7%	27	27,8%	40	41,2%	<0,001
	Γυναίκα	60	55,6%	25	23,1%	15	13,9%	8	7,4%	
Διαμονή	Πόλη	42	35,0%	25	20,8%	20	16,7%	33	27,5%	0,477
	Κωμόπολη	12	31,6%	11	28,9%	9	23,7%	6	15,8%	
	Χωριό	14	29,8%	11	23,4%	13	27,7%	9	19,1%	
Έτος σπουδών	Α' έτος	0	0,0%	15	46,9%	10	31,3%	7	21,9%	<0,001
	Β' έτος	11	29,7%	6	16,2%	12	32,4%	8	21,6%	
	Γ' έτος	6	17,1%	12	34,3%	12	34,3%	5	14,3%	
	Δ' έτος	28	73,7%	8	21,1%	0	0,0%	2	5,3%	
	Πτυχίο	23	36,5%	6	9,5%	8	12,7%	26	41,3%	
Εθνικότητα	Ελληνική	61	33,2%	40	21,7%	42	22,8%	41	22,3%	0,078
	Άλλη	7	33,3%	7	33,3%	0	0,0%	7	33,3%	
		MT	TA	MT	TA	MT	TA	MT	TA	
Ηλικία		22,9	5,1	20,7	2,2	20,7	1,6	22,2	2,2	0,001

Σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των σπουδαστών/στριών ανά τμήμα, παρατηρούμε ότι, όπως ήταν αναμενόμενο στατιστικά σημαντικά περισσότερες γυναίκες βρίσκονται στην Σ.Ε.Υ.Π στα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας και Νοσηλευτικής (n=60. 55,6%), ενώ οι λιγότερες στην Σ.Τ.Ε.Φ (n=8, p= 7,4%). (p<0,001). Παράλληλα δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις κατά περιοχή διαμονής p=0,477. Τέλος, παρατηρούμε ότι υπάρχει διαφορά ανά σχολή και έτος σπουδών με περισσότερους φοιτητές στο Πτυχίο στη ΣΕΥΠ, στο Α έτος στη ΣΔΟ και ΣΤΕΦ (p<0,001).

Όσον αφορά την ηλικία οι φοιτητές της Σ.Ε.Υ.Π και της Σ.Τ.Ε.Φ ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτεροι (p<0,001) από τις άλλες σχολές. Η Σ.Τ.Ε.Γ ήταν η μόνη σχολή που δεν υπήρξε αλλοδαπός φοιτητής, ενώ στις υπόλοιπες σχολές οι αλλοδαποί φοιτητές ήταν ίσο - κατανεμημένοι (33.3%) (p=0,078).

Τέλος, όλες οι συγκρίσεις ανά σχολή έγιναν με έλεγχο του Pearson's χ^2 εκτός της ηλικίας, ανά σχολή όπου έγινε με ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA).

3.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο, ερωτηματολόγιο αυτό – συμπληρούμενο, εφόσον η έρευνα που διεξάχθηκε ήταν ποσοτική. Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους ερωτώμενους αποτελούταν από κλειστές ερωτήσεις.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 4 ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιελάμβανε 7 ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν **τα δημογραφικά στοιχεία**. Η δεύτερη ενότητα συμπεριελάμβανε 26 ερωτήσεις και αφορούσε το **δείκτη Levenson self – report psychopathy scale (LSRP)**. Το LSRP χωρίζεται σε δύο κλίμακες : τις ψυχοπαθητικές – συναισθηματικές επιπτώσεις και τον ψυχοπαθητικό τρόπο ζωής. Η Πρωτογενής ψυχοπάθεια αφορά στις συναισθηματικές πτυχές της ψυχοπάθειας, στην έλλειψη εν- συναίσθησης για τους άλλους ανθρώπους και στην ανοχή για τις αντικοινωνικές κατευθύνσεις. Αντίθετα η Δευτερογενής ψυχοπάθεια αφορά τις αντικοινωνικές πτυχές της ψυχοπάθειας και την έλλειψη προσπάθειας για κοινωνικά ανταμειβόμενες συμπεριφορές. Ο ερωτώμενος αξιολογεί την καθεμία από τις προτάσεις ανάλογα με το πόσο συμφωνεί σε μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=Διαφωνώ έντονα έως 5=Συμφωνώ απόλυτα). Η συμπλήρωση του διαρκεί περίπου πέντε λεπτά (Levenson, Kiehl & Fitzpatrick, 1995).

Η τρίτη ενότητα περιελάμβανε το **δείκτη The Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ3)**. Για την αξιολόγηση των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών και των συντρόφων τους με τους άλλους ανθρώπους χορηγήθηκε η σύντομη μορφή του αναθεωρημένου ερωτηματολογίου των τύπων του σχετίζεσθαι του ατόμου με τους άλλους. Το PROQ3 βασίζεται στη θεωρία του Birtchnell (1996) και αποτελείται από 48 στοιχεία (6 για κάθε υπό – κλίμακα/ τμήμα του Οκταγώνου), τα μισά δηλαδή από εκείνα του PROQ2, (Birtchnell & Evans, 2004. Kalaitzaki & Nestoros, 2003). Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται για α) 8 υπό – κλίμακες αντίστοιχες προς τις θέσεις του Οκταγώνου, β) για τις τέσσερις βασικές θέσεις/ διαστάσεις (Ουδέτερη Εγγύτητα, Ουδέτερη Απόσταση, Ουδέτερη Θέση ισχύος και Ουδέτερη Θέση αδυναμίας) και γ) τη συνολική βαθμολογία. Επιπλέον, παρέχει μια γραφική αναπαράσταση της αρνητικής βαθμολογίας του ατόμου απεικονίζοντας

ως σκιαγραφημένες περιοχές τα τμήματα του Οκταγώνου, στα οποία παρατηρούνται αρνητικοί τύποι του σχετίζεσθαι.

Τέλος, στην τέταρτη ενότητα υπήρχε το **Εμπειρίες στις στενές σχέσεις – Αναθεωρημένο (Experiences in Close Relationships Revised) (ECR – R)**. Το ECR – R είναι ένα εργαλείο αυτό – αναφοράς 36 προτάσεων που αναπτύχθηκε από τους Fraley, Waller and Brennan (2000). Τα στοιχεία προήλθαν από μία ανάλυση βασισμένη στη θεωρία της ανταπόκρισης στα ερεθίσματα (Item Response Theory – IRT), των περισσότερων υπαρκτών μέτρων αυτό – αξιολόγησης της ενήλικης ρομαντικής προσκόλλησης (Brennan & etl. 1998). Όπως το ECR, έτσι και το ECR – R βγάζει τα αποτελέσματα σε δύο κλίμακες (Fraley, Waller & Brennan 2000), την Αποφυγή (ή την δυσφορία με τις στενές σχέσεις και την δυσφορία ανάλογα με την εξάρτηση από τους άλλους) και την Ανησυχία (ή το φόβο της απόρριψης και της εγκατάλειψης) Fraley, Waller and Brennan (2000).

3.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε μέσω του προγράμματος SPSS της έκδοσης 22. Η αρχική καταχώρηση έγινε σε υπολογιστικό φύλλο EXCEL των Windows 2010. Πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των δεδομένων και η επεξεργασία τους, μέσω του προγράμματος SPSS. Οι συσχετίσεις μεταξύ των διακριτών μεταβλητών έγιναν με τον έλεγχο χ^2 του Pearson και μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγιναν με τον συντελεστή Pearson's correlation. Για την εύρεση των διαφορών μεταξύ των μέσων τιμών ανάμεσα σε δύο ομάδες (π.χ. βαθμολογία LSRP ανά φύλλο) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t ανεξαρτήτων δειγμάτων (independent samples t-test). Για συγκρίσεις μέσων τιμών μεταξύ συνεχών μεταβλητών σε περισσότερες από δύο ομάδες (>2) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) (πχ ηλικία, ανά σχολή). Μετά την ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης, ακολούθησε η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και η εξαγωγή των συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στον *Πίνακα 4.1* παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις κλίμακες του ερωτηματολογίου LSRP. Η μετρούμενη ψυχοπάθεια έδειξε για το σύνολο των συμμετεχόντων σπουδαστών/στριών, σχετικά υψηλούς μέσους όρους 52,1, ενώ η πρωτογενής και η δευτερογενής ψυχοπάθεια είχαν και αυτές σχετικά υψηλούς μέσους όρους 31,7 και 20,4 αντίστοιχα.

Οι κλίμακες PROQ3 παρουσίασαν όλο το εύρος τιμών 0 – 15. Υψηλότερες διάμεσες τιμές (περίπου 7), παρουσιάστηκαν στις κλίμακες «Ουδέτερη Θέση Ισχύος» (ΟΘΙ) και «Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας» (ΕΘΑ), «Ουδέτερη Εγγύτητα» (ΟΕ) και «Απόσταση από Θέση Ισχύος» (ΑΘΙ). Όλες οι κλίμακες έδειξαν συμμετρικές κατανομές, ειδικά η συνολική PROQ3, χωρίς ιδιαίτερα ζητήματα ακραίων τιμών. Οι χαμηλότεροι μέσοι όροι παρουσιάστηκαν για τις κλίμακες «Εγγύτητα από Θέση Ισχύος» (ΕΘΙ) και «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας» (ΑΘΑ).

Οι κλίμακες στο ECR – R, άγχος και αποφυγή, όπως μετρήθηκαν είχαν μέσους όρους 66,4 και 56,7 αντίστοιχα, δείχνοντας μέτριες τιμές άγχους και αποφυγής.

Πίνακας 4.1. Περιγραφικά στατιστικά συνολικών και επιμέρους βαθμολογιών των κλιμάκων για τα ερωτηματολόγια LSRP, PROQ3 και ECR – R .

