

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

**«ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιθετικότητα και Διαταραχές
Προσωπικότητας στις Γυναίκες.**

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΤΣΑΠΑΤΣΑΡΗ ΠΑΝΩΡΑΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Επιβλέπων: κ. Δουζένης Α.

Μέλη: κ. Μιχόπουλος Ι.
κ. Ρίζος Ε.

ΑΘΗΝΑ 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιθετικότητα είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα από την επιστημονική κοινότητα. Έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς πολλές θεωρίες που επιχειρούν να εξηγήσουν την προέλευση της και με ποιους παράγοντες συσχετίζεται. Η γυναικεία επιθετικότητα, η οποία έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, είτε έχει ως στόχο ένα άλλο άτομο (έτερο-καταστροφικότητα) είτε τον εαυτό (αυτοκαταστροφικότητα), παρουσιάζει ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με την επιθετικότητα των ανδρών.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης της επιθετικής συμπεριφοράς στις γυναίκες με διαταραχές προσωπικότητας, μέσω της ανασκόπησης της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας. Σκοπός είναι να μελετηθεί η επιθετικότητα λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα του φύλου και να διερευνηθεί η προβλεπτική αξία των διαταραχών προσωπικότητας σε σχέση με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στις γυναίκες.

Η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα κυρίως τεσσάρων διαταραχών προσωπικότητας: της οριακής, της αντικοινωνικής, της ναρκισσιστικής και της παρανοειδούς. Οι διαταραχές αυτές εντοπίζονται σε υψηλά ποσοστά σε δείγματα επιθετικών γυναικών. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερευνών καταλήγει στο συμπέρασμα πως τα ενεργά συμπτώματα των διαταραχών φαίνεται να είναι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες επιθετικότητας από τις ίδιες τις διαταραχές, με την παρορμητικότητα να αποτελεί μείζον παράγοντα κινδύνου.

Η συγκεκριμένη εργασία, υπογραμμίζει τον υψηλό βαθμό επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας σε πληθυσμούς επιθετικών γυναικών, επιχειρεί να εντοπίσει τα χαρακτηριστικά των επιθετικών γυναικών και τους παράγοντες κινδύνου και τονίζει την συσχέτιση κάποιων συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς ανάμεσα στις γυναίκες. Ένα άλλο ζήτημα που παρουσιάζεται, είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται όταν άτομα έτερο-καταστροφικά, αυτοκαταστροφικά ή με διαταραχή προσωπικότητας, νοσηλεύονται σε υπηρεσίες υγείας, και ποιος ο ρόλος του ψυχιάτρου σε τέτοιες περιπτώσεις.

ABSTRACT

Aggression is a topic that has been studied a lot by the scientific community. From time to time, many theories, which attempt to explain the origin of aggressive behavior and the factors that are associated with it, have been developed. Female aggression, which has been increased in recent decades, either it is directed towards another person or it is directed towards oneself, presents quantitative and qualitative differences compared to male aggression.

The present study is an attempt to investigate aggressive behavior in women with personality disorders, through the review of international and Greek literature. The aim of this paper is to study aggression considering gender dimension and to examine the predictive value of personality disorders in regard to aggressive behavior in women.

Aggressive behavior is a characteristic feature of four personality disorders: borderline, antisocial, narcissistic and paranoid. These disorders are found in high levels in samples of aggressive women. However, most research concludes that the active symptoms of personality disorders appear to be more powerful predictors of aggression than the disorders themselves and that impulsiveness constitutes major risk factor.

The present paper, underlines the high prevalence of personality disorders in aggressive female populations, attempts to identify the characteristics of aggressive women and the risk factors of aggression, and emphasizes to the correlation of some specific personality traits with aggressive behavior among women. Another issue presented in this paper are, the problems encountered when aggressive people or people with personality disorders, nursed to health services, and what is the role of the psychiatrist in such cases.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	σελ.5-6
1.Επιθετικότητα	σελ.7-15
1.1 Ορισμός- Είδη Επιθετικότητας.....	σελ.7-9
1.2 Θεωρίες Επιθετικότητας.....	σελ.10-15
2. Επιθετικότητα στις γυναίκες	σελ.16-17
3. Έτερο-καταστροφικότητα	σελ.18-24
3.1 Στατιστικά-Διαφοροποιήσεις γυναικών-ανδρών.....	σελ.18-20
3.2 Εγκληματολογικές θεωρίες.....	σελ.21-24
4.Αυτοκαταστροφικότητα	σελ.25-30
4.1 Στατιστικά-Διαφοροποιήσεις γυναικών-ανδρών.....	σελ.26-28
4.2 Θεωρητικές και ερευνητικές προσεγγίσεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	σελ.29-30
5. Διαταραχές Προσωπικότητας	σελ.31-43
5.1 Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.....	σελ.32-34
5.2 Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας.....	σελ.35-37
5.3 Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας.....	σελ.37-40
5.4 Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας.....	σελ.40-43
6. Προφίλ Επιθετικών Γυναικών	σελ.44-45
7. Επιθετικότητα σε σχέση με τις Διαταραχές Προσωπικότητας- Έρευνες	σελ.46-58
8. Επιθετικοί και Δύσκολοι ασθενείς στο νοσοκομείο	σελ.59-72
8.1 Έτερο-καταστροφικοί ασθενείς.....	σελ.59-64
8.2 Αυτοκαταστροφικοί ασθενείς.....	σελ.64-67
8.3 Ασθενείς με Διαταραχές προσωπικότητας.....	σελ.68-72
Συζήτηση	σελ.73-79
Βιβλιογραφία	σελ.80-89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιθετικότητα είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα από την επιστημονική κοινότητα και έχει απασχολήσει ερευνητές από διάφορους επιστημονικούς χώρους. Καμία χώρα ή κοινωνία δεν έχει μείνει ανέπαφη ή ανεπηρέαστη από την επιθετικότητα. Η επιθετικότητα και η βία είναι αιτίες ενός μεγάλου ποσοστού θανάτων και άλλων κοινωνικών και ψυχικών προβλημάτων και θεωρούνται θέματα πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία. Έχουν άμεση σχέση με το πολιτικό και το δικαστικό σύστημα καθώς και με το σύστημα υγείας.

Έχουν υπάρξει κατά καιρούς πολλές θεωρίες που επιχειρούν να εξηγήσουν την προέλευση της επιθετικότητας και με ποιους παράγοντες συσχετίζεται. Έρευνες δείχνουν, πως η επιθετικότητα σχετίζεται με το φύλο και με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η πλειοψηφία των ερευνών όμως, έχει μελετήσει την επιθετικότητα στον ανδρικό πληθυσμό. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν αρχίσει να μελετούν και την γυναικεία επιθετικότητα, η οποία αυξάνεται συνεχώς. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται πως κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας σχετίζονται με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην γυναικεία επιθετικότητα και την συσχέτιση της με τις διαταραχές προσωπικότητας. Σκοπός είναι να απαντηθεί το ερώτημα εάν οι διαταραχές προσωπικότητας συνδέονται με την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών (είτε αυτοκαταστροφικών, είτε έτερο-καταστροφικών) στις γυναίκες. Ο περιορισμός του φύλου (γυναίκες), προήλθε από την πεποίθηση πως οι διαφυλικές διαφορές είναι σημαντικές ως προς την μελέτη της επιθετικότητας και πως η γυναικεία επιθετικότητα έχει μείνει για πολύ καιρό στην “αφάνεια” σε σύγκριση με την επιθετικότητα των ανδρών. Ειδικότερα, η πιο βασική υπόθεση είναι πως, συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας στις γυναίκες μπορούν να λειτουργήσουν ως προβλεπτικοί παράγοντες μετέπειτα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες που θα αναφερθούν παρακάτω, οι διαταραχές που σχετίζονται πιο συχνά με την επιθετική συμπεριφορά στις γυναίκες είναι η αντικοινωνική, η οριακή, η ναρκισσιστική και η παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας. Ωστόσο, πολλές απ’ αυτές καταλήγουν στο συμπέρασμα πως είναι χρησιμότερο να αξιολογούμε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

(π.χ. παρορμητικότητα, αντικοινωνικότητα) σε σχέση με την προβλεπτική τους δύναμη για την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών, αντί διάγνωσης μιας διαταραχής.

Η επαφή των ειδικών με επιθετικούς ασθενείς γίνεται πολύ συχνά μέσω των υπηρεσιών υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν έτερο ή αυτοκαταστροφικούς ασθενείς όπως και, ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας στα πλαίσια της εργασίας τους. Αυτοί οι ασθενείς, δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα κατά την νοσηλεία τους και ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι κομβικός για την αποτελεσματική διαχείριση αυτών των καταστάσεων.

1. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ανθρώπινη επιθετικότητα είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο. Εμφανίζεται σε όλους τους πολιτισμούς και τις κοινωνίες και δεν περιορίζεται σε γεωγραφικά πλαίσια ή χρονική περίοδο. Η έκταση, το περιεχόμενο και η ερμηνεία της ανθρώπινης επιθετικότητας απασχόλησαν στο παρελθόν και εξακολουθούν να απασχολούν με διάφορους τρόπους τους επιστήμονες και όλο τον κόσμο. Οι ιστορικές μας γνώσεις, μας επιτρέπουν ενδεχομένως να υποθέσουμε πως η επιθετικότητα εμφανίστηκε από την αρχή της ύπαρξης του ανθρώπου και πως είναι, ή τουλάχιστον ήταν, απαραίτητη για την επιβίωση του. Στις σύγχρονες κοινωνίες πολλές επιθετικές συμπεριφορές είναι απαγορευτικές ή και παράνομες. Ωστόσο, αυτό διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία, όπου μια επιθετική πράξη μπορεί να είναι αποδεκτή στη μία και ανεπίτρεπτη στην άλλη.

1.1 Ορισμός- Είδη επιθετικότητας

Ως εκ τούτου, είναι χρήσιμο να γίνει αναφορά στο τι νοείται ως επιθετικότητα στο σύγχρονο δυτικό κόσμο. Έχουν ανά καιρούς αναπτυχθεί αρκετοί ορισμοί για την επιθετικότητα. Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός είναι ο εξής: *Ως επιθετικότητα ορίζεται, κάθε συμπεριφορά η οποία ενέχει την πρόθεση να προκαλέσει σωματική ή ψυχική βλάβη σε ένα άλλο άτομο, τον ίδιο τον εαυτό ή καταστροφική συμπεριφορά προς άψυχα αντικείμενα* [1-6].

Σύμφωνα με τον Γιωτάκο [7], η διάκριση της επιθετικότητας μπορεί να γίνει με βάση:

- ✚ **τον στόχο του επιτιθέμενου:** επιθετικότητα προς τον εαυτό, προς τους άλλους ή προς αντικείμενα.
- ✚ **τον τρόπο:** σωματική, λεκτική, ψυχολογική, άμεση ή έμμεση επιθετικότητα.
- ✚ **την αιτία:** κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

Ένα είδος ταξινόμησης που χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία χρόνια είναι η **παρορμητική** ή αλλιώς **εχθρική επιθετικότητα** (*Hostile aggression*) και η

προσχεδιασμένη ή αλλιώς **συντελεστική επιθετικότητα** (*Instrumental aggression*) [2,6,7]. Η παρορμητική επιθετικότητα, αποτελεί αντίδραση σε ένα ερέθισμα, συνδέεται με την ματαίωση και συνοδεύεται με αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό η φόβο. Είναι αυτό το είδος της επιθετικότητας που περιγράφεται ως απερίσκεπτη, μη προσχεδιασμένη, οδηγούμενη από θυμό, έχοντας ως απώτερο κίνητρο να βλάψει το στόχο και συμβαίνει ως αντίδραση μιας υποτιθέμενης/αντιλαμβανόμενης πρόκλησης (*perceived provocation*). Επιπλέον, στην παρορμητική επιθετικότητα παρατηρούμε υψηλά επίπεδα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Αυτό το είδος της επιθετικότητας αποκαλείται επίσης και συναισθηματική (*affective*) ή αντιδραστική (*reactive*) επιθετικότητα [2,7-9]. Η παρορμητική επιθετική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνει την σωματική επιθετικότητα με στόχο ένα άλλο άτομο, αυτό-τραυματισμούς (*self-mutilation*), απόπειρες αυτοκτονίας, ενδοοικογενειακή βία, χρήση ουσιών και καταστροφή αντικειμένων και περιουσίας (*property destruction*) [10]. Η προσχεδιασμένη επιθετικότητα από την άλλη, είναι μια προμελετημένη συμπεριφορά η οποία εμπεριέχει κάποιο στόχο διαφορετικό από το να βλάψει το θύμα, όπως για παράδειγμα να αποκτήσει πρόσβαση σε αντικείμενα, σε κάποιο χώρο ή σε προνόμια. Δεν αποτελεί απάντηση σε άμεση απειλή, δεν συνδέεται άμεσα με αρνητικά συναισθήματα και δεν υπάρχει διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος [2, 7-9].

Τα διαφορετικά είδη επιθετικότητας έχουν και διαφορετικούς στόχους. Για παράδειγμα, η σωματική επίθεση και η ληστεία, είναι και οι δύο επιθετικές πράξεις. Ωστόσο, διαφέρουν ως προς τους απώτερους στόχους που έχουν αυτές οι δύο συμπεριφορές. Η ληστεία (προσχεδιασμένη επιθετικότητα) έχει ως στόχο την απόκτηση κέρδους ενώ η σωματική επίθεση (εχθρική επιθετικότητα) έχει ως στόχο να βλάψει το θύμα [2].

Άλλες διακρίσεις:

Έκδηλη και λανθάνουσα: έκδηλη είναι η φανερή επιθετικότητα, εκείνη που είναι δυνατόν να παρατηρηθεί, ενώ λανθάνουσα αυτή που μένει στο συνειδητό ή ασυνειδητό μας.

Άμεση και έμμεση: έχει να κάνει με το αντικείμενο στο οποίο κατευθύνεται η επιθετική μας συμπεριφορά.

Εξωστρεφής και εσωστρεφής: η εξωστρεφής κατευθύνεται στον έξω κόσμο ενώ η εσωστρεφής προς τον ίδιο τον εαυτό.

Φυσική και ψυχική: η φυσική εκδηλώνεται με πράξεις έχοντας ως σκοπό τη σωματική βλάβη και η ψυχική εμφανίζεται με άλλη μορφή πχ. περιορισμοί, υποτιμήσεις, περιφρόνηση κλπ.

Εκφραστική και συντελεστική: η εκφραστική έχει ως στόχο την επιθετικότητα καθεαυτή, ενώ η συντελεστική χρησιμοποιεί την επιθετικότητα ως μέσο για την πραγματοποίηση κάποιου άλλου σκοπού.

Κοινωνική και αντικοινωνική: ή αλλιώς πολιτισμικά επιτρεπτή και πολιτισμικά ανεπίτρεπτη, ανάλογα με το πολιτιστικό περιβάλλον που αυτή εκφράζεται.

Εκτός από την έννοια της επιθετικότητας εξίσου συχνά αναφέρονται οι έννοιες της **βίας**, της **εχθρικότητας** (hostility) και της **εγκληματικότητας**. Οι όροι αυτοί σχετίζονται μεταξύ τους αλλά δεν είναι ταυτόσημοι. Γι' αυτούς τους λόγους θα γίνει μια σύντομη αναφορά στις προαναφερθείσες έννοιες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας *«Βία είναι η με πρόθεση χρήση φυσικής δύναμης ή εξουσίας, επαπειλούμενη ή πραγματική, εναντίον ενός άλλου προσώπου, του ίδιου του εαυτού ή μιας ομάδας ανθρώπων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την επέλευση ή την αυξημένη πιθανότητα επέλευσης, τραυματισμού, θανάτου, ψυχολογικής βλάβης, στρεβλής ανάπτυξης ή αποστέρησης»* [11-13]. Ουσιαστικά δηλαδή, η βία αποτελεί μια ακραία μορφή επιθετικότητας στην οποία στόχος είναι η πρόκληση σωματικής βλάβης και υπό αυτήν την έννοια αποτελεί υποομάδα των εκδηλώσεων της επιθετικότητας. Η εχθρικότητα είναι ένας όρος που υποδηλώνει πολλαπλές έννοιες, όπως επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, καχυποψία, ζηλοτυπία, άρνηση συνεργασίας, και πολλές άλλες στάσεις και συμπεριφορές [14]. Εγκληματικότητα από την άλλη, ονομάζεται το σύνολο των αξιόποινων, επιθετικών πράξεων που αποδοκιμάζονται ειδικότερα από τους ποινικούς νόμους.

Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος της επιθετικής συμπεριφοράς είναι τεράστιο και μέχρι στιγμής οι φαρμακευτικές και συμπεριφορικές θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν σημαντικά αποτελέσματα. Γι' αυτούς τους λόγους η μελέτη της επιθετικότητας αποτελεί μια πρόκληση για τον ερευνητικό τομέα και τον τομέα της υγείας [15-16].

1.2 Θεωρίες Επιθετικότητας

Οι μελετητές της επιθετικότητας έχουν αναπτύξει διάφορες θεωρίες με σκοπό να εξηγήσουν τις αιτίες και την προέλευσή της. Πιο κάτω περιγράφονται οι πιο σημαντικές από αυτές τις θεωρίες. Η ενασχόληση με την αιτιολογία του φαινομένου της επιθετικότητας δεν αποτελεί προνόμιο μόνο της επιστήμης της ψυχολογίας αλλά και άλλων επιστημών όπως της κοινωνιολογίας, της γενετικής και της βιολογίας. Σε γενικές γραμμές, διακρίνονται στη βιβλιογραφία τρία είδη θεωριών που προσπαθούν να δώσουν απαντήσεις στο γιατί οι άνθρωποι συμπεριφέρονται επιθετικά. Οι βιολογικές θεωρίες, οι ψυχολογικές θεωρίες και οι κοινωνιολογικές θεωρίες. Άλλοι τις διαχωρίζουν με βάση το έμφυτο και το επίκτητο της συμπεριφοράς. Ωστόσο, επειδή πολλές απ' αυτές τις θεωρίες αλληλεπικαλύπτονται στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν μαζί.

➤ Θεωρία του ενστίκτου

Ψυχανάλυση

Ένας από τους πρώτους μελετητές της επιθετικότητας υπήρξε ο **Freud**, ο οποίος θεωρεί την επιθετικότητα ως ενστικτώδη και αναπόφευκτη, κομμάτι του γενετήσιου ενστίκτου. Κατά τον Freud, η επιθετικότητα είναι ψυχική ενέργεια, παράγωγο της σύγκρουσης των δυο βασικών ενστίκτων, της ζωής και του θανάτου, και είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ένστικτο της σεξουαλικότητας και της αυτοσυντήρησης. Στα πρώτα χρόνια της ζωής, το ένστικτο του θανάτου έχει στόχο την αυτοκαταστροφή του ατόμου, στη συνέχεια όμως στρέφεται εναντίον των άλλων. Η κοινωνία με τη σειρά της μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να υποτάξουν το ένστικτο του θανάτου και να μετατρέψουν την καταστροφικότητα σε επιθυμητή συμπεριφορά.

Εθολογία

Ξεκινώντας από διαφορετική αφετηρία, ο **Lorenz** καταλήγει σε παρόμοια περίπου συμπεράσματα με τον Freud. Ο Lorenz υποστήριζε πως η επιθετική συμπεριφορά στηρίζεται σε ένα ειδικό ένστικτο ή σε μια ορμή και τόνισε την σημασία αυτού του επιθετικού ενστίκτου, στην προσπάθεια του ατόμου για επιβίωση. Αναφέρει πως στον οργανισμό των ζώων καθώς και των ανθρώπων πρέπει να παράγεται συνέχεια ένα είδος επιθετικής ενέργειας η οποία δημιουργεί μια ψυχολογική κατάσταση

εσωτερικής ετοιμότητας που εκδηλώνεται όχι μόνο σε περιπτώσεις αντίδρασης, αλλά και ως ζωτική ανάγκη. Επιπρόσθετα, ταυτίζει την επιθετικότητα με άλλες ορμές όπως είναι η δίψα και η σεξουαλικότητα.

➤ **Εξελικτική προσέγγιση**

Σύμφωνα με την εξελικτική προσέγγιση, η επιθετική συμπεριφορά έχει αναπτυχθεί εξελικτικά προκειμένου να διασφαλιστεί η επιβίωση των γονιδίων του ατόμου και η αναπαραγωγή. Για τους ανθρώπους η επιθετικότητα μπορεί να έχει προσαρμοστική λειτουργία, διευκολύνοντας την πρόσβαση στους υλικούς πόρους, βελτιώνοντας την κοινωνική και οικονομική θέση, αλλά και τις σχέσεις με τους άλλους, είναι επομένως σημαντική για την εξέλιξη [17-20].

➤ **Χρωμοσώματα**

Οι έρευνες που έχουν γίνει για την **επίδραση των χρωμοσωμάτων** στη συμπεριφορά αφορούν άτομα με χρωμοσωματική σύσταση 47,XYΥ. Οι πρώτες έρευνες, έδειξαν ότι τα άτομα XYΥ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα αντικοινωνικής συμπεριφοράς από τα άτομα XY. Το επιπλέον Y χρωμόσωμα φαινόταν να προκαλεί κάποια ιδιαίτερα γνωρίσματα, όπως έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου, παιδικόμορφη συμπεριφορά, ασθενής αίσθηση της αυτοσυντήρησης, έντονη παρορμητικότητα ύστερα από συναισθηματική διέγερση. Σύμφωνα με τις νεότερες εξελίξεις, το σύνδρομο XYΥ φαίνεται ότι συνεισφέρει στην επιθετική συμπεριφορά σε μικρό μόνο ποσοστό περιπτώσεων [21].

➤ **Ψυχοπαθολογική θεωρία**

Οι Holtzworth-Munroe και Stuart [22], περιέγραψαν τρεις τύπους προσωπικότητας, οι οποίοι διαφοροποιούνται από τα αντικείμενα προς τα οποία κατευθύνεται η επιθετική τους συμπεριφορά (**οικογένεια μόνο**), τη σταθερότητα της διάθεσης τους (**οριακός-δυσφορικός**) και τα αντικοινωνικά τους χαρακτηριστικά (**γενικά βίαιος-αντικοινωνικός**). Αυτοί οι τύποι προσωπικότητας διακρίνονται χρησιμοποιώντας τρεις περιγραφικές διαστάσεις (σοβαρότητα οικογενειακής βίας, ψυχοπαθολογία και γενικότερη βία). Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν κυρίως στις απόψεις του Merargee για δύο τύπους προσωπικότητας που συνήθως ρέπουν προς την επιθετική συμπεριφορά :

- i. τα άτομα που ελάχιστα ελέγχουν τις αντιδράσεις τους και αντιδρούν επιθετικά ακόμα και σε καταστάσεις όπου μια τέτοια αντίδραση φαίνεται υπερβολική.
- ii. τα άτομα που ελέγχουν και καταστέλλουν συστηματικά τις αντιδράσεις τους έστω και αν οι βίαιες αντιδράσεις τους θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως εύλογες. Αποτέλεσμα των συνεχών καταπιέσεων είναι ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν στο τέλος αντιδράσεις με οξύ εκρηκτικό χαρακτήρα, εντελώς δυσανάλογες με το αίτιο.

➤ Η θεωρία της ματαίωσης

Σύμφωνα με την υπόθεση της ματαίωσης, το άτομο διοχετεύει ψυχική ενέργεια προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι προσωπικοί στόχοι που έχει θέσει και η ματαίωση, η διάψευση δηλαδή προσδοκιών και ελπίδων, δημιουργεί τις προϋποθέσεις και συμβάλλει στην εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς. Η επιθετικότητα εκδηλώνεται όταν κάποιος παράγοντας σταθεί εμπόδιο στην υλοποίησή των στόχων του ατόμου. Επειδή η ψυχική ενέργεια που είχε συσσωρευτεί παρέμεινε αδιάθετη, εκτονώνεται εναντίον του παράγοντα που προκάλεσε τη ματαίωση. Ο παράγοντας τις περισσότερες φορές όμως είναι αόριστος και γι' αυτό η επιθετικότητα μετατοπίζεται εναντίον κάποιου συγκεκριμένου στόχου.

➤ Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Μια άλλη άποψη θεωρεί την επιθετικότητα ως **μαθημένη κοινωνική συμπεριφορά**. Σύμφωνα με τον Albert Bandura, οι αιτίες της ανθρώπινης επιθετικότητας αναζητούνται σε προηγούμενες εμπειρίες. Τα άτομα μαθαίνουν να είναι επιθετικά είτε επειδή με τη συμπεριφορά τους αυτή δέχονται τα ίδια **κάποια ανταμοιβή (άμεση εμπειρία)**, είτε επειδή παρατηρούν και **μιμούνται κάποιον άλλο να ανταμείβεται (έμμεση εμπειρία)** λόγω της επιθετικής του συμπεριφοράς. Οι έρευνες του Bandura έδειξαν ότι τα παιδιά μιμούνται με μεγάλη ευκολία την επιθετική συμπεριφορά κυρίως των ενηλίκων, οι οποίοι λειτουργούν ως πρότυπα. Επίσης, φαίνεται ότι οι σκηνές βίας που προβάλλονται στην τηλεόραση και στις ταινίες μπορούν να οδηγήσουν στην υιοθέτηση επιθετικών συμπεριφορών. Η έκθεση σε εικόνες βίας προκαλεί την απευαισθητοποίηση των ατόμων απέναντι στις επιθετικές ενέργειες και τις συνέπειές τους, ενώ ενεργοποιεί αρνητικές και εχθρικές

σκέψεις, με άμεσο επακόλουθο τη μείωση των αναστολών τους και αύξηση των πιθανοτήτων εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς [2, 17-20].

Παρακάτω αναφέρονται κάποιες νεότερες θεωρίες που σχετίζονται με συγκεκριμένα είδη επιθετικότητας:

➤ **Η θεωρία του σεναρίου (Script Theory)**

Η θεωρία του σεναρίου μοιάζει με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης μέσω μίμησης. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, όταν τα παιδιά παρακολουθούν βία στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μαθαίνουν επιθετικά σενάρια. Τα σενάρια καθορίζουν καταστάσεις και καθοδηγούν τη συμπεριφορά. Το άτομο πρώτα επιλέγει ένα σενάριο για να αναπαραστήσει μια κατάσταση και μετά υιοθετεί ένα ρόλο μέσα σε αυτό το σενάριο. Όταν το άτομο μάθει αυτό το σενάριο, θα το ανακτήσει κάποια στιγμή αργότερα και θα το χρησιμοποιήσει ως οδηγό για την συμπεριφορά του.

➤ **Η επιθετικότητα ως αντίδραση σε αποστέρηση (Relative Deprivation Theory)**

Ομοίως με την θεωρία της ματαίωσης, σύμφωνα με την συγκεκριμένη θεωρία, όταν οι άνθρωποι νιώθουν ότι αξίζουν περισσότερα απ' όσα έχουν, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ματαίωση, η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα. Αυτό δεν συμβαίνει απαραίτητα στις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις, όπως θα περίμενε κάποιος, καθώς αφορά στο τι νιώθουν τα άτομα ότι αξίζουν. Συμβαίνει όταν τα άτομα συγκρίνουν τι έχουν σε σχέση με τους άλλους γύρω τους, και συχνά όταν οι καταστάσεις βελτιώνονται και οι προσδοκίες μεγαλώνουν χωρίς να πραγματοποιούνται.