		Ελάχιστη Μέγιστη				
		M.O	ΤΑ	Διάμεσος	τιμή	τιμή
LSRP	Πρωτογενής Ψυχοπάθεια	31,7	5,6	32,0	16,0	54,0
	Δευτερογενής Ψυχοπάθεια	20,4	3,0	20,0	11,0	31,0
	Σύνολο	52,1	7,0	51,0	32,0	81,0
PROQ3	Ουδέτερη θέση ισχύος (ΟΘΙ)	6,9	3,4	7,0	0,0	15,0
	Εγγύτητα από θέση ισχύος (ΕΘΙ)	5,1	3,5	5,0	0,0	15,0
	Ουδέτερη Εγγύτητα (ΟΕ)	7,2	3,2	7,0	1,0	15,0
	Εγγύτητα από θέση αδυναμίας(ΕΘΑ)	7,1	3,5	6,0	0,0	15,0
	Ουδέτερη θέση αδυναμίας (ΟΘΑ)	4,9	3,2	5,0	0,0	15,0
	Απόσταση από θέση αδυναμίας (ΑΘΑ)	5,4	3,0	5,0	0,0	15,0
	Ουδέτερη απόσταση (ΟΑ)	6,7	3,1	6,0	0,0	15,0

	Απόσταση από θέση ισχύος (ΑΘΙ)	7,6	3,3	7,0	0,0	15,0
	Σύνολο	51,0	15,0	50,0	10,0	108,0
ECR-R	Άγχος	66,4	20,2	66,0	18,0	114,0
	Αποφυγή	56,7	17,6	58,5	20,0	101,0

Σημείωση : Μ.Ο= Μέσος όρος. Τ.Α= Τυπική απόκλιση

Στον **Πίνακα 4.2** παρουσιάζεται η επίδραση του φύλου στις κλίμακες LSRP, PROQ3 και ECR – R. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t ανεξαρτήτων δειγμάτων (independent samples t-test).

Στην κλίμακα LSRP παρατηρήθηκε ότι στις γυναίκες ο μέσος όρος της πρωτογενούς ψυχοπάθειας (30,8±5,4) και της συνολικής ψυχοπάθειας (51,2±6,5) ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη από αυτήν των αντρών (32,7±5,7, 53,1±7,4 αντίστοιχα).

Οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές από τους άντρες στην κλίμακα «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας» (ΑΘΑ) (6,0 έναντι 4,8 αντίστοιχα), ενώ οι άντρες είχαν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες στις κλίμακες «Ουδέτερη Θέση Ισχύος» (ΟΘΙ) (8,0 έναντι 6,0 αντίστοιχα) και «Απόσταση από Θέση Ισχύος» (ΑΘΙ) (8,5 έναντι 6,9 αντίστοιχα).

Πίνακας 4.2 Διαφοροποίηση του φύλου των συμμετεχόντων σπουδαστών/στριών στις κλίμακες LSRP, PROQ3 και ECR – R.

		Φύλο				p
		Άνδρας (n=97)		Γυναίκα (n=108)		
		Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	
LSRP	Πρωτογενής Ψυχοπάθεια	32,7	5,7	30,8	5,4	0,016
	Δευτερογενής Ψυχοπάθεια	20,4	3,0	20,4	2,9	0,923
	Σύνολο	53,1	7,4	51,2	6,5	0,048
PROQ3	Ουδέτερη Θέση Ισχύος (ΟΘΙ)	8,0	3,0	6,0	3,4	<0,001
	Εγγύτητα από Θέση Ισχύος (ΕΘΙ)	5,5	3,6	4,8	3,4	0,138
	Ουδέτερη Εγγύτητα (ΟΕ)	6,9	3,0	7,5	3,4	0,162
	Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας (ΕΘΑ)	6,7	3,4	7,4	3,6	0,186
	Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας (ΟΘΑ)	4,8	3,1	4,9	3,3	0,733
	Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ)	4,8	2,8	6,0	3,0	0,003
	Ουδέτερη Απόσταση (ΟΑ)	6,6	3,1	6,8	3,2	0,592
	Απόσταση από Θέση Ισχύος	8,5	3,2	6,9	3,1	<0,001

(ΑΘΙ)						
Σύνολο		51,8	13,9	50,3	15,9	0,482
ECR-R	Άγχος	67,0	19,0	65,8	21,2	0,669
	Αποφυγή	57,4	18,4	56,1	16,9	0,605

Σημείωση : Μ.Ο= Μέσος όρος. Τ.Α= Τυπική απόκλιση

Τα αποτελέσματα για το ερευνητικό ερώτημα *1) Σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης*, παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.3. Για το σύνολο των συμμετεχόντων, παρατηρήθηκε ότι η συνολική κλίμακα της ψυχοπάθειας σχετίζεται με την συνολική κλίμακα της PROQ3. Εξειδικεύοντας ως προς τις επιμέρους κλίμακες της PROQ3, παρατηρήθηκαν μέτριες συσχετίσεις με τις κλίμακες «Ουδέτερη Θέση Ισχύος» (ΟΘΙ), «Εγγύτητα από Θέση Ισχύος» (ΕΘΙ), «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας» (ΑΘΑ), «Ουδέτερη Απόσταση» (ΟΑ) και «Απόσταση από Θέση Ισχύος» (ΑΘΙ).

Όταν εξετάζονται οι επιμέρους κλίμακες της ψυχοπάθειας LSRP, η συσχέτιση με τη συνολική PROQ3 παραμένει $r=0,225$, $p=0,001$ για την πρωτογενή και $r=0,287$, $p<0,001$ για τη δευτερογενή. Οι επιμέρους υπό - κλίμακες PROQ3 έδειξαν διαφορές σε σχέση με τη συνολική LSRP. Η πρωτογενής ψυχοπάθεια σχετίζεται αρνητικά με την «Ουδέτερη Εγγύτητα» (ΟΕ) και θετικά με την «Ουδέτερη Θέση Ισχύος» (ΟΘΙ), την «Εγγύτητα από θέση ισχύος» (ΕΘΙ) και την «Απόσταση από Θέση Ισχύος» (ΑΘΙ). Η δευτερογενής ψυχοπάθεια εμφανίζει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την «Εγγύτητα από Θέση Ισχύος» (ΕΘΙ), την «Ουδέτερη Εγγύτητα» (ΟΕ), την «Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας»(ΕΘΑ), την «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας»(ΑΘΑ) και την «Ουδέτερη Απόσταση»(ΟΑ).

Πίνακας 4.3 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης.

PROQ3	LSRP (Ψυχοπάθεια)					
	Πρωτογενής		Δευτερογενής		Σύνολο	
	r	p	r	p	r	p
Ουδέτερη Θέση Ισχύος (ΟΘΙ)	,406	<,001	,123	,078	,378	<,001
Εγγύτητα από Θέση Ισχύος (ΕΘΙ)	,276	<,001	,191	,006	,303	<,001
Ουδέτερη Εγγύτητα (ΟΕ)	-,141	,044	,177	,011	-,038	,586
Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας (ΕΘΑ)	-,014	,846	,223	,001	,084	,233
Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας (ΟΘΑ)	-,034	,625	,117	,096	,022	,756
Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ)	,073	,301	,191	,006	,139	,046
Ουδέτερη Απόσταση (ΟΑ)	,112	,111	,227	,001	,186	,008

Απόσταση από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ)	,328	<,001	,063	,370	,290	<,001
Σύνολο	,225	,001	,287	<,001	,302	<,001

Για το ερευνητικό ερώτημα 2) *Σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους τύπους προσκόλλησης* τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.4. Σε ότι αφορά την κλίμακα ECR-R, μόνο η κλίμακα της Αποφυγής έδειξε θετική συσχέτιση με τη συνολική κλίμακα ψυχοπάθειας LSRP, όπως και με τις επιμέρους LSRP πρωτογενής ψυχοπάθεια και δευτερογενής ψυχοπάθεια. Η δευτερογενής κλίμακα LSRP έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με την κλίμακα του άγχους.

Πίνακας 4.4 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους τύπους προσκόλλησης.

ECR-R	LSRP (Ψυχοπάθεια)					
	Πρωτογενής		Δευτερογενής		Σύνολο	
	r	p	r	p	r	p
Άγχος	-0,060	0,397	0,208	0,003	0,040	0,566
Αποφυγή	0,285	<0,001	0,187	0,008	0,313	<0,001

Για την συσχέτιση των κλιμάκων LSRP και της ηλικίας εξαιρέθηκαν τρεις περιπτώσεις σπουδαστών, οι οποίοι ήταν άνω των 30 ετών. Παρά την εξαίρεση αυτή παρατηρούμε ότι δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, της ηλικίας και LSRP. Τα αποτελέσματα της σχέσης αυτής παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.5

Πίνακας 4.5 Συντελεστές συσχέτισης ηλικίας και LSRP κλιμάκων.

LSRP	r	p
Πρωτογενής Ψυχοπάθεια	0,081	0,253
Δευτερογενής Ψυχοπάθεια	0,049	0,489
Συνολική	0,086	0,224

Τα ερευνητικά ερωτήματα 1) και 2) εξετάστηκαν επίσης ως προς την διαφοροποίηση των συσχετίσεων τους ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι συσχετίσεις της ψυχοπάθειας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.6 και για τους τύπους προσκόλλησης στον Πίνακα 4.7.