➤ **Θεωρία διέγερσης μέσω ερεθίσματος (Cue-arousal Theory)**

Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, αν και η ματαίωση οδηγεί σε θυμό, δεν οδηγεί απαραίτητα σε επιθετικότητα. Πρέπει να υπάρξει κάποιο συσχετιζόμενο ερέθισμα για να δώσει το έναυσμα για επιθετικότητα. Για παράδειγμα, εάν κάποιος κουβαλάει μια στοίβα από βαριά βιβλία και δεν μπορεί να ανοίξει μια πόρτα ή του πέσουν κάτω, αυτό θα του προκαλέσει θυμό, ματαίωση αλλά όχι επιθετικότητα. Ωστόσο, εάν κάποιος γελάσει μαζί του, αυτό μπορεί να είναι ένα ερέθισμα για να προκληθεί επιθετικότητα.

➤ **Θεωρία μεταφοράς της διέγερσης (Excitation-transfer Theory)**

Αυτή η θεωρία προτείνει πως η διέγερση μπορεί να μεταφερθεί από μια κατάσταση σε μια άλλη. Συγκεκριμένα, επισημαίνει πως η φυσιολογική διέγερση φθίνει με αργούς ρυθμούς. Εάν δυο συναισθηματικά φορτισμένα γεγονότα συμβούν το ένα μετά το άλλο με διαφορά μικρού χρονικού διαστήματος, η διέγερση από το πρώτο γεγονός μπορεί να μεταφερθεί στο δεύτερο. Εάν και το δεύτερο γεγονός σχετίζεται με το θυμό, τότε η επιπλέον διέγερση κάνει το άτομο ακόμα πιο θυμωμένο.

➤ **Θεωρία μοιράσματος ευθύνης (Deindividuation)**

Η συγκεκριμένη θεωρία προτείνει πως όταν τα άτομα βρίσκονται σε μια μεγάλη ομάδα ή μέσα σε πλήθος, τείνουν να χάνουν την αίσθηση της ατομικής τους ταυτότητας και να παίρνουν την ταυτότητα της ομάδας. Αυτό μπορεί να τους προτρέψει σε πράξεις επιθετικότητας και βίας που δεν θα διέπρατταν υπό κανονικές συνθήκες. Δεν παίρνουν την ευθύνη αυτών των πράξεων. Ένα καλό παράδειγμα είναι αυτό του ποδοσφαιρικού χουλιγκανισμού [2].

➤ **Θεωρία γνωστικής συσχέτισης (Cognitive Neoassociation Theory)**

Μια άλλη ενδιαφέρουσα θεωρία είναι αυτή του Berkowitz [23], ο οποίος πρότεινε πως κάποιες δυσάρεστες εμπειρίες όπως, μатаιώσεις, προκλήσεις, δυνατοί θόρυβοι, υψηλές ή χαμηλές θερμοκρασίες και δυσάρεστες οσμές παράγουν αρνητικά συναισθήματα. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα που παράγονται από δυσάρεστες εμπειρίες, αυτόματα διεγείρουν διάφορες σκέψεις, μνήμες και φυσιολογικές αντιδράσεις που σχετίζονται με τάσεις πάλης ή φυγής (fight and flight tendencies). Οι συσχετίσεις της μάχης αυξάνουν τα συναισθήματα του θυμού ενώ οι συσχετίσεις της φυγής αυξάνουν στοιχειώδη συναισθήματα φόβου. Επιπλέον, όταν κατά τη διάρκεια ενός δυσάρεστου γεγονότος είναι παρόντα άλλα ερεθίσματα (cues), αυτά συνδέονται με την δυσάρεστη κατάσταση και με τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που ενεργοποιούνται από αυτήν την κατάσταση. Στην συγκεκριμένη θεωρία, οι επιθετικές σκέψεις, τα συναισθήματα, και οι συμπεριφορικές τάσεις συνδέονται στην μνήμη του ατόμου.

➤ **Θεωρία κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Social Interaction Theory)**

Η θεωρία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης ερμηνεύει την επιθετική συμπεριφορά ως μια συμπεριφορά κοινωνικής επιρροής. Η επιθετική συμπεριφορά χρησιμοποιείται με σκοπό να προκαλέσει κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του στόχου. Η θεωρία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης εξηγεί τις επιθετικές πράξεις που κινητοποιούνται από απώτερους στόχους. Ακόμα και η εχθρική ή αλλιώς παρορμητική επιθετικότητα μπορεί να κινητοποιείται από κάποιο στόχο, όπως η τιμωρία αυτού που είχε την προκλητική συμπεριφορά απέναντι στο άτομο με σκοπό την μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης παρόμοιας συμπεριφοράς στο μέλλον. Η εξήγηση αυτή βοηθά στην κατανόηση της επιθετικότητας που προκαλείται από απειλές της αυτοεκτίμησης του ατόμου και ειδικότερα σε περιπτώσεις αδικαιολόγητα υψηλής αυτοεκτίμησης (π.χ. ναρκισσισμού) [2].

Αναφερθήκαμε σε κάποιες σημαντικές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προσεγγίσεις που έχουν γίνει κατά καιρούς για να ερμηνεύσουν τα αίτια της επιθετικότητας των ανθρώπων. Οι κοινωνικές θεωρίες και κυρίως η θεωρία της κοινωνικής μάθησης έχει πρακτική σημασία γιατί μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της επιθετικότητας. Οι βιολογικές θεωρίες έδωσαν κάποιες απαντήσεις για τα βαθύτερα αίτια της ανθρώπινης καταστροφικότητας (ένστικτο, προσαρμογή, γονιδίωμα). Λόγω της διαφορετικής ιδιοσυγκρασίας του κάθε ανθρώπου, ως αποτέλεσμα των αμέτρητων κοινωνικών και γενετικών παραγόντων, δεν υπάρχει μια και μόνο θεωρία που να μπορεί να εξηγήσει εξ' ολοκλήρου ή να προβλέψει την εμφάνιση τέτοιων ανεπιθύμητων κοινωνικά συμπεριφορών [24].

2. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Ο βασικός προβληματισμός που οδήγησε στην επιλογή του θέματος είναι πως η επιθετικότητα συνδέθηκε εξ' αρχής με τον ανδρικό πληθυσμό. Εμπειρικές καταγραφές και θεωρητικές προσεγγίσεις συνέδεσαν από νωρίς την επιθετική συμπεριφορά με το ανδρικό φύλο προσδίδοντας μόνο δευτερεύουσα θέση στην αντίστοιχη συμπεριφορά των γυναικών. Λόγω της μικρής συμμετοχής των γυναικών σε εμφανείς επιθετικές συμπεριφορές, οι έρευνες χρησιμοποίησαν σχεδόν αποκλειστικά ανδρικά δείγματα αφήνοντας στην αφάνεια την γυναικεία επιθετικότητα [10,25,26]. Αρχικά, κάποιοι ερευνητές ισχυρίστηκαν πως η γυναικεία επιθετικότητα συμβαίνει τόσο σπάνια που δεν είναι φαινόμενο άξιο μελέτης [27]. Άλλες μελέτες παρουσίασαν στοιχεία που αποδεικνύουν πως οι άνδρες είναι πολύ πιο επιθετικοί από τις γυναίκες σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις [28]. Το φαινόμενο της γυναικείας επιθετικότητας έχει τραβήξει την προσοχή των ερευνητών την τελευταία εικοσαετία. Ο Bjorkqvist K. το 1994 [29], ισχυρίστηκε πως δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε πως οι γυναίκες είναι λιγότερο επιθετικές από τους άντρες, μόνο και μόνο επειδή είναι σωματικά αδύναμες, απλά, βρίσκουν άλλους τρόπους και στρατηγικές να γίνουν επιθετικές. Συνεπώς, δεν θα έπρεπε να περιμένουμε να χρησιμοποιούν τις ίδιες στρατηγικές με τους άνδρες για να επιτύχουν τους στόχους τους.

Μια μετά-αναλύση ερευνών των Bettancourt και Miller [30], δείχνει πως όταν η επιθετική συμπεριφορά δεν αξιολογείται μόνο μέσω σωματικής επιθετικότητας οι γυναίκες συμπεριφέρονται τόσο επιθετικά όσο οι άντρες. Πολλές μελέτες έχουν βρει διαφορές στο είδος της επιθετικότητας που χρησιμοποιείται από άντρες και γυναίκες. Οι άντρες τείνουν να χρησιμοποιούν σωματική ή λεκτική βία, ενώ οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν πιο έμμεση επιθετικότητα. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως οι γυναίκες εκφράζουν μεγαλύτερη επιθυμία να προβούν σε επιθετικές συμπεριφορές με πιο έμμεσο τρόπο, σε σύγκριση με τους άντρες [29,31].

Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η επιθετικότητα των γυναικών είναι κατά προσέγγιση παρόμοια ή σε μερικές περιπτώσεις ακόμη υψηλότερη από την ανδρική επιθετικότητα. Η αναθεώρηση της μελέτης του Archer [32], για το αν η γυναικεία επιθετικότητα είναι μεγαλύτερη από την ανδρική, δείχνει ότι οι γυναίκες είναι ελαφρώς πιθανότερο από τους άνδρες να συμμετέχουν σε πράξεις επιθετικής συμπεριφοράς [33].

Επιπλέον, όταν οι διαταραχές προσωπικότητας συνδέθηκαν με την επιθετικότητα και πάλι αυτό έγινε με ανδρικό πληθυσμό και κυρίως με την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας [10,34]. Αν και η αντικοινωνική δομή προσωπικότητας δείχνει μια αξιοπιστία στην πρόβλεψη ενός μεγάλου εύρους αντικοινωνικών συμπεριφορών, λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τον γυναικείο πληθυσμό. Ωστόσο, έρευνες που έχουν συμπεριλάβει γυναικείο πληθυσμό στα δείγματα τους δείχνουν πως μια αντικοινωνική δομή προσωπικότητας μπορεί να προβεί σε επιθετικές πράξεις ανεξαρτήτως φύλου [35,36].

Αυτό που μπορεί να ειπωθεί με σιγουριά, είναι πως η γυναικεία επιθετικότητα τείνει να αυξάνεται συνεχώς τις τελευταίες δεκαετίες και παρουσιάζει ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με την επιθετικότητα των ανδρών. Ως εκ τούτου, είναι ωφέλιμο να την μελετάμε λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα του φύλου.

3. ΕΤΕΡΟ-ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κάθε χρόνο, περισσότεροι από 1.6 εκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως, χάνουν τις ζωές τους εξαιτίας της βίας. Το έτος 2000 περίπου οι μισοί από αυτούς τους θανάτους ήταν αυτοκτονίες, σχεδόν το ένα τρίτο ήταν ανθρωποκτονίες και περίπου το ένα πέμπτο ήταν θύματα ένοπλων συγκρούσεων. Για κάθε έναν που πεθαίνει ως αποτέλεσμα της βίας, πολλοί περισσότεροι τραυματίζονται και υποφέρουν από πλήθος σωματικών, σεξουαλικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας. Η βία είναι από τις κυρίαρχες αιτίες θανάτου για άτομα μεταξύ των ηλικιών 15-44 ετών, αποτελώντας το 14% των θανάτων ανάμεσα στους άντρες και το 7% των θανάτων ανάμεσα στις γυναίκες [13,37].

3.1 Στατιστικά-Διαφοροποιήσεις γυναικών/ανδρών

Ωστόσο, παρατηρείται διαφοροποίηση στην αναλογία μεταξύ ανδρικής και γυναικείας βίας. Η γυναικεία εγκληματικότητα, αποτελεί ένα μικρό ποσοστό της συνολικής εγκληματικότητας, περίπου το 14% του συνόλου των γνωστών δραστών [38]. Όμως, τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν πως παρουσιάζει μία συνεχή αυξητική τάση [10]. Τα τελευταία 30 χρόνια ο αριθμός των εγκλημάτων που έχουν διαπραχθεί από γυναίκες έχει αυξηθεί κατά 150%, η δε τάση αυτή είναι μεγαλύτερη από εκείνη που διαγράφει η εγκληματικότητα των ανδρών.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στα διαπραχθέντα αδικήματα το 1973 ήταν 6,5%, ενώ το 1988 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 10,88%. Ωστόσο, παρέμεινε σε χαμηλό επίπεδο σε σύγκριση με την ανδρική εγκληματικότητα (89.12 %). Σύμφωνα, με στοιχεία για τους καταδικασθέντες κατά τα έτη 1973, 1983 και 1993, προκύπτει ότι για τα έτη 1973 και 1983, το 8% του συνόλου των καταδικασθέντων, ήταν γυναίκες. Το 1990 αυτό το ποσοστό παρουσίασε αύξηση (10%) και το 1993 αυξήθηκε ακόμα περισσότερο (13%). Το ποσοστό αυτό φαίνεται να διατηρείται και κατά το έτος 2002. Επιπρόσθετα, παρατηρείται διαφοροποίηση στην αναλογία μεταξύ ανδρικής και γυναικείας εγκληματικότητας, η οποία το έτος 1987 ήταν 1:11 (ένα έγκλημα διαπραττόμενο από γυναίκα προς 11 διαπραττόμενα από άνδρες) ενώ το έτος 2002 ήταν 1:6.

Το 1994 συνελήφθησαν για διάφορα αδικήματα 4.651 γυναίκες ενώ το 1998 ο αριθμός αυτός είχε ανέλθει στις 10.168. Ως προς το είδος των αδικημάτων, προκύπτει πως τα συχνότερα διαπραττόμενα εγκλήματα από γυναίκες, κατά την τετραετία 2001-2004, είναι εγκλήματα κλοπής, ληστείας και απάτης, καθώς και παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών και του νόμου περί αλλοδαπών. Η εγκληματικότητα των γυναικών ξεπερνά εκείνη των ανδρών μόνο σχετικά με τα εκδιδόμενα με αμοιβή πρόσωπα [39,40].

Τα παραπάνω δεδομένα δε διεκδικούν ελληνική πρωτοτυπία. Ανάλογα ισχύουν και στο εξωτερικό.

Στην Αμερική, το 14% του συνόλου των βίαιων παραβατών είναι γυναίκες, ένα ποσοστό που αντιστοιχεί σε 2.1 εκατομμύρια γυναίκες παραβάτες ετησίως [38]. Σύμφωνα με άλλους, οι συλληφθείσες γυναίκες κατά το έτος 1975, αποτελούσαν το 13% του συνολικού αριθμού των συλληφθέντων, ενώ το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 19% κατά το έτος 1995 [39,40]. Επιπλέον, από το 1994 έως το 2003 οι βίαιες επιθέσεις γυναικών αυξήθηκαν κατά 32% [10,39,40]. Στην Αγγλία, τη δεκαετία του 1950 η αναλογία μεταξύ ανδρικού και γυναικείου εγκλήματος είναι 7:1, ενώ το 1999 η αντίστοιχη αναλογία ήταν 5:1. Στη Γαλλία, το 1986, το 81,27% των γνωστών δραστών ήταν άνδρες και το 18,73% γυναίκες, στη Γερμανία το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 79,5% άνδρες και 20,5% γυναίκες [39,40]. Στη Φιλανδία το ποσοστό των συλλήψεων γυναικών με την κατηγορία της επίθεσης αυξήθηκε από το 7 στο 15% από το 1985 έως το 2004. Επιπλέον, το ποσοστό των καταδικασθέντων γυναικών παραβατών με την κατηγορία της ανθρωποκτονίας έχει αυξηθεί από το 9 στο 11% τα τελευταία είκοσι χρόνια. Οι γυναίκες φαίνεται να διαπράττουν το ένα δέκατο των ανθρωποκτονιών σε πολλές χώρες [10].

Η διαφοροποίηση της γυναικείας εγκληματικότητας δεν είναι μόνον ποσοτική αλλά και ποιοτική. Στην ποιοτική εκτίμηση της γυναικείας παραβατικότητας ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι παρακάτω συνιστώσες:

- ✚ Οι γυναίκες διαπράττουν λιγότερες ανθρωποκτονίες και βίαια εγκλήματα, αλλά εμπλέκονται κυρίως σε ληστείες, κλοπές, διαρρήξεις, παραβάσεις του νόμου για τα ναρκωτικά και τα τελευταία χρόνια εμπλέκονται συχνότερα σε υποθέσεις οργανωμένου εγκλήματος. Από τα διεθνή στατιστικά δεδομένα προκύπτει ότι οι γυναίκες διαπράττουν το 15% των εγκλημάτων βίας και το

28% των εγκλημάτων κατά της περιουσίας.

- ✚ Ενώ οι περισσότεροι γνωστοί δράστες είναι άνδρες, λιγότερες γυναίκες από τους άνδρες παραδέχονται ότι διέπραξαν οι ίδιες κάποιο αδίκημα.
- ✚ Στις ανθρωποκτονίες τα θύματα των γυναικών δραστών είναι διαφορετικά από των ανδρών δραστών, αφού είναι κυρίως γνωστά και άτομα του ευρύτερου συγγενικού τους περιβάλλοντος (σύζυγοι, παιδιά, εραστές). Σε μία κατάταξη ανθρωποκτόνων γυναικών με βάση τη σχέση τους ή όχι με το θύμα, προκύπτει ότι το θύμα της γυναίκας δράστιδας είναι:

γνωστός της (σε ποσοστό 32%), ο σύζυγός της (σε ποσοστό 28%), το παιδί της (ποσοστό 17%), ο εραστής της (14%) και άγνωστός της μόνον σε ποσοστό 7%.

Αντίστοιχα, αναφορικά με τον άνδρα δράστη, το θύμα είναι γνωστός του σε ποσοστό 55%, άγνωστός του σε ποσοστό 26%, και σε ποσοστό 8% το παιδί του, 6% η σύζυγος, 4% ερωμένη ή εραστής και 1% πρώην σύζυγος.

Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ο κύκλος της θυματοποίησης και της εγκληματικότητας των γυναικών. Οι γυναίκες είναι τα συνήθη θύματα ενδοοικογενειακής βίας και η σχέση ανάμεσα στην εγκληματικότητα των γυναικών και στην κακοποίησή τους είναι αμφίδρομη. Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί τη συχνότερη αιτία διάπραξης συζυγοκτονιών εκ μέρους των γυναικών. Το 8-10% των ανδρών θυμάτων εγκληματικών ενεργειών σκοτώνονται από τις γυναίκες τους ή τα παιδιά τους, επειδή οι ίδιοι τις/τα κακοποιούσαν για χρόνια [39,40].

Οι διαφορές αυτές μεταξύ της γυναικείας και ανδρικής εγκληματικότητας έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, οι οποίοι στρέφονται κυρίως στη διερεύνηση ζητημάτων όπως η ερμηνεία των χαμηλών δεικτών γυναικείας εγκληματικότητας, η σχέση της γυναίκας με το σύστημα απονομής ποινικής δικαιοσύνης, η μεταχείριση των γυναικών εγκληματιών από το σωφρονιστικό σύστημα. Διάφορες ερευνητικές και θεωρητικές υποθέσεις έχουν διατυπωθεί για την ερμηνεία της γυναικείας εγκληματικότητας. Παρακάτω παρουσιάζονται οι πιο σημαντικές.

3.2 Εγκληματολογικές θεωρίες

➤ Βιολογική προσέγγιση

Μια από τις πρώτες προσπάθειες εξήγησης της έτερο-καταστροφικότητας έγιναν από τον **Cesare Lombroso**, ο οποίος εστίασε στην σωματική επιθετικότητα και κυρίως στην εγκληματική συμπεριφορά. Επηρεασμένος από την εξελικτική θεωρία του Δαρβίνου, απέδωσε την εγκληματική συμπεριφορά στον αταβισμό (επαναστροφή του οργανισμού σε μια παλαιότερη βιολογική κατάσταση). Ο μηχανισμός αναπαραγωγής και η σεξουαλικότητα των γυναικών είναι τα βασικά αίτια της γυναικείας εγκληματικότητας. Ο Lombroso αποδίδει τα μικρά ποσοστά συμμετοχής των γυναικών στο έγκλημα στη βιολογική «κατωτερότητα» των γυναικών και στον τρόπο ζωής τους. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι οι γυναίκες έχουν εκ φύσεως λιγότερες και χαμηλότερου επιπέδου πνευματικές ικανότητες από τους άνδρες. Κατά συνέπεια όντας συντηρητικές και παθητικές από την φύση τους τείνουν να εκδηλώνουν περιστασιακή εγκληματική συμπεριφορά. Όσον αφορά τις εκ γενετής εγκληματίες ισχυρίζεται ότι αποτελούν έναν αφύσικο συνδυασμό των δύο φύλων συγκεντρώνοντας τα χειρότερα ανδρικά και τα χειρότερα γυναικεία χαρακτηριστικά. Επιπρόσθετα, αναφέρει ότι για το γυναικείο φύλο η μόνη «φυσιολογική» παραβατική συμπεριφορά είναι η πορνεία, η οποία αποτελεί, δείγμα ανώμαλης εξέλιξης της γυναικείας προσωπικότητας, χωρίς ωστόσο η ιερόδουλη να αποβάλλει (σε αντίθεση με την γυναίκα «εγκληματία») τη θηλυκότητά της.

Η θεωρία αυτή, έχει λάβει οξύτατη κριτική και θεωρείται πλέον ξεπερασμένη. Ωστόσο έχει αφήσει ανεξίτηλο αποτύπωμα στη θεώρηση της γυναικείας εγκληματικότητας [21,25, 39-42].

Στην ίδια βιολογική βάση στηρίζονται και οι θεωρίες δυο άλλων εγκληματολόγων, του Thomas και του Pollak. Ο **Thomas** εξομοιώνει τη γυναικεία εγκληματικότητα με τη σεξουαλική εγκληματικότητα. Όμως στην προσπάθεια του να εξηγήσει τη συμπεριφορά γυναικών δραστών λαμβάνει υπόψη του κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η ανάγκη των γυναικών να πάρουν αγάπη θεωρείται από τον Thomas ως η κύρια βάση της γυναικείας παραβατικότητας. Τα μητρικά τους ένστικτα τις οδηγούν σε εγκλήματα όπως η πορνεία μέσα από την οποία αναζητούν αγάπη και τρυφερότητα. Σε γενικές γραμμές θεωρεί ότι η γυναικεία εγκληματικότητα έχει τη βιολογική της βάση στη φύση των γυναικών, ενώ την κοινωνική της στην

αποτυχημένη κοινωνικοποίηση και την έλλειψη κώδικα ηθικής.

Ο **Pollak** υποστηρίζει ότι είναι μύθος ότι οι γυναίκες έχουν μικρότερα ποσοστά εγκληματικότητας από ότι οι άνδρες. Στην πραγματικότητα, ισχυρίζεται, συμβαίνει το αντίθετο. Απλά οι γυναίκες εμπλέκονται σε εγκληματικές συμπεριφορές που δεν είναι εύκολα παρατηρήσιμες. Προσπαθεί να συνδέσει το βιολογικό και αναπαραγωγικό κύκλο της γυναίκας με την εγκληματικότητα της. Η πραγματική έκταση της εγκληματικότητας τους δεν γίνεται αντιληπτή γιατί σύμφωνα με την θεωρία του, οι γυναίκες καταστρώνουν εγκληματικά σχέδια, χειραγωγούν τους άνδρες ώστε να τα εκτελέσουν, και αυτές μένουν αλώβητες. Τα εγκλήματα των γυναικών συνήθως αποκρύπτονται και δεν γίνονται ευρύτερα γνωστά, οι γυναίκες εγκληματίες δεν αποκαλύπτονται τόσο συχνά όσο οι άνδρες εγκληματίες, ακόμη και όταν αποκαλύπτονται ως δράστες, επιδέχονται επιεική μεταχείριση. Επιπλέον, η επιθετική συμπεριφορά των γυναικών ενισχύεται κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας, της εμμηνόπαυσης και της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες λόγω της φύσης αλλά και της κοινωνικής τους θέσης έχουν τη δυνατότητα να εγκληματούν χωρίς τα εγκλήματα τους να γίνονται γνωστά [25, 39-42].

Η Kathrin **Dalton** διαμόρφωσε μια δική της θεωρία, η οποία συνδέει **την έμμηνου ρύση** με την παρουσία ψυχολογικών και νοητικών διαταραχών και, κατ' επέκταση, με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Αφορμή στάθηκαν οι έρευνες που πραγματοποίησε, μία εκ των οποίων έγινε μεταξύ γυναικών καταδίκων, από την οποία προέκυψε ότι 48,7% των γυναικών διέπραξε έγκλημα είτε κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας τους (ποσοστό 26,3%) είτε πριν από αυτήν(22,4%). Η θεωρία της Dalton βρήκε μεγάλη απήχηση και επηρέασε σημαντικά, καθώς από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, σε αρκετές περιπτώσεις γυναίκες δράστιδες βίαιων εγκλημάτων αντιμετωπίζονται ευνοϊκότερα, επικαλούμενες διαταραχές της προσωπικότητας λόγω προ- εμμηνορρυσιακής εντάσεως ή εμμήνου ρύσεως. Το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο ενοχοποιήθηκε επίσης για τις αυξημένες απόπειρες αυτοκτονίας [21].

Το 1985 οι **Wilson** και **Hernstein** υποστήριξαν ότι οι διαφορές στην εγκληματικότητα των δύο φύλων, είναι συνισταμένη των ορμονικών διαφορών τους. Οι άνδρες, σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, είναι πιο επιθετικοί και εγκληματούν περισσότερο από τις γυναίκες λόγω της ύπαρξης υψηλών ποσοστών τεστοστερόνης στον οργανισμό τους. Αντίθετα οι γυναίκες, των οποίων τα ποσοστά τεστοστερόνης είναι χαμηλά, είναι λιγότερο επιθετικές και ως εκ τούτου εκδηλώνουν σπανιότερα και

σε μικρότερη ένταση εγκληματική συμπεριφορά [6,39,40]. Η υπόθεση της τεστοστερόνης ενισχύθηκε και από μια μετέπειτα μελέτη σε γυναίκες φυλακισμένες όπου έδειξαν ότι η συγκέντρωση τεστοστερόνης στο σίελο ήταν χαμηλότερη σε γυναίκες που είχαν αμυντικές βίαιες συμπεριφορές με σκοπό να προστατέψουν τον εαυτό τους και σε υψηλότερα επίπεδα σε γυναίκες που είχαν διαπράξει απρόκλητες βιαιότητες [43]. Η υπογλυκαιμία ή το χαμηλό ζάχαρο και η προγεστερόνη στις γυναίκες έχουν συνδεθεί επίσης με την οξυθυμία και την επιθετική συμπεριφορά [44].

➤ Κοινωνιολογική προσέγγιση

Η κοινωνιολογική προσέγγιση συνδέει την εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς, με τη δομή και τη λειτουργία της κοινωνίας και των διαφόρων κοινωνικών ομάδων μέσα σ' αυτή. Η έρευνα και μελέτη των σύγχρονων κοινωνιών έδειξε ότι η επιθετική συμπεριφορά έχει πάντα μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλωθεί σε κοινωνικές ομάδες των οποίων το σύστημα των κοινών αξιών και κανόνων συμπεριφοράς, ευνοεί και ενισχύει την εκδήλωση μιας τέτοιας συμπεριφοράς. Για τους κοινωνιολόγους, η αποκλίνουσα και η «κανονική» συμπεριφορά είναι προϊόντα της εκάστοτε κοινωνικής δομής που βασίζεται αντίστοιχα σε ένα κοινά αποδεκτό σύστημα κοινωνικών και ηθικών αξιών. Με βάση αυτή την αντίληψη, η επίδραση του στενού και του ευρύτερου κύκλου του ατόμου έχει μεγάλη σημασία στην εκμάθηση μιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

Το περιβάλλον λοιπόν, είτε υπό την μορφή σχέσεων είτε υπό την μορφή δομών θεωρείται ότι παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην εκδήλωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την κοινωνιολογική προσέγγιση το έγκλημα και η επιθετική συμπεριφορά:

- ✚ Παραβαίνει τους κοινωνικούς κανόνες μιας ομάδας: διότι ό,τι είναι παράβαση για μια ομάδα μπορεί να είναι απόλυτα αποδεκτό για μια άλλη.
- ✚ Περιλαμβάνει μια διαδικασία κοινωνικού στίγματος: Αν σε μια συμπεριφορά μπει η ετικέτα της παράβασης, τότε έχουμε παραβάτες, αν δεν μπει, τότε δεν έχουμε παραβάτες.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις κοινωνιολογικές θεωρίες, η εγκληματικότητα και η βία είναι συμπεριφορές τις οποίες μαθαίνουμε μέσα από τη μίμηση και την παρατήρηση. Συνεπώς, σύμφωνα με την κοινωνιολογική προσέγγιση, οι γυναίκες είναι λιγότερο επιθετικές από τους άντρες διότι οι κοινωνία δεν τους επιτρέπει να εκδηλώνουν επιθετικές συμπεριφορές. Η κοινωνία 'θέλει' τις γυναίκες πιο παθητικές,

με κατανόηση και υπομονή. Οι γυναίκες που εκδηλώνουν επιθετικότητα, πιθανότατα προέρχονται από δυσλειτουργικό οικογενειακό υπόβαθρο [21,41].