Σε ότι αφορά τη συνολική κλίμακα LSRP παραμένει η στατιστικά σημαντική συσχέτιση για κάθε φύλο με την συνολική κλίμακα PROQ3. Οι υπόλοιπες υπό - κλίμακες PROQ3 σε σχέση με την συνολική LSRP έδειξαν τις ίδιες συσχετίσεις για κάθε φύλο με εξαίρεση την κλίμακα «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας» (ΑΘΑ) που δεν έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στους άνδρες.

Στην πρωτογενή κλίμακα LSRP υπήρξαν διαφοροποιήσεις μεταξύ της ανάλυσης των συνολικών δεδομένων και των επιμέρους αναλύσεων ανά φύλο. Στις γυναίκες εμφανίστηκε οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υπό - κλίμακα «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας»(ΑΘΑ).

Η δευτερογενής κλίμακα LSRP σχετίστηκε με τη συνολική PROQ3 και για τα δύο φύλα. Οι άνδρες παρουσίασαν ακόμα μία συσχέτιση της δευτερογενής ψυχοπάθειας με την κλίμακα «Ουδέτερη Απόσταση» (ΟΑ), ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν συσχετίσεις με την «Εγγύτητα από Θέση Ισχύος» (ΕΘΙ), την «Ουδέτερη Εγγύτητα» (ΟΕ), την «Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας» (ΕΘΑ), την «Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας» (ΟΘΑ) και τέλος την «Απόσταση από Θέση Αδυναμίας» (ΑΘΑ).

Πίνακας 4.6 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης ανά φύλο.

LSRP	Αντρες	Πρωτογενής		Δευτερογενής		Συνολική	
		r	p	r	p	r	p
PROQ3	Ουδέτερη θέση ισχύος (ΟΘΙ)	0,273	0,007	0,170	0,097	0,279	0,006
	Εγγύτητα από θέση ισχύος(ΕΘΙ)	0,212	0,037	0,156	0,127	0,226	0,026
	Ουδέτερη Εγγύτητα(ΟΕ)	-0,159	0,120	-0,001	0,990	-0,123	0,230
	Εγγύτητα από θέση αδυναμίας (ΕΘΑ)	-0,012	0,904	0,068	0,510	0,018	0,862
	Ουδέτερη θέση αδυναμίας (ΟΘΑ)	-0,013	0,900	0,004	0,968	-0,008	0,936
	Απόσταση από θέση αδυναμίας (ΑΘΑ)	0,022	0,827	0,164	0,109	0,084	0,416
	Ουδέτερη Απόσταση (ΟΑ)	0,152	0,137	0,329	0,001	0,250	0,014
	Απόσταση από θέση ισχύος(ΑΘΙ)	0,257	0,011	0,124	0,226	0,248	0,014
	Σύνολο	0,172	0,092	0,229	0,024	0,225	0,027
LSRP	Γυναίκες	Πρωτογενής		Δευτερογενής		Συνολική	
		r	p	r	p	r	p
PROQ3	Ουδέτερη θέση ισχύος (ΟΘΙ)	0,468	0,000	0,094	0,334	0,431	<0,001
	Εγγύτητα από θέση ισχύος(ΕΘΙ)	0,315	0,001	0,225	0,019	0,364	<0,001
	Ουδέτερη Εγγύτητα(ΟΕ)	-0,101	0,297	0,320	0,001	0,061	0,530
	Εγγύτητα από θέση αδυναμίας (ΕΘΑ)	0,015	0,877	0,363	0,001	0,177	0,067
	Ουδέτερη θέση	-0,047	0,630	0,214	0,026	0,058	0,550

αδυναμίας (ΟΘΑ)						
Απόσταση από θέση αδυναμίας (ΑΘΑ)	0,190	0,049	0,225	0,019	0,260	0,007
Ουδέτερη Απόσταση (ΟΑ)	0,091	0,349	0,140	0,149	0,139	0,151
Απόσταση από θέση ισχύος(ΑΘΙ)	0,342	<0,001	0,005	0,956	0,287	0,003
Σύνολο	0,261	0,006	0,334	<0,001	0,368	<0,001

Για την συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους τύπους προσκόλλησης ανά φύλλο προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα : οι γυναίκες έδειξαν το ίδιο πρότυπο συσχετίσεων όπως και το συνολικό δείγμα, ενώ οι άνδρες έδειξαν μόνο δύο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Η κλίμακα αποφυγής συσχετίστηκε με την πρωτογενή και την συνολική βαθμολογία της LSRP.

Πίνακας 4.7 Συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους τύπους προσκόλλησης ανά φύλλο.

ECR-R	LSRP (Ψυχοπάθεια)					
	Πρωτογενής		Δευτερογενής		Συνολική	
Άντρες	r	p	r	p	r	p
▪ Άγχος	-0,109	0,293	0,037	0,720	-0,069	0,509
▪ Αποφυγή	0,320	0,002	0,095	0,363	0,293	0,004
Γυναίκες						
▪ Άγχος	-0,031	0,749	0,346	<0,001	0,131	0,178
▪ Αποφυγή	0,248	0,010	0,272	0,004	0,329	0,001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στην διερεύνηση της σχέσης των ψυχοπαθητικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης και με τους τύπους προσκόλλησης σε φοιτητές / τριες του ΤΕΙ Κρήτης. Παρακάτω ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, μέσα από τη σύνδεση του θεωρητικού μέρους με τα ερευνητικά δεδομένα.

Ως προς τα περιγραφικά στατιστικά συνολικών και επιμέρους βαθμολογιών της ψυχοπάθειας (LSRP) τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα είναι τα εξής : από τις κλίμακες του ερωτηματολογίου LSRP, η μετρούμενη ψυχοπάθεια έδειξε για το σύνολο των συμμετεχόντων σπουδαστών/ στριων σχετικά υψηλούς μέσους όρους, ενώ η πρωτογενής και η δευτερογενής ψυχοπάθεια έδειξαν και αυτές σχετικά υψηλούς μέσους όρους. Όσον αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις υψηλότερους μέσους όρους παρουσίασαν οι κλίμακες Ουδέτερη Θέση Ισχύος (ΟΘΙ), Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας (ΕΘΑ), Ουδέτερη Εγγύτητα (ΟΕ) και Απόσταση από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ), ενώ χαμηλότερους μέσους όρους παρουσίασαν οι κλίμακες Εγγύτητα από Θέση Ισχύος (ΕΘΙ) και Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ). Αυτό σημαίνει ότι επειδή το PROQ3 αξιολογεί αρνητικές σχέσεις, όσο πιο υψηλές τιμές τόσο περισσότερο αρνητικές σχέσεις και αντίστοιχα όσο πιο χαμηλές τιμές, τόσο λιγότερο αρνητικές σχέσεις. Τέλος οι κλίμακες του ερωτηματολογίου ECR-R αποφυγή και άγχος, παρουσίασαν μέτριους μέσους όρους, αγχώδους και αποφευκτικής προσκόλλησης.

Όσον αφορά τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και στις συνολικές και επιμέρους βαθμολογίες της ψυχοπάθειας (LSRP) τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν ότι : η μέση τιμή των γυναικών στην πρωτογενή και συνολική ψυχοπάθεια (LSRP) ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη από αυτήν των αντρών. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι η ψυχοπάθεια είναι πιο συχνή στους άντρες απ' ό τι στις γυναίκες. Ο επιπολασμός της στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 3% στους άντρες και περίπου 1% στις γυναίκες (Μάνου 1997). Όσον αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές

από τους άντρες στην Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ), ενώ οι άντρες είχαν υψηλότερες τιμές στην Ουδέτερη Θέση Ισχύος (ΟΘΙ) και Απόσταση από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ). Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνά μας σε αρκετές περιπτώσεις συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Birtchnell & Evans, 2004. Kalaitzaki & Nestoros, 2003). Η έρευνα των Kalaitzaki & Nestoros (2003) έδειξε ότι, οι γυναίκες σχετίζονται περισσότερο με Εγγύτητα από Θέση Ισχύος (ΕΘΙ) και Ουδέτερη Εγγύτητα (ΟΕ) από ότι οι άντρες, ενώ οι άντρες σχετίζονται σημαντικά πιο αρνητικά με Απόσταση από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ) και Ουδέτερη Απόσταση (ΟΑ) από ότι οι γυναίκες. Η έρευνα μας και η έρευνα των Kalaitzaki & Nestoros (2003) συμφωνούν, στο ότι οι άντρες είναι σχετικά αποστασιοποιημένοι στις σχέσεις τους και αυτό φαίνεται από την κλίμακα Απόσταση από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ) που βρέθηκε υψηλή συσχέτιση και στις δύο έρευνες. Τέλος, στις κλίμακες αποφυγή και άγχος του ερωτηματολογίου ECR-R δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

Σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας *αν σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης* τα αποτελέσματα έδειξαν ότι : τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια σχετίζονται κυρίως με Ουδέτερη Θέση Ισχύος (ΟΘΙ), Εγγύτητα από Θέση Ισχύος (ΕΘΙ) και Απόσταση από Θέση Ισχύος. Τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια έχουν ένα προφίλ με λιγότερα έντονα συναισθήματα, είναι κυρίως σκληροί και δεν έχουν άγχος, ενοχή και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Δηλαδή, οι πρωτογενείς ψυχοπαθείς δεν εκφράζουν συναισθήματα, αλλά είναι σκληροί και χειριστικοί με τους άλλους ανθρώπους. Αυτά είναι χαρακτηριστικά της Ουδέτερης Θέσης Ισχύος (ΟΘΙ) και κυρίως της Απόστασης από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ). Βλέπουμε, επομένως, ότι τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια κυρίως σχετίζονται από θέση ισχύος (με απόσταση ή εγγύτητα). Η θέση ισχύος σύμφωνα με την θεωρία του Birtchnell (1990; 1993; 1996; 1997a; 1999), συνδέεται με επιθετικές συμπεριφορές πχ εκφοβισμό και εξευτελισμό, ηγετικές τάσεις, διεκδίκηση της εξουσίας, υπέρμετρη φιλοδοξία σχετικά με τις ικανότητες του εαυτού, αλαζονεία, έντονη την επιθυμία άσκησης και διατήρησης του ελέγχου και της εξάρτησης των άλλων. Επίσης, τα άτομα από την θέση αυτή, εκδηλώνουν έντονες χειριστικές, ηγετικές, ναρκισσιστικές, σαδιστικές και μαζοχιστικές συμπεριφορές. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί επιβεβαιώνουν τη σχέση της πρωτογενούς ψυχοπάθειας με τα παραπάνω χαρακτηριστικά, όπως περιγράφονται στην θεωρία των τύπων του Σχετίζεσθαι (Birtchnell, 1990; 1993; 1996; 1997a; 1999). Πιο αναλυτικά