➤ **Φεμινιστική προσέγγιση**

Τις δεκαετίες 60 και 70 έχουμε την εμφάνιση του φεμινιστικού κινήματος και ανάπτυξη της φεμινιστικής εγκληματολογίας, η οποία ορίζει το φύλο ως εστιακό σημείο ανάλυσης της εγκληματικής συμπεριφοράς και την μελετά υπό το πρίσμα της κοινωνικής κατασκευής του φύλου. Η φεμινιστική θεωρία χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό κοινωνικό- πολιτιστικών παραγόντων για την εξήγηση της επιθετικής συμπεριφοράς των γυναικών. Σύμφωνα με αυτήν, οι μηχανισμοί κοινωνικού ελέγχου για τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, δεν επιτρέπουν τόση ελευθερία κίνησης όση στους άντρες. Περισσότερη επιτήρηση από την οικογένεια και περιορισμός της δραστηριότητας στον ιδιωτικό χώρο μειώνει την πρόσβαση σε εγκληματογόνες καταστάσεις. Επίσης, σύμφωνα με τα κανονιστικά πρότυπα οι άντρες πρέπει να είναι πιο επιθετικοί, πιο εξουσιαστικοί, πιο ριψοκίνδυνοι από τις γυναίκες. Επιπλέον, η επιφόρτιση με την ανατροφή των παιδιών είναι ακόμα ένας παράγοντας που αποσπά την προσοχή της γυναίκας από τον δημόσιο χώρο και την περιορίζει περισσότερο στον ιδιωτικό. Όταν λοιπόν οι γυναίκες διαπράττουν εγκλήματα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα οι στόχοι τους να είναι άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η εμφάνιση του φεμινιστικού κινήματος και της γυναικείας απελευθέρωσης συσχετίστηκε με την αύξηση της γυναικείας εγκληματικότητας διότι αυτά τα δύο φαινόμενα συμπίπτουν χρονικά. Ωστόσο, αυτό δεν επαληθεύθηκε από τις μετέπειτα έρευνες [25, 39-42, 45].

4. ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑ

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά με αποκορύφωμα την πράξη της αυτοκτονίας θεωρείται ως μια διαταραγμένη ανθρώπινη συμπεριφορά που σε μεγάλο βαθμό σχετίζεται με την ψυχοπαθολογία του ατόμου. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά εκδηλώνεται συνήθως ως αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας, ή προμελετημένη αυτό-προκαλούμενη βλάβη. Εκτός από τον όρο αυτοκτονία που δηλώνει μια τετελεσμένη αυτοκαταστροφική πράξη, όλοι οι άλλοι όροι εμπεριέχουν την έννοια της πιθανής ή δυνητικά τετελεσμένης αυτοκαταστροφικής πράξης, που ενέχει ως βάση την πρόθεση του ατόμου [46].

Ωστόσο, κάποιες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές δεν είναι άμεσα συνδεδεμένες με την αυτοκτονία, αλλά είναι δυνατόν να προκαλέσουν βαριά σωματική βλάβη ή και θάνατο. Η αυτοκαταστροφικότητα μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα σκέψεων, πράξεων και συμπεριφορών που στρέφονται κατά της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του ατόμου που τις πραγματοποιεί.

Παραδείγματα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι:

Οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου

- ✚ Άμεσες (π.χ. επικίνδυνη οδήγηση, παιχνίδι ρώσικης ρουλέτας, ριψοκίνδυνα αθλήματα)
- ✚ Έμμεσες (π.χ. ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά)

Οι «χρόνιες αυτοκτονίες»

- ✚ Κατάχρηση αλκοόλ
- ✚ Κατάχρηση ουσιών
- ✚ Μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή σε χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση κλπ).

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός

Οι αυτοκαταστροφικές πράξεις

- ✚ Παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές
- ✚ Απόπειρα αυτοκτονίας
- ✚ Αυτοκτονία [46-48].

4.1 Στατιστικά-Διαφοροποιήσεις γυναικών/ανδρών

Η αυτοκτονία είναι μεταξύ των τριών κύριων αιτιών θανάτου, μεταξύ ατόμων ηλικίας 15–44 ετών, χωρίς να συνυπολογίζονται οι απόπειρες αυτοκτονίας, οι οποίες είναι μέχρι 20 φορές συχνότερες από την ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Τα τελευταία 45 χρόνια, τα ποσοστά αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί κατά 60% παγκόσμια. Εκτιμάται ότι ένας στους 10 ανθρώπους στο γενικό πληθυσμό παρουσιάζει αυτοκαταστροφικές τάσεις [46,49,50].

Σε καθημερινή βάση, περίπου 2000 άτομα αυτοκτονούν παγκοσμίως. Το έτος 2000 σε όλο τον κόσμο, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτόνησαν - σχεδόν ένα άτομο κάθε 40 δευτερόλεπτα, τοποθετώντας την αυτοκτονία ως την δέκατη τρίτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Τα υψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν στις Ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες και τα χαμηλότερα βρέθηκαν κυρίως στην Λατινική Αμερική και σε μερικές χώρες της Ασίας [13]. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 30.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο, ενώ από εκείνους που αποπειρώνται και τελικά αποτυγχάνουν, περίπου 20.000 μένουν τελικά ανάπηροι. Το 25% όλων των αυτοκτονιών επιχειρείται από άτομα άνω των 65 ετών [50].

Όσον αφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Φινλανδία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών, ενώ η Ελλάδα το χαμηλότερο. Το χαμηλό αυτό ποσοστό μπορεί να οφείλεται και σε μεθοδολογικά και επιδημιολογικά ζητήματα, ωστόσο έχει αποδοθεί σε μεγάλο μέρος σε πολιτιστικές παραμέτρους καθώς και στον προστατευτικό ρόλο των ισχυρών οικογενειακών δεσμών που υφίστανται ακόμα στην Ελλάδα [51, 52].

Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, το διάστημα 1980–1997, οι καταγεγραμμένες αυτοκτονικές συμπεριφορές ανέρχονταν σε 6.703 από τις οποίες 4.961 (74%) ήταν άνδρες, ενώ 1.742 (26%) ήταν γυναίκες. Ο απαγχονισμός ήταν η συχνότερη μέθοδος, καθώς χρησιμοποιήθηκε περίπου στο 45% του συνόλου των αυτοκτονιών [53]. Στη διάρκεια της δεκαετίας 2001–2011 καταγράφηκε ένας συνολικός αριθμός 4133 αυτοκτονιών, 3423 (82,8%) αυτοκτονίες αφορούσαν άνδρες και 710 (17,2%) αυτοκτονίες αφορούσαν γυναίκες. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2001–2011, ο συνολικός δείκτης αυτοκτονιών αυξήθηκε κατά 38,4%. Στους άνδρες καταγράφηκε αύξηση κατά 33,1% και στις γυναίκες κατά 69,6% [54].

Παρότι η αξιοπιστία των επιδημιολογικών δεδομένων αναφορικά με την αυτοκτονία είναι αμφίβολη, σε πολλές χώρες φαίνεται να επιβεβαιώνεται ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με λόγο που κυμαίνεται από 3:1 έως 7,5:1, με μοναδικές εξαιρέσεις την Κίνα και την Ινδία, όπου τα ποσοστά γυναικών που πεθαίνουν από αυτοκτονία είναι παρόμοια με αυτά των ανδρών [51]. Στις περισσότερες χώρες η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 3:1 [49,55]. Οι νέες γυναίκες χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό μη βίαιους τρόπους για απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ οι άνδρες επιλέγουν κυρίως βίαιους τρόπους αυτοκαταστροφής. Αυτό ίσως εξηγεί εν μέρει και το ότι οι άνδρες, αυτοκτονούν 3 φορές συχνότερα απ' ό,τι οι γυναίκες, χρησιμοποιώντας συχνότερα όπλο ή πτώση από ύψος, σε σύγκριση με την υπερδοσολογία φαρμάκων που χρησιμοποιούν οι γυναίκες, ενώ οι τελευταίες αποπειρώνται τουλάχιστον 3 φορές συχνότερα, σε σύγκριση με τους άνδρες [46,49,50, 56-58].

Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί πως ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών (30–40%) δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε σκόπιμα (απόκρυψη της πραγματικής αιτίας θανάτου προς αποφυγή του κοινωνικού στίγματος), είτε χωρίς πρόθεση (αντικειμενική αδυναμία διευκρίνισης των συνθηκών του θανάτου). Παράγοντες κινδύνου που ενισχύουν την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι δημογραφικοί (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), ψυχιατρικοί (σωματική και ψυχική υγεία, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), βιολογικοί παράγοντες, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς επίσης πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις [48,49].

Η αυτοκτονία συνδέεται με σοβαρές ψυχικές διαταραχές [59]. Στο 80-90% των ατόμων που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται αυτοκτονία υπάρχει διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή. Σε ένα μεγάλο μέρος των θυμάτων αυτοκτονίας συνυπάρχουν ποικίλες διαταραχές προσωπικότητας, με πιο συχνή την οριακή διαταραχή, ενώ το 5% των ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αυτοκτονούν. Άτομα λοιπόν, με ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας ίσως εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς [49,50,56,57].

Τα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εκδήλωση αυτοκτονικού ιδεασμού είναι η παρορμητικότητα, το άγχος, η επιθετικότητα, η απελπισία, η εχθρικότητα, η ανηδονία, ο κυνισμός, η εσωστρέφεια, η αυτοκριτική και η τελειοθηρία. Αυτά που

συνδέονται με απόπειρα αυτοκτονίας είναι η παρορμητικότητα, το άγχος, η επιθετικότητα, η απελπισία, η εχθρικήτητα, η απαισιοδοξία και η αυτό-αμφισβήτηση. Αυτά που σχετίζονται θετικά με πραγματοποιηθείσα αυτοκτονία είναι, έντονη παρορμητικότητα και απελπισία, υψηλό άγχος, επιθετικότητα, εχθρικήτητα και αισθήματα ενοχής. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς ανιχνεύονται σε διάφορες ομάδες ατόμων (ψυχιατρικοί ή μη, γυναίκες και άντρες) [57].

Πρόσφατα, και η παρορμητικότητα έχει αναγνωρισθεί ως μείζων παράγων κινδύνου για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρονται ποσοστά παρορμητικότητας μεταξύ 40% και 80% σε άτομα με αυτοκτονική συμπεριφορά. Για τη σχέση της παρορμητικότητας με την αυτοκτονική πρόθεση και τον βαθμό σοβαρότητας της απόπειρας αυτοκτονίας υπάρχουν συγκρουόμενες απόψεις. Αν και αναμένεται η παρορμητικότητα να συσχετίζεται θετικά με υψηλό βαθμό πρόθεσης και σοβαρότητας της απόπειρας αυτοκτονίας, από ορισμένους ερευνητές υποστηρίζεται ότι οι παρορμητικές απόπειρες αυτοκαταστροφής είναι λιγότερο σοβαρές και θανατηφόρες [60].

Μια άλλη παράμετρος που μελετάται σχετικά με την αυτοκτονία είναι η εποχικότητα. Πολλοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει μια διακύμανση στο ποσοστό των αυτοκτονιών ανάλογα με την εποχή του χρόνου. Οι περισσότερες έρευνες για την εποχικότητα της αυτοκτονίας, αναφέρουν πως παρουσιάζεται αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών κατά την διάρκεια της άνοιξης και στις αρχές του καλοκαιριού. Στην Ελλάδα, ο Ιούνιος είναι ο μήνας με τις περισσότερες αυτοκτονίες. Η εποχικότητα στις αυτοκτονίες φαίνεται να απαντάται κυρίως στους άντρες, στις μεγαλύτερες ηλικίες και στις βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας. Στην εποχικότητα της αυτοκτονίας συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικό-οικονομικοί και βιοκλιματικοί παράγοντες). Οι μελέτες για την εποχικότητα, εκτός από τα επιδημιολογικά στοιχεία που προσφέρουν, αποτελούν και μια προσπάθεια σφαιρικής κατανόησης των παραγόντων που συμβάλλουν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, υπάρχει και ορισμένος αριθμός μελετών που δεν επιβεβαιώνει την ύπαρξη εποχικής διακύμανσης στα ποσοστά των αυτοκτονιών [52,59,61,62].

4.2.Θεωρητικές και ερευνητικές προσεγγίσεις της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες αντιμετωπίζουν την αυτοκτονία ως κοινωνικό φαινόμενο. Υποστηρίζουν ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες, προσδιορίζονται από παραμέτρους κοινωνικό-περιβαλλοντικές και διακρίνουν τέσσερις βασικούς τύπους: την αλτρουιστική, την εγωιστική, την ανομική και τη μοιρολατρική.

Οι αιτιολογικές και ψυχοδυναμικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης, που εκδηλώνεται ως αντίδραση στην απορριπτική συμπεριφορά, την εσωτερική υπαρξιακή σύγκρουση και κυρίως ως αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών του ατόμου. Είτε εκφράζει έκκληση προς τους άλλους για βοήθεια, είτε αποτυχία των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου, η απόπειρα αυτοκτονίας εγγράφεται και θεωρείται, ως μια συμπεριφορά παλινδρόμησης η οποία αξιολογείται αρνητικά από την κοινωνία.

Η αυτοκτονία ως μεμονωμένη πράξη δείχνει να είναι το ύστατο δραματικό μήνυμα ενός ατόμου προς τους συνανθρώπους του και προς τη ζωή. Χαρακτηρίζεται από ένα εύρος συμπεριφορών, των οποίων άμεση ή έμμεση κατάληξη είναι ο τερματισμός της ζωής [48,49,63].

Από βιολογικής απόψεως, σε άτομα με ενδοστρεφόμενη ή εξωστρεφόμενη επιθετικότητα εντοπίζονται ορισμένα κοινά βιολογικά χαρακτηριστικά, κυρίως στο επίπεδο δυσλειτουργίας του σεροτονινεργικού συστήματος. Σε εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν βρέθηκαν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, ιδιαίτερα μάλιστα σε αυτούς που αυτοκτόνησαν με βίαιο τρόπο. Χαμηλές τιμές χοληστερόλης πλάσματος βρέθηκαν σε άτομα με επιθετική-παρορμητική συμπεριφορά και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και σε ανθρωποκτονικά άτομα με διαταραχή προσωπικότητας. Επιπλέον, έχουν συσχετισθεί θετικά με αυξημένη θνησιμότητα από αυτοκτονία. Υποστηρίζεται ότι η χαμηλή στάθμη χοληστερόλης οδηγεί σε μειωμένη δραστηριότητα του σεροτονινεργικού συστήματος. Πιθανώς, η γενετική προδιάθεση για παρορμητική-επιθετική συμπεριφορά εκδηλώνεται ως αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική πράξη, ανάλογα με περιβαλλοντικές ή άλλες παθολογικές συνθήκες ή καταστάσεις. Επίσης, σε άτομα με ποικίλες επιθετικές συμπεριφορές,

υπάρχουν ενδείξεις δυσλειτουργίας τόσο του νοραδρενεργικού όσο και του ντοπαμινεργικού συστήματος, αλλά και του μεταβολισμού της γλυκόζης [56,60].

Όσον αφορά στην εποχικότητα της αυτοκτονίας, από ψυχολογικής απόψεως, η άνοιξη είναι η εποχή που συνδέεται περισσότερο με νέο ξεκίνημα, όπως ακριβώς συμβαίνει και στην φύση. Οι περισσότεροι άνθρωποι την άνοιξη έχουν ανεβασμένη διάθεση. Συνεπώς, τα αυτοκαταστροφικά άτομα βιώνουν ακόμη πιο έντονα την αντίθεση της προσωπικής τους θλίψης και της αντιλαμβανόμενης ανεπάρκειας με την χαρά και την δημιουργική διάθεση των υπόλοιπων ανθρώπων [59]. Βιολογικά, η εποχικότητα της αυτοκτονίας έχει συσχετιστεί με τα χαμηλά επίπεδα μελατονίνης στον οργανισμό. Έχει παρατηρηθεί ότι την εποχή που σημειώνεται αύξηση της συχνότητας αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, υπάρχει αντίστοιχα μείωση στα επίπεδα μελατονίνης. Βέβαια, τα επίπεδα μελατονίνης έχουν στενή σχέση με τη σεροτονίνη που είναι διαθέσιμη στο ΚΝΣ και με την έκθεση στο ηλιακό φως. Τα παραπάνω δεδομένα μαζί με ένα ευρύ φάσμα άλλων ποικίλων παραγόντων ίσως προσφέρουν στο μέλλον περισσότερες διευκρινήσεις για την αιτιοπαθογένεια και την πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών [52].

Ο ψυχολογικός, κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην οικογένεια και την κοινότητα είναι ανυπολόγιστος [49]. Αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προβλέπουν ότι το μερίδιο των αυτοκτονιών στην παγκόσμια επιβάρυνση της δημόσιας υγείας από ασθένειες κατά τις επόμενες δεκαετίες θα αυξηθεί περαιτέρω. Συνεπώς, το φαινόμενο των αυτοκτονιών αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας και συνιστά το επίκεντρο πολλών ερευνών, οι οποίες βρίσκονται σε εξέλιξη, με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας [51].

5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η διαταραχή προσωπικότητας ορίζεται ως ένα «μακροχρόνιο πρότυπο εσωτερικών βιωμάτων και συμπεριφοράς που αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες με βάση τον πολιτισμό προέλευσης του ατόμου, ένα πρότυπο που είναι άκαμπτο και «πανταχού παρόν», ξεκινά κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή, παραμένει σταθερό στην πάροδο του χρόνου και οδηγεί σε δυσφορία ή σε ανικανότητα». Οι διαταραχές προσωπικότητας διακρίνονται σε τρεις ομάδες (clusters). Η Ομάδα Α, «εκκεντρικές (odd) συμπεριφορές», περιλαμβάνει την παρανοειδή, τη σχιζοειδή και τη σχιζοτυπική διαταραχή. Η Ομάδα Β, «δραματικές (dramatic) διαταραχές», περιλαμβάνει τη μεθοριακή, τη ναρκισσιστική, την αντικοινωνική και την οιστριονική διαταραχή. Η Ομάδα Γ, «αγχώδεις (anxious) συμπεριφορές, περιλαμβάνει την εξαρτητική, την αποφευκτική και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή [64,65]. Το ποσοστό των διαταραχών προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 4 έως 13 τοις εκατό [66-69].

Η επιθετική συμπεριφορά, αν τη δούμε σαν σύμπτωμα, εμφανίζεται σε αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές [70]. Ωστόσο, συσχετίζεται πιο συχνά με τις διαταραχές προσωπικότητας [6,10]. Όλες οι διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με επιθετικές ή βίαιες συμπεριφορές. Ωστόσο, κάποιες απαντώνται σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από κάποιες άλλες σε δείγματα επιθετικών ατόμων. Τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας Α, είναι σε γενικές γραμμές λιγότερο βίαιοι από αυτούς της ομάδας Β. Ωστόσο, η καχύποπτη στάση, ο παράξενος τρόπος σκέψης και η κοινωνική απομόνωση που χαρακτηρίζει αυτά τα άτομα, συνδέονται με τα πιο σοβαρά είδη εγκλημάτων. Οι διαταραχές της ομάδας Β, είναι αναμφισβήτητα αυτές που συνδέονται περισσότερο με εγκληματική συμπεριφορά και βία. Επιπλέον, είναι αυτές που έχουν μεγαλύτερη συσχέτιση με κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, κάτι που λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση βίας. Οι διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας Γ έχουν την μικρότερη συσχέτιση με την εκδήλωση βίας [71].

Πιο συγκεκριμένα, οι διαταραχές προσωπικότητας που έχουν συνδεθεί περισσότερο με την επιθετική και βίαιη συμπεριφορά είναι η αντικοινωνική, η οριακή, η παρανοειδής και η ναρκισσιστική διαταραχή [7,46,71,72]. Σε μικρότερο ποσοστό, εντοπίζονται σε δείγματα επιθετικών γυναικών και η ιδεοψυχαναγκαστική, η

οιστριονική και η εξαρτητική διαταραχή [34,71]. Μερικές φορές υπάρχει μεικτή διαταραχή προσωπικότητας, με αντικοινωνικά, οιστριονικά και παρανοειδή στοιχεία [71].

Παρακάτω γίνεται περιγραφή αυτών των διαταραχών με σκοπό την κατανόηση της συσχέτισης τους με την επιθετική συμπεριφορά.

5.1 Μετ αιχμιακή (Οριακή) Διαταραχή Προσωπικότητας

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα άτομα που πάσχουν από μετ αιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, λειτουργούν συνήθως σε κατάσταση κρίσεως και παρουσιάζουν συνεχείς μεταβολές στη συναισθηματική τους διάθεση. Η συμπεριφορά τους είναι συνήθως απρόβλεπτη και, συχνά, πραγματοποιούν αυτοκαταστροφικές πράξεις κατ' επανάληψη, παρουσιάζουν διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις και χαοτική σεξουαλική συμπεριφορά. Επίσης, παραπονούνται συχνά ότι έχουν χρόνια αισθήματα κενού και ανίας, καθώς επίσης και ότι δεν έχουν μια σταθερή αίσθηση της ταυτότητας του εαυτού τους [65,71,73,74].

Διαγνωστικά Κριτήρια

Για να δοθεί η διάγνωση της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. **Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις:** Διαπροσωπικές σχέσεις που χαρακτηρίζονται ως ασταθείς, έντονες, περιστασιακές και χαρακτηριστικές σε ότι αφορά στα εναλλασσόμενα συναισθήματα εξιδανίκευσης και υποτίμησης.
2. **Παρορμητική συμπεριφορά:** Η παρορμητικότητα των ασθενών αυτών εντοπίζεται σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνατό να αποβούν αυτοκαταστροφικοί (π.χ. αλόγιστη δαπάνη χρημάτων, ασύδοτη σεξουαλική δραστηριότητα, κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες, επικίνδυνη οδήγηση, αποκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές, κ.α.).
3. **Συναισθηματική αστάθεια:** Συναισθηματική αστάθεια εξαιτίας μιας εξεσημασμένης ευαισθησίας της διάθεσης (π.χ. έντονη και επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, κατάθλιψη και υπέρμετρο άγχος, το οποίο συνήθως διαρκεί λίγες ώρες αλλά μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να διαρκέσει και λίγες μέρες).
4. **Προσπάθειες αποφυγής της εγκατάλειψης:** Το άτομο καταβάλλει απεγνωσμένες προσπάθειες να αποφύγει μια φανταστική ή πραγματική εγκατάλειψη.

5. **Διαταραχή της ταυτότητας:** Το άτομο εμφανίζει αξιοσημείωτη, ευδιάκριτη και επίμονα ασταθή αυτό-εικόνα. Δεν έχει αναπτύξει μια ξεκάθαρη αίσθηση του εαυτού του.
6. **Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά:** Συχνή και επανεμφανιζόμενη η τάση για αυτοκτονία, απειλές, απόπειρες και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού. Οι αυτοτραυματισμοί μπορεί να περιλαμβάνουν χαρακίες στο σώμα τους με ξυράφι ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο, αλλά και εγκαύματα στα χέρια τους ή σε άλλα σημεία του σώματός τους. Άλλες εκδοχές για την εξήγηση αυτών των συμπεριφορών αυτοτραυματισμών μπορεί να εστιάζουν στο γεγονός ότι αυτοί οι χαμηλής λειτουργικότητας ασθενείς συχνά επιδίδονται σε τέτοιου είδους πράξεις για να ανακουφιστούν από το υψηλό επίπεδο άγχους ή σαν μια απόπειρα να τιμωρήσουν τον εαυτό τους ή να «αισθανθούν ζωντανούς».
7. **Χρόνιο αίσθημα κενού:** Τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, βιώνουν χρόνια συναισθήματα κατάθλιψης. Αισθάνονται κενοί, ότι δεν έχουν στόχο, σκοπό και λόγο ύπαρξης.
8. **Δυσκολία ελέγχου του θυμού:** Παρατηρείται ανάρμοστος, συνεχής, απρόσφορος και μεγάλης έντασης θυμός ή σημαντική δυσκολία να ελέγξουν το θυμό τους.
9. **Παροδικός, συνδεδεμένος με το άγχος παρανοειδής ιδεασμός:** Σε περιόδους μεγάλου άγχους και στρες οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανό να εκδηλώσουν παροδικό παρανοειδή ιδεασμό, σύντομα ψυχωτικά επεισόδια και σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα. Η διάσχιση χαρακτηρίζεται από αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση, που μπορούν να φθάσουν σε τέτοιο σημείο ώστε να αναφέρουν ότι την ώρα που αυτοτραυματίζονται «βρίσκονται έξω από το σώμα τους» και δεν αισθάνονται κανένα πόνο.

Σε γενικές γραμμές η συμπτωματολογία του ασθενούς, που πάσχει από οριακή διαταραχή, χαρακτηρίζεται από αστάθεια σε ότι αφορά στο συναίσθημα, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην αυτό-εικόνα του, και από μια συμπεριφορά παρορμητική και αυτοκαταστροφική [65,71,73].

Επιδημιολογία

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, εμφανίζεται περίπου σε ποσοστό 1%-2% του γενικού πληθυσμού, καθώς και σε ποσοστό 10% των εξωτερικών και 20% περίπου των νοσηλευόμενων ασθενών με ψυχιατρικά συμπτώματα. Το ποσοστό είναι αρκετά υψηλότερο για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες καθώς, το 75% όσων έχουν διαγνωστεί με τη διαταραχή αυτή είναι γυναίκες. Επίσης, η συγκεκριμένη διαταραχή απαντάται 5 φορές συχνότερα, μεταξύ συγγενών α' βαθμού μεθοριακών ασθενών, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό [65,73].

Συσχέτιση με επιθετικότητα

Η παρορμητικότητα, η διαταραχή ταυτότητας, η συναισθηματική αστάθεια και η χρήση ναρκωτικών οδηγεί αυτά τα άτομα σε επιθετικές και βίαιες συμπεριφορές. Στην περίπτωση της οριακής η βία είναι κυρίως παρορμητική/αντιδραστική. Οι συχνές μεταβολές στην διάθεση τους εκδηλώνονται συχνά με ευερεθιστότητα, επιθετικότητα και οργή. Το κυρίαρχο συναίσθημα που τους διακατέχει είναι ο θυμός ο οποίος, είναι συχνά καταστροφικός λαμβάνοντας υπόψη και την δυσκολία που έχουν για να τον ελέγξουν. Το βασικό τους κίνητρο για την εκδήλωση επιθετικότητας είναι η ανακούφιση απ' την ένταση [7,71,73,75].