στον τομέα των σχέσεων η κύρια σύγκρουση των ατόμων με ψυχοπάθεια εστιάζεται στην εγγύτητα και την απόσταση, την αγάπη και τον φόβο (Eysenck 1959). Μέσα από χειριστικές, τυραννικές και ηγετικές συμπεριφορές τα άτομα αυτά, εκδηλώνουν επιθετικότητα και προκαλούν σωματικές βλάβες στους άλλους. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι παρόμοια με τα ευρήματα άλλων ερευνών πχ οι Birtchnel, Hammond, Horn, De Jong & Kalaitzaki, (2013) που πραγματοποίησαν έρευνα για τις ιδιαίτερες μορφές αρνητικής συσχέτισης, όπως μετριούνται από το PROQ3 και έκαναν σύνδεση με συγκεκριμένες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς (Newberry & Birtchnel, 2011). Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι η «Ουδέτερη Απόσταση» και η «Ουδέτερη Εγγύτητα» ήταν οι δύο κλίμακες με την πιο σημαντική συσχέτιση με την εγκληματικότητα εν γένει. Η σκληρότητα, ο σαδισμός, η ψυχρότητα, ο κυνισμός και η απότομη αλλαγή της συμπεριφοράς από τρυφερότητα σε εχθρότητα είναι οι πιο συχνές μορφές εκδήλωσης της επιθετικότητας (Παπαδόπουλος, 2017). Επίσης, τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια, εκδηλώνουν έντονη κτητικότητα και ζήλια στις συντροφικές σχέσεις τους και αποσκοπούν στην δημιουργία οικονομικής και συναισθηματικής εξάρτησης των συντρόφων από τους ίδιους. Παράλληλα, έχουν επικριτική συμπεριφορά απέναντι στους άλλους. Τέλος, τα ψυχοπαθητικά άτομα χαρακτηρίζονται από ναρκισσισμό που περιλαμβάνει συμπεριφορές κυριαρχίας, επιδειξιομανίας και εκμετάλλευσης, καθώς και αισθήματα ανωτερότητας (Raskin & Terry, 1988). Μέσα από την βίαιη συμπεριφορά τους και την άσκηση ισχυρού ελέγχου στους άλλους, ενισχύουν την αυτοεκτίμησή τους και μειώνουν τις προσωπικές τους ανασφάλειες.

Τα άτομα με δευτερογενή ψυχοπάθεια σχετίζονται κυρίως με Ουδέτερη Εγγύτητα (OE), Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας (EΘΑ), Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ) και Ουδέτερη Απόσταση (OA). Οι δευτερογενείς ψυχοπαθείς έχουν περισσότερο νεύρωση, παρορμητικότητα, κατάθλιψη, θυμό και αγωνία, δηλαδή εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα που μεταβάλλονται εύκολα. Η θέση αδυναμίας σύμφωνα με την θεωρία του Birtchnell (1990; 1993; 1996; 1997a; 1999) συνδέεται με ανασφάλεια σχετικά με την πιθανότητα εκμετάλλευσης ή απόρριψης από τον άλλο, χειρισμούς για την πρόκληση οίκτου και ενοχής στον άλλο, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοτιμωρία, απομόνωση, τυφλή υπακοή, μαζοχισμό – ικανοποίηση από την απόρριψη, το αίσθημα της ευαλωτότητας. Οι δευτερογενείς ψυχοπαθείς είναι πιο συναισθηματικά ευμετάβλητοι. Αυτή την ευμεταβλητότητα τους την βλέπουμε στις σχέσεις τους, καθώς κινούνται από απόσταση και εγγύτητα στις

σχέσεις τους, δηλαδή πότε πλησιάζουν τον σύντροφο τους και πότε απομακρύνονται από αυτόν. Σύμφωνα με τον Eysenck (1959) οι σχέσεις τους γίνονται πιο δύσκολες όταν αποδίδουν στον σύντροφο τους την αμφιθυμία τους, μεταξύ της αγάπης και του μίσους και της βαθιάς αμφιβολίας τους για το αν μπορούν να αγαπηθούν. Στην περίπτωση αυτή δοκιμάζουν συνεχώς τους συντρόφους τους, ζητώντας περισσότερες αποδείξεις αγάπης, ώστε να διαλυθούν οι αμφιβολίες τους, πράγμα που πολλές φορές μπορεί να εξελιχτεί σε σαδισμό και μαζοχισμό. Παράλληλα είναι άτομα κτητικά και ορισμένες φορές η καταπιεσμένη ανάγκη τους για αγάπη και αφοσίωση, εμφανίζεται με τη μορφή υπερβολικής ζήλιας, μέχρι και ζηλοτυπικού παραληρήματος.

Όσον αφορά την ψυχοπάθεια και τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης ανά φύλο από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι : στις γυναίκες η συνολική ψυχοπάθεια δείχνει να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης, όπως ακριβώς και το σύνολο του δείγματος μας. Η πρωτογενής ψυχοπάθεια σχετίζεται περίπου με τον ίδιο τρόπο και στα δύο φύλα στις θέσεις Ουδέτερη Θέση Ισχύος(ΟΘΙ), Εγγύτητα από Θέση Ισχύος(ΕΘΙ) και Απόσταση από Θέση Ισχύος(ΑΘΙ) με την μόνη εξαίρεση ότι οι γυναίκες σχετίζονται και από Απόσταση από Θέση Αδυναμίας(ΑΘΑ) σε αντίθεση με τους άντρες. Η δευτερογενής ψυχοπάθεια παρουσίασε σημαντικές συσχετίσεις και στα δύο φύλα. Οι άντρες σχετίζονται με την Ουδέτερη Απόσταση(ΟΑ), ενώ οι γυναίκες με την Εγγύτητα από Θέση Ισχύος(ΕΘΙ), Ουδέτερη Εγγύτητα(ΟΕ), Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας(ΕΘΑ), Ουδέτερη Θέση Αδυναμίας(ΟΘΑ) και την Απόσταση από Θέση Αδυναμίας(ΑΘΑ). Από αυτό συμπεραίνουμε ότι, οι γυναίκες στις σχέσεις τους νιώθουν περισσότερη ανασφάλεια και φοβούνται την απόρριψη, εξαρτώνται από τον σύντροφο τους, καθώς επίσης έχουν έντονο το συναίσθημα της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της αυτοτιμωρίας σε αντίθεση με τους άντρες οι οποίοι στις σχέσεις τους είναι πιο απόμακροι, προτιμούν την μοναξιά και νιώθουν φόβο στο να έρθουν κοντά με τον σύντροφο τους.

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της πτυχιακής εργασίας μας **αν σχετίζεται η ψυχοπάθεια με τους τύπους προσκόλλησης** από την στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι : υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση. Βρέθηκε θετική συσχέτιση της πρωτογενούς ψυχοπάθειας με την αποφευκτική προσκόλληση και της δευτερογενούς ψυχοπάθειας με την αγχώδη προσκόλληση.

Οι ενήλικες με αποφευκτική προσκόλληση νιώθουν κάπως άβολα κοντά σε άλλα άτομα. Θεωρούν δύσκολο να εμπιστευτούν τους άλλους ολοκληρωτικά και να

επιτρέψουν στον εαυτό τους να εξαρτάται από άλλους. Είναι άτομα ανεξάρτητα και αδιαφορούν στο να συνάψουν στενές σχέσεις. Μερικές φορές θεωρούν τις σχέσεις ως κάτι ασήμαντο και προτιμούν την μοναξιά. Αισθάνονται νευρικήτητα όταν κάποιος τους πλησιάσει πολύ στενά συναισθηματικά και γι' αυτόν τον λόγο ζητούν από τους συντρόφους τους λιγότερη οικειότητα, έτσι ώστε να αισθάνονται πιο άνετα. Τα συναισθήματα τους για τους συντρόφους τους είναι περισσότερο αρνητικά από ότι για τον ίδιο τους τον εαυτό. Επομένως, είναι λογικό, να έχουν αποφευκτική προσκόλληση οι πρωτογενείς ψυχοπαθείς, λόγω του ότι είναι σκληροί, χειριστικοί, σαδιστικοί και δεν κάνουν στενές σχέσεις, δεν έχουν συναισθήματα και νιώθουν ότι δεν χρειάζονται τους άλλους, καθώς προτιμούν την αποστασιοποίηση (Hazan & Shaver, 1987).

Οι δευτερογενείς ψυχοπαθείς έχουν κυρίως αγχώδη τύπο προσκόλλησης στις ενήλικες σχέσεις τους, γιατί οι ίδιοι είναι νευρωτικοί (δηλ. με έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα) και επομένως ανησυχούν εάν οι σύντροφοι τους, τους αγαπούν πραγματικά ή όχι. Επίσης, θεωρούν ότι οι άλλοι είναι απρόθυμοι να τους πλησιάσουν όσο θα ήθελαν και επιζητούν την ταύτιση πλήρως με το άλλο πρόσωπο. Τέλος, δίνουν περισσότερη έμφαση σε αρνητικά συναισθήματα και γι' αυτό τον λόγο στις σχέσεις τους μία απομακρύνονται και μία έρχονται κοντά στους άλλους (Hazan & Shaver, 1987).

Τέλος, για την συσχέτιση της ψυχοπάθειας με τους τύπους προσκόλλησης ανά φύλο προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα : παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες με δευτερογενή ψυχοπάθεια σχετίζονται περισσότερο με αγχώδη προσκόλληση, ενώ οι άντρες με πρωτογενή ψυχοπάθεια σχετίζονται με αποφευκτική προσκόλληση. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες προσκολλούνται στους συντρόφους τους, αποφεύγοντας έτσι τον φόβο και το άγχος της μοναξιάς και της απόρριψης από τους άλλους, επιζητώντας καθοδήγηση από αυτούς, ενώ οι άντρες προτιμούν την κοινωνική απόσυρση στις διαπροσωπικές σχέσεις τους, παραμένοντας απόμακροι από τους άλλους.

5.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς, όπως άλλωστε και οι περισσότερες έρευνες, μελέτες ή διατριβές. Ιδιαίτερα περιοριστική μεταβλητή, ήταν η αντικειμενικότητα και η ειλικρίνεια στις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Αυτό συνέβη, διότι οι ερωτήσεις καλύπτουν ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα της προσωπικότητας των ατόμων, πιθανών συμπτωματικών συμπεριφορών και των διαπροσωπικών

σχέσεων και φέρνουν στην επιφάνεια ατομικά χαρακτηριστικά. Ακόμη θα πρέπει να καταγράψουμε το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται στην άποψη των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης από όλες τις σχολές και τα τμήματα και όλων των ηλικιών, σχετικά με την ψυχοπάθεια και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Κατά συνέπεια, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε όλους τους φοιτητές της Ελλάδας και σε καμία περίπτωση το συγκεκριμένο δείγμα δεν επελέγη ως αντιπροσωπευτικό όλων των φοιτητών της χώρας. Πόσο μάλλον όσον αφορά την άποψη του γενικού πληθυσμού.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός που παρουσίασε η πτυχιακή εργασία αφορούσε την απροθυμία ορισμένων φοιτητών να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, ενδεχομένως, λόγω περιορισμένου απαιτούμενου χρόνου τη δεδομένη στιγμή και λόγω της μεγάλης του έκτασης. Έτσι, στην περίπτωση που δεν ήταν δυνατή η συμπλήρωση του κατά τον προκαθορισμένο χρόνο και θέλοντας να υπάρξει αμοιβαία εξυπηρέτηση, δόθηκε χρονικό περιθώριο μίας ημέρας στους συμμετέχοντες αυτούς να πάρουν το ερωτηματολόγιο στον χώρο τους και να το επιστρέψουν συμπληρωμένο την επόμενη ημέρα. Αυτό μπορεί να είχε ως αποτέλεσμα πολλές ερωτήσεις από τους ερωτώμενους σπουδαστές/στρίες να απαντήθηκαν χωρίς να έχει γίνει κατανοητή η ερώτηση, καθώς επίσης να απάντησαν μετά από πολύ σκέψη, πράγμα που δεν θα συνέβαινε αν συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο την στιγμή που τους δόθηκε.

5.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- Το δείγμα μας εμφάνισε μέτριες προς χαμηλές τιμές στην ψυχοπάθεια, με την πρωτογενή ψυχοπάθεια να είναι ελαφρώς χαμηλότερη από την δευτερογενή(δηλ. οι συμμετέχοντες να είναι λιγότερο ανάλγητοι και σκληροί και περισσότερο συναισθηματικά ευμετάβλητοι). Οι άντρες παρουσίασαν περισσότερη ψυχοπάθεια γενική και πρωτογενή από τις γυναίκες.
- Το δείγμα μας εμφάνισε έντονα αρνητικές σχέσεις στις κλίμακες Ουδέτερη Θέση Ισχύος(ΟΘΙ), Εγγύτητα από Θέση Αδυναμίας(ΕΘΑ), Ουδέτερη Εγγύτητα(ΟΕ) και Απόσταση από Θέση Ισχύος(ΑΘΙ) και λιγότερο αρνητικές στις κλίμακες Εγγύτητα από Θέση Ισχύος (ΕΘΙ) και Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ). Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες έχουν πιο αρνητικές

σχέσεις από θέση ισχύος και εγγύτητας(δεν ξέρουν πώς να δείχνουν σωστή εγγύτητα και εξουσία), ενώ τα πάνε καλύτερα στις απόμακρες σχέσεις από θέση αδυναμίας.

- Οι γυναίκες είχαν πιο αρνητικές σχέσεις στην κλίμακα Απόσταση από Θέση Αδυναμίας (ΑΘΑ), ενώ οι άντρες στις κλίμακες Ουδέτερη Θέση Ισχύος (ΟΘΙ) και Απόσταση από Θέση Ισχύος (ΑΘΙ). Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες έχουν δυσκολίες στις απόμακρες σχέσεις από θέση αδυναμίας, ενώ οι άντρες στις σχέσεις εξουσίας.
- Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στο φύλο και τους τύπους προσκόλλησης(αποφευκτικός – αγχώδης τύπος προσκόλλησης).
- Τα άτομα με πρωτογενή ψυχοπάθεια έχουν προβλήματα στις σχέσεις τους από τη θέση ισχύος – εξουσίας(ΟΘΙ, ΕΘΙ και ΑΘΙ) και επομένως είναι σκληρά, χειριστικά, κτητικά, υιοθετούν συμπεριφορές εκφοβισμού, είναι αλαζόνες, εκδηλώνουν σαδισμό και ναρκισσισμό, ενδιαφέρονται για τη διατήρηση του ελέγχου και επιδιώκουν την εξάρτηση των άλλων, ενώ τα άτομα με δευτερογενή ψυχοπάθεια έχουν προβλήματα στις σχέσεις τους από θέση αδυναμίας, όπως και απόστασης και εγγύτητας(ΟΕ, ΕΘΑ, ΑΘΑ, ΟΑ), φοβούνται την μοναξιά και την εγκατάλειψη και αναζητούν την αποδοχή μέσα από τις σχέσεις τους. Είναι άτομα ευμετάβλητα, τα οποία κινούνται από απόσταση και εγγύτητα, δηλ. είτε απομακρύνονται από τους άλλους είτε έρχονται πιο κοντά.
- **Διαφορές ανά φύλο:** Άντρες και γυναίκες με πρωτογενή ψυχοπάθεια έχουν το ίδιο περίπου μοτίβο συσχετίσεων (ΟΘΙ, ΕΘΙ, ΑΘΙ – γυναίκες και ΑΘΑ), ενώ για τη δευτερογενή ψυχοπάθεια υπήρχαν διαφορές ανά φύλο: οι άντρες είχαν περισσότερο απόμακρες σχέσεις (ΟΑ), ενώ οι γυναίκες είχαν αρνητικές σχέσεις και από τις θέσεις της εγγύτητας και αδυναμίας (ΕΘΙ, ΟΕ, ΕΘΑ, ΟΘΑ, ΑΘΑ), πράγμα που σημαίνει ότι είναι πιο ευάλωτες συναισθηματικά στις σχέσεις τους, εξαρτώνται εύκολα στους ερωτικούς συντρόφους τους, επιζητούν την αποδοχή και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Η πρωτογενής ψυχοπάθεια σχετίζεται με αποφευκτική προσκόλληση και η δευτερογενής ψυχοπάθεια σχετίζεται κυρίως με αγχώδη προσκόλληση. Δηλ. άτομα εξουσιαστικά και ανάλητα (πρωτογενή ψυχοπάθεια) αποφεύγουν στενές, βαθιές και ουσιαστικές σχέσεις, ενώ άτομα με ευμεταβλητότητα στα

συναισθήματά τους (δευτερογενή ψυχοπάθεια) έχουν αμφιθυμία στις σχέσεις προσκόλλησής τους.

- **Διαφορές ανά φύλο:** Στις γυναίκες η δευτερογενής ψυχοπάθεια περισσότερο από την πρωτογενή ψυχοπάθεια σχετίζεται με την αγχώδη προσκόλληση, ενώ στους άντρες η πρωτογενής ψυχοπάθεια σχετίζεται με την αποφευκτική προσκόλληση.