Οι ασθενείς με τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι εξαιρετικά πιθανό να προβούν σε επιθετικές συμπεριφορές κατευθυνόμενες κυρίως προς τον εαυτό (αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοτραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών/αλκοόλ και άλλες συμπεριφορές που απειλούν την υγεία του ατόμου). Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι ο πιο συχνός λόγος νοσηλείας των οριακών ατόμων και συναντώνται συχνότερα σε οριακές γυναίκες ηλικίας 18 με 25 ετών (60 έως 75% των περιπτώσεων), ενώ οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες εμφανίζονται πιο συχνά σε μεγαλύτερες ηλικίες [49,65,71]. Ωστόσο, τα άτομα αυτά μπορεί να διοχετεύσουν την επιθετικότητά τους και στο εξωτερικό περιβάλλον, με την μορφή συντροφικής βίας, επίθεση σε γνωστά τους πρόσωπα, ποικίλες εγκληματικές ενέργειες και σπανιότερα ανθρωποκτονία [76]. Συναντάται επίσης, σε δείγματα σεξουαλικών δραστών.

Οι βίαιες συμπεριφορές ενισχύονται όταν υπάρχει συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών [71]. Επιπλέον, το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη οριακής διαταραχής μελλοντικά [77]. Η παρορμητικότητα είναι η βασικότερη προβλεπτική παράμετρος σχετικά με την εξέλιξη της οριακής στη διάρκεια του χρόνου. Ο υψηλός βαθμός παρορμητικότητας έχει συσχετισθεί με τη χρονιότητα της διαταραχής και τη βραδύτερη ύφεση της. Υποστηρίζεται ότι η παρορμητικότητα αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη για την ανίχνευση ασθενών με οριακή διαταραχή και υψηλό κίνδυνο μελλοντικής αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς [60].

5.2 Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Κυρίαρχα χαρακτηριστικά των ατόμων που πάσχουν από ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας είναι ένα διάχυτο πρότυπο μεγαλείου, πιστεύουν ότι είναι μοναδικοί άνθρωποι και περιμένουν από τους άλλους ανάλογη, ειδική μεταχείριση. Έχουν ανάγκη για θαυμασμό, έλλειψη ενσυναίσθησης και εκμεταλλεύονται τους άλλους για την εξυπηρέτηση των στόχων τους [65,71,73,74].

Διαγνωστικά Κριτήρια

Για να δοθεί η διάγνωση της Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. **Εμφανίζει υπεροπτικές συμπεριφορές ή στάσεις:** Οι ασθενείς αυτοί έχουν αλαζονική και περιφρονητική συμπεριφορά προς τους άλλους.
2. **Εκμεταλλευτής:** Σε ότι αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, είναι εκμεταλλευτές και χρησιμοποιούν τους άλλους για να πετύχουν τους δικούς τους σκοπούς.
3. **Μεγαλειώδη εικόνα εαυτού:** Έχουν μεγαλειώδη ιδέα για την σημαντικότητά τους, για την μοναδικότητά τους και τις ικανότητές τους. Έτσι, μπορεί να υπερβάλλουν σε ότι αφορά στις κατακτήσεις τους, τις επιτυχίες και τα ταλέντα τους, προσδοκούν να αναγνωρίζονται ως ανώτεροι χωρίς ανάλογα επιτεύγματα να το επιβεβαιώνουν.
4. **Έχει την πεποίθηση ότι είναι ιδιαίτερος και μοναδικός:** Το άτομο πιστεύει ότι είναι μοναδικό και μόνο από τα μοναδικά άτομα μπορεί να γίνει κατανοητό. Θεωρούν ότι ακόμα και τα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν, είναι εξαιρετικά σημαντικά.
5. **Φαντάζεται επιτυχίες, δύναμη, ιδανικούς έρωτες:** Ασχολούνται υπερβολικά με φαντασιώσεις ατελείωτων και τεράστιων επιτυχιών, δύναμης, λάμψης, εκθαμβωτικής ομορφιάς και ιδανικής αγάπης.
6. **Αναμένει από τους άλλους ειδική μεταχείριση:** Διατηρούν μια αίσθηση ότι για κάποιο λόγο δικαιούνται να έχουν παράλογες προσδοκίες από τους άλλους, κυρίως σε ότι αφορά μια ειδική αντιμετώπιση και μια αυτόματη συμμόρφωση των άλλων προς τις δικές τους απαιτήσεις και προσδοκίες.
7. **Αναζητά το θαυμασμό:** Αναζητούν την συνεχή προσοχή και τον υπερβολικό θαυμασμό των άλλων.
8. **Έλλειψη ενσυναίσθησης:** Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν έλλειψη ενσυναίσθησης, δηλαδή είναι απρόθυμοι ή ανίκανοι να αναγνωρίσουν ή να ταυτιστούν με τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων και να δείξουν κατανόηση.

9. **Συναισθήματα φθόνου και ζήλειας:** Συχνά ζηλεύουν τους άλλους ή αισθάνονται ότι οι άλλοι ζηλεύουν τους ίδιους. Ένα συναίσθημα που επίσης συχνά τους χαρακτηρίζει είναι ο φθόνος. Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για μια μορφή επιθετικού συναισθήματος προς τον άλλον και μάλιστα προς τις καλές πλευρές του [65,71,73].

Επιδημιολογία

Τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των ασθενών, που διαγιγνώσκονται με ναρκισσιστική διαταραχή, αυξάνεται συνεχώς. Στον γενικό πληθυσμό η επικράτηση υπολογίζεται ότι είναι λίγο μικρότερη από το 1%. Το ποσοστό αυτό για τον πληθυσμό των ατόμων, που νοσηλεύονται σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα, κυμαίνεται μεταξύ 2% και 16%. Η διαταραχή αυτή φαίνεται να είναι συχνότερη ανάμεσα στους άνδρες, καθώς από τα άτομα που ήδη έχουν λάβει την διάγνωση της διαταραχής το 50%-75% αυτών είναι άνδρες [65].

Συσχέτιση με επιθετικότητα

Τα άτομα με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας έχουν πολύ μικρή ανοχή στην ματαίωση και όταν απειληθεί η υπερβολική αίσθηση μεγαλείου που έχουν για τον εαυτό τους, μπορεί να αντιδράσουν επιθετικά. Σε περίπτωση που δεχθούν κριτική, διακατέχονται από συναισθήματα κατωτερότητας, οργής και ντροπής και μπαίνουν στην διαδικασία να αμφισβητήσουν τον εαυτό τους, τις ικανότητες και τα ταλέντα τους, πράγμα που δεν το αντέχουν. Οι βίαιες αντιδράσεις είναι απόρροια πλήγματος στο εγώ τους (ναρκισσιστικό πλήγμα) [71]. Συμφώνα με κάποιους, όσο πιο υψηλή (αλλά και ασταθής) είναι η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου, τόσες περισσότερες πιθανότητες έχει να τεθούν υπό αμφισβήτηση οι ικανότητες του. Οι μεγαλειώδεις αντιλήψεις για τον εαυτό, που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (π.χ. ότι είναι ανώτερος από τους άλλους), είναι πολύ πιθανό να απειληθούν και ως εκ τούτου το απειλούμενο εγώ να οδηγήσει σε βίαια ξεσπάσματα [78,79].

Επιπρόσθετα, ο αυταρχισμός και η εκμετάλλευση των άλλων συνδέονται έντονα με την επιθετικότητα των ναρκισσιστικών ατόμων [71]. Οι ασθενείς αυτοί, χαρακτηρίζονται από σύντονη προς το εγώ επιθετικότητα και σαδισμό εναντίον των άλλων [65]. Η ναρκισσιστική διαταραχή ανιχνεύεται σε πολλά είδη σεξουαλικών παραβατών, ένα γεγονός το οποίο, θα μπορούσε να σχετίζεται με την άμεση

ικανοποίηση των ναρκισσιστικών αναγκών αυτών των ατόμων και με την πεποίθηση ότι οι υπόλοιποι άνθρωποι είναι απλώς ένα εργαλείο για να επιτύχουν το σκοπό τους. Τα θύματα των βίαιων πράξεων των ναρκισσιστών είναι συνήθως γνωστά τους πρόσωπα. Ο ναρκισσισμός είναι επίσης, συχνό χαρακτηριστικό σε πολλούς τύπους βίαιων ατόμων, κυρίως των αντικοινωνικών και των ψυχοπαθτικών, οι οποίοι συχνά βάζουν τις επιθυμίες τους πάνω από τις ανάγκες και τα δικαιώματα των άλλων.

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να εδραιωθούν υποομάδες τις ναρκισσιστικής διαταραχής. Ως εκ τούτου, είναι δυνατό, να μιλήσουμε για τρία είδη ναρκισσιστικών ατόμων. Ο κακοήθης ναρκισσιστής (*malignant narcissist*), ο οποίος έχει κάποια κοινά χαρακτηριστικά με τον ψυχοπαθή, χαρακτηρίζεται από μεγαλειώδη ιδέα εαυτού, σύντονη με το εγώ σκληρότητα και εκδηλώνει συμπεριφορές σοβαρής βίας. Ο αλαζόνας ναρκισσιστής (*arrogant narcissist*), χαρακτηρίζεται από φαντασιώσεις μεγαλείου, περιφρόνηση της κοινωνίας και ανάμειξη σε συμπεριφορές σεξουαλικής κακοποίησης. Ο αντισταθμιστής ναρκισσιστής (*compensated narcissist*), χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια που καταβάλλει να αντισταθμίσει την χαμηλή του αυτοεκτίμηση με την αναζήτηση κοινωνικής αποδοχής χρησιμοποιώντας βίαια μέσα και καταφεύγοντας σε παράνομες συμπεριφορές [71].

5.3 Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας παρουσιάζουν αδυναμία συμμόρφωσης με τα κοινωνικά πρότυπα, η οποία συνοδεύεται συνήθως από ανευθυνότητα, απουσία ενοχών και έλλειψη μεταμέλειας. Χαρακτηρίζονται από συχνή χρήση του ψέματος, δόλο και εξαπάτηση των άλλων ανθρώπων για την επίτευξη προσωπικού οφέλους. Τα άτομα αυτά διακρίνονται επίσης για χαοτική σεξουαλική συμπεριφορά, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, η οποία οδηγεί σε κακοποίηση μελών της οικογένειάς τους, καθώς και απερισκεψία και αδιαφορία για την ασφάλεια του ίδιου τους του εαυτού ή άλλων ατόμων [65,71,73,74].

Διαγνωστικά Κριτήρια

Τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. **Μη συμμόρφωση σε κοινωνικούς κανόνες και νόμους:** Αποτυχία να προσαρμοστούν στους κοινωνικούς κανόνες και να δείξουν σεβασμό για νομοταγείς συμπεριφορές. Πρόκειται για άτομα που δείχνουν αδιαφορία για τους νόμους και την παραβίαση αυτών, αλλά και των κανόνων της κοινωνίας και των δικαιωμάτων των άλλων.
2. **Αποτυχία διατήρησης σταθερής εργασίας:** Έχουν μεγάλη δυσκολία στο να διατηρήσουν μια σταθερή συμπεριφορά μέσα στον εργασιακό τους χώρο, να ακολουθήσουν κανόνες και να είναι συνεπείς, με αποτέλεσμα να έχουν επαναλαμβανόμενες αποτυχημένες επαγγελματικές εμπειρίες και να μην μπορούν να διατηρήσουν μια σταθερή εργασία.
3. **Βίαιες συμπεριφορές και επιθέσεις:** Χαρακτηρίζονται από ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως διαφαίνεται από επανειλημμένους καβγάδες και επιθέσεις, στις οποίες εμπλέκονται. Εξαιτίας της ευερεθιστότητας και της παρορμητικότητά τους μπορούν εύκολα να καταφύγουν στη βία, ακόμα και προς πρόσωπα του περιβάλλοντός τους.
4. **Παρορμητικότητα:** Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή συχνά εμφανίζουν παρορμητικότητα ή και αδυναμία να σχεδιάσουν και να προγραμματίσουν εκ των προτέρων τις πράξεις τους.
5. **Συχνή ψευδολογία:** Εμφανίζουν συχνή τάση για εξαπάτηση των άλλων, η οποία εκδηλώνεται μέσα από ψέματα, πλαστοπροσωπίες και απάτες, που ως επί το πλείστον αποσκοπούν στο προσωπικό κέρδος ή στην ευχαρίστηση που αντλούν μέσα από αυτές τις αξιόποινες πράξεις.
6. **Ανευθυνότητα και αναξιοπιστία:** Χαρακτηρίζονται από ανευθυνότητα, η οποία είναι έκδηλη σε όλες τις πράξεις και τις δραστηριότητές τους και έχει συνέπειες σε όλες τις πτυχές της καθημερινής τους ζωής.
7. **Αδιαφορία για την ασφάλεια των άλλων ή και τη δική του:** Δεν δείχνουν κανένα ενδιαφέρον ή ανησυχία για την ασφάλεια του ίδιου του εαυτού τους αλλά και των άλλων γύρω τους.
8. **Έλλειψη τύψεων:** Παρατηρείται έλλειψη μετάνοιας, η οποία εκδηλώνεται μέσα από την αδιαφορία τους για τις πράξεις τους και τους άλλους, που συχνά θα υποστούν τις συνέπειες αυτών. Εκδηλώνεται, επίσης, μέσα από την προσπάθειά τους να εκλογικεύσουν το γεγονός ότι έχουν πληγώσει, έχουν κακομεταχειριστεί ή βλάψει συνανθρώπους τους [65,71,73].

Επιδημιολογία

Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζεται πολύ πιο συχνά στους άντρες από ότι στις γυναίκες, στους οποίους μάλιστα εμφανίζεται σε ποσοστό 3% έναντι του 1% στις γυναίκες (στο γενικό πληθυσμό). Τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής σε κλινικούς πληθυσμούς είναι πιο αυξημένα και ποικίλουν από 3% έως και 30%, ενώ

ακόμη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης παρατηρείται σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση εγκλεισμού σε σωφρονιστικά ιδρύματα (40% έως 75%), και σε άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου [65].