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η κοινωνική εργασία είναι ένα από τα πιστοποιημένα επαγγέλματα ψυχικής υγείας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί στην ψυχική υγεία έχουν τα εφόδια να εργαστούν με άτομα για πολύπλοκα και δύσκολα ζητήματα. Έχουν ένα εύρος εμπειριών, εργαζόμενοι με άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές διάθεσης και προσωπικότητας, ψυχώσεις, αυτοκτονίες, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, κρίσεις, τραύματα και ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Η πρακτική της κοινωνικής εργασίας εκτείνεται από τις κλινικές δεξιότητες στην εργασία με άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές έως την εργασία με οικογένειες, ομάδες και κοινότητα. Η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών και οι δεξιότητες που απορρέουν από αυτή, εστιάζουν στο κοινωνικό περιεχόμενο και τις κοινωνικές επιπτώσεις, καθώς και τη θεραπεία της ψυχικής νόσου.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σωφρονίστηκα ιδρύματα, κλειστά ιδρύματα, ψυχιατρικές κλινικές, (όπου βρίσκονται άτομα με ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά) βρίσκεται στην ανάπτυξη δραστηριοτήτων εντός μίας δομής. Συνεργάζεται στενά με όλες τις υπηρεσίες και ειδικότητες, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κλπ. και συμμετέχει στη διεπιστημονική και πολυκλαδική ομάδα του πλαισίου στο οποίο ανήκει. Σύμφωνα με την έρευνα που κάναμε διαπιστώσαμε πως υπάρχουν δύο τύποι ψυχοπάθειας (πρωτογενής και δευτερογενής) όπου διαφοροποιείται και χαρακτηρίζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της καθεμίας, καθώς και ότι η ψυχοπάθεια είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού βιολογικών, γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και γι' αυτό το λόγο η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού θα είναι πολυεπίπεδη (μικρο-μέσο-μάκρο επίπεδο). Πιο συγκεκριμένα ο Κ.Λ θα πρέπει να έχει ως κριτήριο συνεργασίας με τον εξυπηρετούμενο τον τύπο ψυχοπάθειας του, καθώς διαφορετικό χειρισμό για σύναψη υγιούς συνεργασίας θα χρειαστεί ένα άτομο με πρωτογενή ψυχοπάθεια που χαρακτηρίζεται από σκληρότητα χωρίς έντονα συναισθήματα, άγχος, ενοχή, και από

έλλειψη στενής σχέσης/προσκόλλησης με άλλους ανθρώπους. Σ' αυτή την περίπτωση η σύναψη συνεργασίας θα αποτελέσει ένα δύσκολο μονοπάτι για τον κοινωνικό λειτουργό, καθώς τα άτομα αυτά δεν εμπιστεύονται τους άλλους, δεν θεωρούν πως έχουν ανάγκη θεραπευτικής συνεργασίας/αγωγής, καθώς και από την έλλειψη στενής σχέσης με τους άλλους θα είναι δύσκολη η συλλογή στοιχείων σχετικά με τις ακριβείς σχέσεις τους, με τον περίγυρό τους και τον ερωτικό σύντροφο, όπως και η εμπλοκή των άλλων ανθρώπων στην θεραπευτική συνεργασία. Στην περίπτωση συνεργασίας με άτομα δευτερογενούς ψυχοπάθειας που χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, κατάθλιψη, θυμό, αγωνία, δηλαδή εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα που μεταβάλλονται εύκολα και έχουν κακές σχέσεις με τους άλλους, ο κοινωνικός λειτουργός θα χρειαστεί άλλους χειρισμούς ως προς τη σύναψη συνεργασίας με τους ίδιους αλλά και με τον περίγυρό τους. Και στις δύο περιπτώσεις ο Κ.Λ θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των εξυπηρετούμενων να τους κάνει να νιώσουν πως δεν κατακρίνονται για κάτι και να δώσει τον απαιτούμενο χρόνο στους εξυπηρετούμενους για την σύναψη συνεργασίας.

Επίσης από την έρευνα μας προέκυψε πως οι διαφορετικοί τύποι ψυχοπάθειας συνδέονται με διαφορετικούς αρνητικούς τύπους συσχέτισης και τύπους προσκόλλησης, καθώς και ότι τα άτομα με πρωτογενή ή δευτερογενή ψυχοπάθεια συνδέονται διαφορετικά τόσο στις σχέσεις τους γενικά (διαπροσωπικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους), όσο και με τους ερωτικούς τους συντρόφους. Οι πληροφορίες, σχετικά με τις σχέσεις του εξυπηρετούμενου που θα συλλέξει μέσα από την μελέτη του κοινωνικού ιστορικού θα βοηθήσουν τον κοινωνικό λειτουργό να κατανοήσει και το είδος της σχέσης που μπορεί να συνάψει (ο εξυπηρετούμενος) με τον ίδιο στα πλαίσια της θεραπευτικής εργασίας, αν θα μπορέσει να υπάρξει θεραπευτική συμμαχία με τον εξυπηρετούμενο, καθώς και αν θα εμπλακεί ο εξυπηρετούμενος στη θεραπευτική σχέση. Όλα τα στοιχεία που έχει συλλέξει ο κοινωνικός λειτουργός από τη συνέντευξη, την κοινωνική έρευνα και την επίσκεψή του στην οικογένεια, καθώς και τα στοιχεία από τις επαφές του με τον γειτονικό περίγυρο ή τον προηγούμενο εργασιακό χώρο του εξυπηρετούμενου αποτελούν ένα πλήρες αρχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη στον θεραπευτικό προγραμματισμό και στους χειρισμούς της θεραπευτικής ομάδας. Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην οικογένεια, τον εξυπηρετούμενο και την κοινότητα(Σταθόπουλος, 2000). Η συμμετοχή του εξασφαλίζει την ενημέρωση των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας για το πληροφοριακό υλικό που δεν μπορεί με άλλον τρόπο να διοχετευθεί

στην επιστημονική ομάδα, αλλά και την μετάδοση της γνώσης όλων των προγραμμάτων, των φορέων με τους οποίους συνεργάζεται και των υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζει η εκάστοτε κυβέρνηση με την προνοιακή της πολιτική.

Εν κατακλείδι, η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα κρίνεται απαραίτητη, καθώς αυτός δίνει το κοινωνικό στίγμα της θεραπευτικής προσέγγισης για τις αντικειμενικές συνθήκες, τις πραγματικές ανάγκες και τις ρεαλιστικές λύσεις των κοινωνικών προβλημάτων των εξυπηρετούμενων και του οικογενειακού τους περίγυρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Γκιουζέπας Ι. (2008). «Ψυχιατρική», εκδόσεις Μαστορίδη. Θεσσαλονίκη
- Δελιγιαννίδη Κ. (2014). «Η θεωρία της προσκόλλησης». Αναρτήθηκε στο : http://mamababa.gr/index.php/9-pedeuousitekna/20-psychology-theory_στις_1_Δεκεμβρίου_2014.
- Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ. (2011). «Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας – Μοντέλα παρέμβασης – από την ατομική στη γενική-ολιστική προσέγγιση» Εκδόσεις : Τόπος, Αθήνα.
- Καλαϊτζάκη, Α.Ε. (2009). «Η Θεωρία των Τύπων του Σχετίζεσθαι»: Κλινικές και θεραπευτικές εφαρμογές. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, 54, 5,6.
- Καλαϊτζάκη, Α.Ε. & Νέστορος, Ι.Ν. (2002). «Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις ατόμων με ψυχωσικά συμπτώματα»: Περιγραφή και αξιολόγηση βάσει της θεωρίας του Διαπροσωπικού Οκταγώνου.
- Καφέτσιος, Κ. (2005). «Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις». Αθήνα: Τυπωθήτω
- Καλλίνη Κ. (2013). «Διαπροσωπικές σχέσεις». Αναρτήθηκε στο : <http://kallini.gr> .
- Κιλαμπέρια Β. (2012). «Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας». Αναρτήθηκε στο: <http://psychologein.dagorastos.net/2012/11/26/aspd/> στις 26 Νοεμβρίου 2012, από τον Δημήτρη Αγοραστό.
- Κυπραίου Π. (2016). «Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας». Αναρτήθηκε στο : <http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psyxologoi-marousi-psyxotherapeftes-marousi/diatarahes-proswpikohtas/323-antikoinwnikh-diataraxh-proswpikohtas>

- Λιακοπούλου Ε. (2015). «Διαταραχές προσωπικότητας – Στοιχεία κλινικής εικόνας». Αναρτήθηκε στο : <http://www.key2soul.gr/category/psixiki-ygeia/diataraxes-prosopikotitas/stoixeia-klinikis-eikonas-diataraxon-prosopikotitas/page/2/> στις 17 Δεκεμβρίου 2015.
- Μάνου Ν.(1997). «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών,University Studio Press (416-420).
- Μπάρδα Ε. Attachment theory: Η «θεωρία της προσκόλλησης». Αναρτήθηκε στο : <http://www.protothema.gr/zoi/group-therapy/arthro/608504/attachment-theoryi-theoria-tis-proskollisis/> στις 7 Σεπτεμβρίου 2016 από την εφημερίδα «Το Πρώτο Θέμα».
- Νασιάκου Μ., Χατζή Α., Φατούρου-Χαρίτου Μ., «Εισαγωγή στην Ψυχολογία», Τόμος Β', εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα 1999.
- Παπαγεωργίου Ευ. (2004). «Η ψυχοπάθεια στην καθημερινή μας ζωή ή εμείς ψυχοπαθείς»; Αναρτήθηκε στο : http://www.e-grapageorgiou.gr/index.phpID=articles_issues_ELκαι δημοσιεύτηκε στο “τεχνολογικά χρονικά” έκδοση του Γ.Ε.Ι.Α.
- Σακελλαρόπουλος Π. (2003). «Η επίδραση του αντικοινωνικού τρόπου στην υγεία». Αναρτήθηκε στο : <http://www.inpsy.gr/el/digital-library/arthra/arthra-ellinika/295-2013-04-24-19-52-54>
- Σπανός Δρ. «Η ψυχοπάθεια και τα συμπτώματά της». Αναρτήθηκε στο: http://psixologikosfaros.gr/article_det.asp?artid=748 από τον Ψυχολογικό Φάρο.
- Σικελιανού Δ. (2010). «Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων». Εκδόσεις : Διόνικος, Αθήνα.
- Σταθόπουλος Π. (2000). «Κοινωνική Εργασία – Διαδικασία, Μέθοδοι και

Τεχνικές παρέμβασης». Εκδόσεις : Παπαζήση, Αθήνα.

- Τσικρίκου Ε. «Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας». Αναρτήθηκε στο: http://vimaiteas.blogspot.gr/2014/05/blog-post_7837.html Βήμα της Ιτέας στις 22 Μαΐου 2014.
- Τσόπελας, Χ. & Αρμενάκα, Μ. (2012). «Από τη Διαταραχή διαγωγής της παιδικής ηλικίας στην ψυχοπαθητικότητα στην ενήλικη ζωή». ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 23.

Ξένη βιβλιογραφία

- Ainsworth , M.D.S., Blehar , M.C., Waters, E., Wall , S., (1978). Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation. N.Jersey, Halsted Press Division
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 226-244.
- Birtchnell J. (1990), Interpersonal theory: Criticism, modification and elaboration, Human Relations, 43, 1183-1201. ☐
- Birtchnell J. (1993/1996), How humans relate: a new interpersonal theory, Westport, C.T., Praeger Publishers.
- Birtchnell, J., Hammond, S., Horn, E., De Jong, C., and Kalaitzaki, A. (2013). A Cross-National Comparison of a Shorter Version of the Person's Relating to Others Questionnaire. Clinical Psychology & Psychotherapy, 20(1), 36-48. DOI: 10.1002/cpp.789.
- Birtchnell J. (1997). Attachment in an interpersonal context, British Journal of Medical Psychology, 70, 165-279.
- Birtchnell J. (1997a), Attachment in an interpersonal context, British Journal of Medical Psychology, 70, 265-279. ☐

- Birtchnell J. (1997b), Personality set within an octagonal model of relating. In Circumplex models of personality and emotions (R. Plutchik & H.R. Conte Eds.), Washington, D.C., American Psychological Association. (pp. 155-182).
- Birtchnell, J. & Evans, C. (2004) The Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ2) Personality and Individual Differences, 36, 125-140.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bowlby, J.(1991). «Postscript» in Parkes, C. M., Hinde, J. S., & Marris, P. Attachment Across the Life Cycle. London Routledge
- Cleckley, H.M. (1976). *The Mask of Sanity* (Fifth Edition). Saint Louis, MO: C.V. Mosby Co.
- Cooper M., Hooper C & Thompson M. (2012). «Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων – Θεωρία και πράξη». Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης : Παπαδάτος Γ. επιστημονικές εκδόσεις : Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.
- Elicker, J., Englund, M., and Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. Parke and G. Ladd (Eds.), Family-Peer Relations: Modes of linkage (pp. 77-106). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Erickson, M., Sroufe, L., and Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton and E. Waters (Eds.), Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2, 147-166.
- Fagot, B.I., Kavanagh, K. (1990). The prediction of antisocial-behavior from avoidant attachment classifications. Child Development, 61 (3): 864-873.

- Grossman, K. E. and Grossman K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioural responses in a longitudinal perspective .
- Hare, R. D (1978), Electrodermal and Cardiovascular Correlates of Sociopathy. In R.D Hare & D. Schalling (EDS), Psychopathic behavior : approaches to research, New York : Wiley
- Hare, R.D, Harpur, T.J, Hakstian, R.D, Forth A.E, Hart, S.D, et al. (1990). The revised psychopathy checklist : reliability and factor structure. Psychological assessment, 2,338-341.
- Harold I. Kaplan, M.D Benjamin J. Sadock, M.D, Jack A. Grebb (1996). «Ψυχιατρική» έβδομη έκδοση, Α' τόμος : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Jacobson et al. (1986). Infant-mother attachment and early peer relations. In E. C. Mueller and C. R. Cooper, Process and Outcome in Peer Relationships. Orlando: Academic Press.
- Jacobson, J. L. and Wille, D. E. (1986). the influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to preschool period. Child Development, 57, 338- 347.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. Personality and Individual differences.
- Kafetsios, K. & Nezlek, J.B. (2002). Attachment in everyday social interaction. European Journal of Social Psychology, 32, 5, 719-735.
- Kalaitzaki, A.E. & Nestoros, J.N. (2003). The Greek version of the Revised Person's relating to Others Questionnaire (PROQ2): Psychometric properties and factor structure. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice (formerly British Journal of Medical Psychology), 76, 301-314.

- Kalaitzaki, A. E., Birtchnell, J., & Kritsotakis, E. (2010). The associations between negative relating and aggression in the dating relationships of students from Greece. *Partner Abuse: New Directions in Research, Intervention, and Policy*, 1(4), 420-442.

- Kalaitzaki, A. E., Birtchnell, J. Hammond, S., & De Jong, C. (2015). The shortened Person's Relating to Others Questionnaire (PROQ3): Comparison of the Internet-administered format with the standard-written one across four national samples. *Psychological Assessment*, 27(2), 513-523.

- Kaplan and Sadock's (2000). «Ψυχιατρική» έβδομη έκδοση, Β' τόμος, Αθήνα.

- Kring A., Davison G., Neale J., Johnson S. (2010). *Ψυχοπαθολογία Καραμπά Θ.* (Μτφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg(σελ 606-612,625).

- Lyons-Ruth, K., Alpern, I., Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* . 64 (2): 572-585

- Lykken, D.T. (1975). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of abnormal and social psychology*, 55, 6-10.

- Matas, L., Arend, R. A., and Sroufe, L. A. (1978). Continuity and adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.

- Millon, T. & Davis, R.D.(1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. Second Edition. Toronto: John Wiley and Sons, Inc.

- Millon, T. & Martinez, A. (1995). Avoidant Personality Disorder. In W.J. Livesley(ed.), *The DSM-IV Personality Disorders*. New York: The Guilford Press, pp. 218-223.

- Millon, T. (1996). *Personality and Psychopathology: Building a Clinical Science*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

- Newberry, M. (in press). *Negative relating and psychopathy*. In J. Birtchnell, M. Newberry & A. Kalaitzaki (Eds.). *Relating Theory: Clinical and Forensic Applications*. (σελ.387-407) London: Palgrave.

- Newberry, M. (2010). A synthesis of outcome research at Grendon therapeutic community prison. *Therapeutic Communities, 31*, 356-371.

- Newberry, M., & Birtchnell, J. (2011). Negative relating and offence type. *Journal of Criminal Psychology, 1*, 24-35.

- Salekin, Rogers & Sewell, (1997). Construct validity of psychopathy in a female offender sample: a multitrait-multimethod evaluation.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ»

Είμαστε μια ομάδα φοιτητριών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας που στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας πραγματοποιούμε έρευνα για την σχέση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας με τους αρνητικούς τύπους συσχέτισης και τους τύπους προσκόλλησης και σας καλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο αυτό. Αναφορικά με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θα θέλαμε να τονίσουμε τα παρακάτω:

(1) Η συμμετοχή σε αυτή τη μελέτη είναι αυστηρά εθελοντική και δεν είστε υποχρεωμένοι να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. (2) Οι απαντήσεις σας είναι απολύτως εμπιστευτικές και ανώνυμες. Δεν θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε κανένα στοιχείο από το οποίο θα προκύπτει η ταυτότητα σας. (3) Μπορείτε να παραλείψετε όποια ερώτηση θέλετε. Ωστόσο, θα μας βοηθήσετε πολύ εάν απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις. **Η ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΣΑΣ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ.** (4) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί τη συναίνεσή σας στην έρευνα αυτή.

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Ο καθένας από εσάς απαντάει αυτό που πιστεύει ότι του ταιριάζει περισσότερο. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αυτού είναι 15 – 20 λεπτά.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία σχετικά με την έρευνα ή τα δικαιώματά σας ως συμμετέχων/ούσα στην έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την επόπτρια μας: Αργυρούλα Ε. Καλαϊτζάκη, Επικ. Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας (τηλ. 6944630891, e-mail: akalaitzaki@staff.teicrete.gr). Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία σας σε αυτήν την έρευνα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A1. Φύλλο: Άντρας Γυναίκα

A2. Ηλικία: _____

A3. Γεννηθήκατε στην Ελλάδα; Ναι Όχι

Αν όχι, που γεννηθήκατε; _____

A4. Ο τόπος μόνιμης διαμονής σας είναι: Άλλη Σύμβαση Ξενοδοχείο

A5. Σε ποια σχολή φοιτάτε:

Σ.Ε.Υ.Π Σ.Δ.Ο Σ.Τ.Ε.Γ Σ.Τ.Ε.Φ

A6. Σε ποιο τμήμα; _____

A7. Σε ποιο εξάμηνο βρίσκεστε; _____

B. LSRP. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 26 προτάσεις που θα μπορούσαν ενδεχομένως να ισχύουν και για εσάς. Παρακαλούμε αξιολογήστε πόσο συμφωνείτε με κάθε δήλωση/πρόταση με κλίμακα από το (1) Διαφωνώ απόλυτα, (2) Διαφωνώ, (3) Συμφωνώ, (4) Συμφωνώ απόλυτα. Παρακαλώ σημειώστε την απάντησή σας τοποθετώντας ένα «X» στο κατάλληλο τετράγωνο για κάθε πρόταση.

Πρόταση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η επιτυχία βασίζεται στην επιβίωση του ισχυρότερου. Δεν με ενδιαφέρουν οι αποτυχημένοι.				
Έχω κάθε φορά τους ίδιους μπελάδες.				
Για εμένα αυτό που είναι σωστό είναι οτιδήποτε με κάνει να γλιτώσω/ ξεφύγω.				
Βαριέμαι συχνά.				
Στον σημερινό κόσμο νιώθω δικαιωμένος να κάνω οτιδήποτε για να γλιτώσω με επιτυχία.				
Θεωρώ ότι είμαι σε θέση να επιδιώκω ένα στόχο για μεγάλο χρονικό διάστημα.				
Κύριος σκοπός μου στην ζωή είναι να αποκτήσω όσα περισσότερα μπορώ.				
Δεν σχεδιάζω τίποτα μακρινό εκ των προτέρων.				
Πρόταση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Το να βγάζω αρκετά χρήματα είναι ο πιο σημαντικός στόχος μου.				
Χάνω γρήγορα το ενδιαφέρον μου για πράγματα που ξεκινάω.				
Αφήνω τους άλλους να ανησυχούν για τις υψηλότερες αξίες. Εμένα η κύρια ανησυχία μου είναι η ουσία.				
Πριν κάνω οτιδήποτε, εξετάζω προσεχτικά τις πιθανές συνέπειες.				
Η πιο σημαντική προτεραιότητά μου είναι να φροντίζω τον εαυτό μου.				
Έχω βρεθεί σε πολλούς λεκτικούς καβγάδες με άλλους ανθρώπους.				
Λέω στους άλλους ανθρώπους αυτό που θέλουν να ακούσουν, ώστε να κάνουν αυτό που εγώ θέλω να κάνουν.				
Όταν απογοητεύομαι συχνά «ξεθυμαίνω» ξεφυσώντας.				
Θα με αναστάτωνε αν η επιτυχία μου προερχόταν εις βάρος κάποιου άλλου.				
Η αγάπη είναι υπερτιμημένη.				
Συχνά θαυμάζω μια πραγματικά έξυπνη απάτη/ κομπίνα.				
Προσπαθώ να μην βλέπω τους άλλους κατά την επίτευξη των στόχων μου.				

Με ευχαριστεί να χειρίζομαι τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων.				
Νιώθω άσχημα αν τα λόγια ή οι πράξεις μου προκαλούν σε κάποιον άλλον συναισθηματικό πόνο.				
Ακόμα και αν προσπαθούσα σκληρά να πουλήσω κάτι, δεν θα έλεγα ψέματα.				
Η εξαπάτηση δεν δικαιολογείται επειδή είναι άδικη για τους άλλους.				

Γ.ΠΡΟQ3. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΤΥΠΩΝ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΣΘΑΙ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ.

Οι προτάσεις που υπάρχουν παρακάτω αναφέρονται σε συναισθήματα και στάσεις που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι για ή προς τους άλλους ανθρώπους. Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και σημειώστε, τσεκάροντας την κατάλληλη στήλη, το βαθμό που νομίζετε ότι σας ταιριάζει. Προσπαθήστε να είστε τελείως ειλικρινής και τίμιος/α με τον εαυτό σας. Αποφύγετε να δώσετε απαντήσεις σχετικά με το πώς θα θέλατε να είστε ή για το πώς θα θέλατε οι άλλοι να σκέφτονται για εσάς και απαντήστε για το πώς πραγματικά είστε. Προσπαθήστε, όσο είναι δυνατόν να απαντάτε στις στήλες «*Σχεδόν πάντα αλήθεια*» και «*Σπάνια αλήθεια*». Οι δύο μεσαίες στήλες είναι μόνο για την περίπτωση που δεν μπορείτε να αποφασίσετε. Σημείωση: όταν υπάρχει η λέξη «άλλοι» εννοείται οι «άλλοι άνθρωποι».

Παρακαλώ βεβαιωθείτε ότι δεν ξεχάσατε καμία σελίδα και ότι δώσατε απάντηση σε κάθε πρόταση.

Σχεδόν πάντα αλήθεια	Αρκετές φορές αλήθεια	Μερικές φορές αλήθεια	Σπάνια αλήθεια
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

Κλείνομαι στον εαυτό μου.				
Εύκολα υποχωρώ στους άλλους.				
Θεωρώ ότι αξίζει να παλέψω για τις ανάγκες μου.				
Προσκολλώμαι υπερβολικά στους άλλους.				
Δε δυσκολεύομαι στο να πω σε κάποιον τι να κάνει.				
Δεν μπορώ με τίποτα να πείσω τον εαυτό μου ότι οι άλλοι με αγαπούν πραγματικά.				
Είμαι έτοιμος/η να παλέψω, για να αποκτήσω ότι θέλω.				
Δεν αφήνω τους άλλους να με πλησιάζουν πολύ (να έρχονται πολύ κοντά μου).				
Μου αρέσει να είμαι αυτός/ή που έχει τον έλεγχο.				
Προτιμώ οι άλλοι να μπαίνουν επικεφαλής.				
Έχω την τάση να προσκολλώμαι στους άλλους.				
Έχω την τάση να κρατάω τα συναισθήματά μου μέσα μου.				
Μπορώ να είμαι υπερπροστατευτικός/ή με κάποιον που είναι συναισθηματικά κοντά μου.				
Φοβάμαι την απόρριψη.				

Μπορώ να είμαι αρκετά αδίστακτος/η, όταν χρειάζεται.				
Είμαι περισσότερο οπαδός παρά αρχηγός.				
Προσπαθώ να κρατάω τους άλλους για τον εαυτό μου.				

Σχεδόν
πάντα
αλήθεια

Αρκετές
φορές
αλήθεια

Μερικές
φορές
αλήθεια

Σπάνια
αλήθεια

Όταν οι άνθρωποι που αγαπώ φεύγουν, λαχταρώ την επιστροφή τους.				
Με ενοχλεί όταν οι άλλοι δεν κάνουν αυτό που περιμένω να κάνουν.				
Δε δυσκολεύομαι να κάνω αυτό που μου λένε οι άλλοι.				
Έχω την τάση να εκδικούμαι τους ανθρώπους που με προσβάλλουν.				
Δεν αντέχω την μοναξιά.				
Το προτιμώ όταν κάποιος άλλος έχει τον έλεγχο.				
Όταν κάποιος που είναι (συναισθηματικά) κοντά μου ενδιαφέρεται για κάποιον άλλο, προσπαθώ να τον κρατήσω γερά κοντά μου.				
Το εκτιμώ όταν οι άλλοι μου λένε τι να κάνω.				
Δεν αφήνω τους άλλους να την γλιτώνουν όταν με προσβάλλουν.				
Όταν λέω στους άλλους τι να κάνουν, περιμένω να το κάνουν.				
Δεν μπορώ ποτέ να είμαι σίγουρος/η ότι οι άλλοι με εγκρίνουν.				
Αφήνω τους άλλους να αποφασίζουν.				
Μου είναι εύκολο να είμαι στοργικός/ή.				
Δεν μου αρέσει οι άλλοι να ξέρουν πάρα πολλά για μένα.				
Όταν γίνεται μία αντιπαράθεση, κάνω πίσω / φεύγω.				
Γαντζώνομαι δυνατά σε κάποιον που είναι κοντά μου.				
Συνηθίζω να βάζω τους άλλους στην θέση τους.				
Νιώθω άβολα όταν τα πράγματα δεν γίνονται όπως εγώ τα θέλω.				
Γνωρίζω ότι υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους μπορώ να στραφώ όταν χρειαστεί.				
Εάν δεν μπορώ να κάνω κάτι, βρίσκω κάποιον που μπορεί να μου δείξει.				
Προσπαθώ να κανονίζω τα πράγματα έτσι ώστε οι άλλοι να κάνουν αυτό που θέλω.				
Προσπαθώ να διασφαλίσω ότι κάποιος που είναι κοντά μου, δεν ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για τους άλλους.				
Όταν οι άλλοι προσπαθούν να με εκφοβίσουν, υποχωρώ.				

Σχεδόν
πάντα
αλήθεια

Αρκετές
φορές
αλήθεια

Μερικές
φορές
αλήθεια

Σπάνια
αλήθεια

Φοβάμαι ότι οι άλλοι μπορεί να χάσουν το ενδιαφέρον τους για εμένα.				
Δεν αφήνω τους άλλους να απομακρύνονται πολύ μακριά από εμένα.				
Έχω την τάση να συνδέομαι τόσο πολύ με τους άλλους, που δεν μπορώ να απομακρυνθώ από αυτούς.				
Όταν τα πράγματα πάνε στραβά, συνηθίζω να σκέφτομαι ότι είναι δικό μου λάθος.				
Όταν είμαι υπό πίεση, παραιτούμαι.				
Με ευχαριστεί να απομακρύνομαι/να ξεφεύγω από τους άλλους.				
Προτιμώ να κρατάω τους άλλους σε ασφαλή απόσταση.				
Όταν οι άλλοι μου επιβάλλουν την θέληση τους, φεύγω.				

Δ. ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΤΙΣ ΣΤΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ –ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΟ (ECR – R).

Οι προτάσεις που ακολουθούν αφορούν το πώς αισθάνεσαι στις ερωτικές σχέσεις/ δεσμούς, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου (οι όροι «σύντροφος» και «ερωτικός σύντροφος» χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τις σχέσεις αυτές). Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνεις γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Σημείωσε δίπλα από την κάθε πρόταση το κατά πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με αυτήν με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	Ουδέτερα/ Ανάμεικτα	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	Ουδέτερα/ Ανάμεικτα	4	5	6	7	Συμφωνώ απόλυτα

Δε μου είναι δύσκολο να πλησιάσω συναισθηματικά με το/τη σύντροφό μου.	
Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.	
Συνήθως συζητώ τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με το/τη σύντροφό μου.	
Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.	
Με βοηθάει να στραφώ στο/στη σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης	
Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.	
Λέω στο/στη σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα.	
Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.	
Συζητώ τα πράγματα που με απασχολούν με το/τη σύντροφό μου.	
Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο	
Αισθάνομαι νευρική/νευρικός όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	
Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.	
Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.	
Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δε θα του αρέσει το ποιος/α πραγματικά είμαι.	
Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.	
Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από το/τη σύντροφό μου.	
Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.	
Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.	
Ο/Η σύντροφός που πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.	
Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος.	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΑΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