Συσχέτιση με επιθετικότητα

Στην περίπτωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, η επιθετική συμπεριφορά έχει κυρίως την μορφή εξωστρεφόμενης επιθετικότητας με συχνές επιθέσεις και εγκληματικές πράξεις [7]. Είναι η διαταραχή που συνδέεται περισσότερο με την εγκληματικότητα στους άντρες και σε αρκετά δείγματα γυναικών. Η βίαιη συμπεριφορά που σχετίζεται με αυτήν τη διαταραχή, χαρακτηρίζεται από την πρώιμη, σταθερή έναρξη, με πολλών ειδών παραβάσεις. Το εγκληματικό υπόβαθρο και η σταδιακή κλιμάκωση της βίας είναι συνήθως ο κανόνας. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή έχουν χαμηλή ενσυναίσθηση, μη ανοχή στη ματαιώση, ανευθυνότητα, ανυπακοή στην εξουσία και τις αρχές, ελκύονται και συναρπάζονται από τη βία, έχουν μια ζωτική ανάγκη για νέες εμπειρίες και πλήττουν εύκολα. Η παραβατική συμπεριφορά ποικίλει και κυμαίνεται από μικροκλοπές έως συμμετοχή σε ομάδες συμμορίες ή ακόμα και φόνο. Αυτά τα άτομα εκλογικεύουν την βιαιότητα τους, θεωρώντας πως οι ίδιοι είναι καλοί και οι άλλοι φταίνε που συμπεριφέρονται άσχημα. Τα θύματα αυτών των ατόμων είναι γενικά άγνωστοι (55%) ή άτομα που έχουν μικρό δέσιμο, όπως γείτονες ή απλοί γνωστοί (20%) [71,73,80].

Σε ένα μικρότερο ποσοστό των ασθενών με αντικοινωνική διαταραχή, η επιθετικότητα παίρνει την μορφή της αυτό-καταστροφικότητας [50]. Τα τατουάζ και οι ουλές από αυτό-ακρωτηριασμούς είναι συχνά, καθώς επίσης και η τάση προς την κατάχρηση ουσιών [65].

Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή διαχωρίζονται σε αυτούς που εκδηλώνουν παρορμητική ή συναισθηματική βία και σε αυτούς που εκδηλώνουν συντελεστική ή προσχεδιασμένη βία. Στην παρορμητική βία, οι δράστες αναζητούν έντονες συγκινήσεις και τα θύματα είναι συνήθως γνωστά τους άτομα. Ήταν ευαίσθητα και παρορμητικά παιδιά που αντιδρούσαν με θυμό στις ματαιώσεις. Στην αρχή μιας σχέσης μπορεί να φαίνονται συμπαθείς και ελκυστικοί αλλά με τις πρώτες ματαιώσεις θα αντιδράσουν επιθετικά. Στην προσχεδιασμένη βία, χαρακτηριστικά των δραστών είναι η εξαπάτηση, η αναζήτηση συγκινήσεων, η απουσία ενοχών και η έλλειψη

μεταμέλειας. Η βία προς άγνωστα άτομα είναι πιο συχνή. Είναι λιγότερο παρορμητικά άτομα, με χαμηλά επίπεδα άγχους και υψηλά επίπεδα ψυχοπάθειας [71].

5.4 Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα άτομα που πάσχουν από παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας διακρίνονται κυρίως από τη διαρκή καχυποψία και δυσπιστία τους προς τους άλλους ανθρώπους και από υπερευαισθησία στην κριτική. Συγκεκριμένα, πιστεύουν ότι οι άλλοι τους βλάπτουν, τους εξαπατούν, τους εκμεταλλεύονται και γενικά χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους και πληροφορίες κακόβουλα εναντίον τους. Για τους λόγους αυτούς, παρουσιάζονται συνήθως εχθρικοί, ευερέθιστοι και θυμωμένοι. Είναι μονίμως έτοιμοι να αντεπιτεθούν, προκαλώντας συνεχείς αντιπαραθέσεις. Πολλές φορές, επιδεικνύουν αδικαιολόγητα ζηλότυπη συμπεριφορά προς τον ερωτικό τους σύντροφο ή σύζυγο [65,71,73,74].

Διαγνωστικά κριτήρια

Τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. **Μη αιτιολογημένη καχυποψία:** Οι άνθρωποι αυτοί είναι αδικαιολόγητα καχύποπτοι. Δεν υπάρχει κάποια βάση σε όσα πιστεύουν και πολλές φορές οι ισχυρισμοί τους δεν έχουν αντίκρισμα στην πραγματικότητα. Υποπτεύονται ότι οι άλλοι γύρω τους θα τους φερθούν άσχημα, θα τους εκμεταλλευτούν, θα τους βλάψουν, θα τους εξαπατήσουν και θα τους κάνουν κακό.
2. **Αμφιβολία για την αξιοπιστία φίλων ή συνεργατών:** Ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με αδικαιολόγητες και ανυπόστατες αμφιβολίες σχετικά με τις φιλικές τους σχέσεις και τις επαγγελματικές τους συνεργασίες και αμφισβητούν την αξιοπιστία των ατόμων που συναναστρέφονται. Οι υποψίες τους συνήθως εστιάζονται στα κίνητρα των άλλων καθώς πιστεύουν ότι οι προθέσεις των γύρω τους είναι κακοπροαίρετες.
3. **Δεν εμπιστεύεται προσωπικά θέματά του στους άλλους:** τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή είναι εξαιρετικά διστακτικά στο να εμπιστευθούν άλλα άτομα και να τους εκμυστηρευθούν τα προβλήματά τους, τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους επειδή φοβούνται ότι οι πληροφορίες που θα δώσουν θα χρησιμοποιηθούν κακόβουλα εναντίον τους. Το αποτέλεσμα μιας τέτοιας στάσης είναι τα άτομα αυτά να είναι κοινωνικά απομονωμένα, να μην δημιουργούν εύκολα φίλιες και να αποφεύγουν

συστηματικά την συμμετοχή σε οποιοδήποτε είδους ομάδα. Υποφέρουν από σκέψεις ότι τους καταδιώκουν.

4. **Παρερμηνευτική σκέψη:** Παρουσιάζουν την τάση να εξάγουν συμπεράσματα βασισμένοι σε αυτό που οι ίδιοι αναγνωρίζουν ως «κρυμμένα μηνύματα», που μόνο εκείνοι μπόρεσαν να διακρίνουν πίσω από τα γεγονότα και τις πράξεις των άλλων.
5. **Ευαισθησία στην κριτική (αντίδραση με επίθεση):** Είναι συχνά εχθρικοί και αντιδρούν πολύ επιθετικά σε κινήσεις ή λόγια, που οι ίδιοι εκλαμβάνουν ως προσβολές. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα το πάσχον άτομο μπορεί ακόμα και να φθάσει στο σημείο να εκδηλώσει φυσική βία.
6. **Ιδέες ζηλοτυπίας:** Οι σχέσεις τους χαρακτηρίζονται ψυχρές και απόμακρες, με διάχυτη την ανάγκη να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο. Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις είναι περιορισμένες και επιφανειακές. Συχνά εκφράζουν έντονα συναισθήματα και εκδηλώσεις παθολογικής ζήλιας.
7. **Δυσχέρεια να συγχωρήσει:** Έχουν την τάση να κατηγορούν τους άλλους για ότι συμβαίνει και να εκφράζουν αντιπάθεια και αρνητισμό απέναντί τους, ακόμα και στις περιπτώσεις που φταίει οι ίδιοι και το γνωρίζουν. Δεν συγχωρούν τους ανθρώπους που τους έχουν πληγώσει, προσβάλλει, εκμεταλλευτεί ή μειώσει [65,71,73].

Επιδημιολογία

Τα ποσοστά εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνονται μεταξύ 0,5% και 2,5% και φαίνεται να είναι πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε όσους είναι εγκλεισμένοι σε κλινικές και παρακολουθούνται από ειδικούς είναι 10-30% [65,81].

Συσχέτιση με επιθετικότητα

Τα άτομα με παρανοειδή διαταραχή γίνονται επιθετικά όταν τους ασκηθεί κριτική, καθώς και μέσα στα πλαίσια της παθολογικής τους ζήλιας και των παρανοϊκών ιδεών τους. Είναι ευερέθιστοι, εχθρικοί, πάντα έτοιμοι να θυμώσουν και να αντεπιτεθούν, ειδικά όταν τα πιθανά θύματα επιχειρούν σωματικές ή λεκτικές ενέργειες που ερμηνεύονται από την παρανοειδή προσωπικότητα ως προσωπική επίθεση. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να φθάσει σε πολύ έντονες αντιδράσεις λεκτικής ή σωματικής βίας, όπως π.χ. στο πλαίσιο μιας ζηλοτυπικής κρίσης [65,73].

Η βίαιη συμπεριφορά τους παρανοειδούς χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στοιχεία:

- ✚ Η επιθετικότητα είναι απόρροια των διαστρεβλωμένων ερμηνειών που δίνουν σε στάσεις και συμπεριφορές και των υπερβολικών αντιδράσεων σε καθημερινές καταστάσεις.
- ✚ Συχνή προμελέτη και δόλος. Δεν αυτοσχεδιάζουν αλλά καταστρώνουν σχέδια με οξυδέρκεια και διαύγεια και χρησιμοποιούν διάφορα μέσα η στρατηγικές για να διασφαλίσουν τον σκοπό τους.
- ✚ Στρεσογόνες καταστάσεις πριν την επίθεση, π.χ. να τους ασκηθεί κριτική – επίθεση στην αυτοεκτίμηση τους.
- ✚ Η επιθετικότητα κινητοποιείται από αισθήματα εκδίκησης, εξευτελισμού, ντροπής ή ζήλιας.
- ✚ Εκλογίκευση της βίαιης συμπεριφοράς ως αναπόφευκτη, υποχρεωτική και λόγω αυτού, απουσία ενοχών ή μεταμέλειας.
- ✚ Τάση για μηνύσεις και καυγάδες με την παραμικρή αφορμή.
- ✚ Υπάρχει μια λανθάνουσα περίοδος από την πρώτη βίαιη πράξη αυτών των ατόμων έως μια πιθανή ανθρωποκτονία. Αυτή η παράμετρος είναι σημαντική για την πρόληψη της ανθρωποκτονίας. Ο παρανοειδής προειδοποιεί συνήθως με απειλές ή επιθέσεις οι οποίες δεν πρέπει να αγνοούνται.
- ✚ Υψηλός βαθμός παρανοϊκών ιδεών παρατηρείται σε κάποιους δράστες μαζικών ανθρωποκτονιών και σε κατά συρροή δολοφόνους. Επίσης, είναι συχνή και η βία προς τους σημαντικούς άλλους [71].

Όλες οι διαταραχές προσωπικότητας, στις περισσότερες περιπτώσεις, έχουν ως κοινό συναίσθημα τον θυμό, ο οποίος κινητοποιεί την εκδήλωση επιθετικότητας. Αυτό το συναίσθημα εκφράζεται με οργή, εχθρότητα και ευερεθιστότητα. Πολλές καταστάσεις μπορούν να ενεργοποιήσουν τον θυμό:

- Καχυποψία, φανατισμός, παθολογική ζήλεια ή εκδίκηση (παρανοειδής διαταραχή).
- Μη ανοχή στην ματαίωση και έντονος θυμός επειδή δεν του συμπεριφέρονται όπως θα έπρεπε (ναρκισσιστική διαταραχή).
- Ανάγκη να εκτονωθεί η ένταση ή φόβος εγκατάλειψης ή απώλειας (οριακή διαταραχή).

- Πλήξη, απαξίωση της ανθρώπινης ζωής, ανάγκη για δύναμη και απουσία ενσυναίσθησης (αντικοινωνική διαταραχή).

Ο θυμός εκτονώνεται όταν παρουσιαστεί ένα ερέθισμα, μια αφορμή ή με την συνεισφορά κατανάλωσης αλκοόλ ή χρήσης ναρκωτικών [71].

Η κλινική και νομική σημασία των διαταραχών προσωπικότητας στις βίαιες συμπεριφορές είναι αδιαμφισβήτητη. Αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την αποτίμηση του κινδύνου βιαιοπραγίας. Κάτι που πρέπει να υπογραμμιστεί όμως, είναι πως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας από μόνα τους (παρορμητικότητα, εγωκεντρισμός κτλ), δεν επηρεάζουν την γνωστική λειτουργία των ατόμων. Επομένως, σε περίπτωση εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών, θεωρούνται υπεύθυνοι και καταλογίσιμοι για τις πράξεις τους. Στην περίπτωση των διαταραχών προσωπικότητας, παρόλο που οι γνωστικές ικανότητες παραμένουν ανέπαφες, τα άτομα δεν τις χρησιμοποιούν αποτελεσματικά λόγω της παρορμητικότητας τους και της συναισθηματικής αστάθειας (οριακή διαταραχή), της έλλειψης ενσυναίσθησης και της δυσκολίας να προσαρμοστούν στους κανόνες (αντικοινωνική διαταραχή), των λαθών στην απόδοση ευθυνών (παρανοειδή προσωπικότητα), της μη ανοχής στην κριτική και της ευαισθησίας στην απόρριψη (ναρκισσιστική διαταραχή). Η αντιμετώπιση μιας επιθετικής πράξης ως σύμπτωμα ή ποινικό αδίκημα σε μια διαταραχή προσωπικότητας δεν επιδέχεται συχνά εύκολη απάντηση στην καθημερινή κλινική πράξη [71,74].

6. ΠΡΟΦΙΛ ΕΠΙΘΕΤΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Γυναίκες παραβάτες

Σύμφωνα με τους Weizmann-Henelius, οι γυναίκες παραβάτες στη Φιλανδία είναι συνήθως άγαμες-μόνες, άνεργες, με ιστορικό βίας, με συνυπάρχουσες διαταραχές προσωπικότητας, και κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, υπέφεραν δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία, έχουν προβλήματα στις ενήλικες σχέσεις τους, κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα-δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις (social ineptitude) και φτωχές δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων. Η επιθετική συμπεριφορά συνήθως εκδηλώνεται έπειτα από διαπροσωπικές διαμάχες, αλλά τις περισσότερες φορές όχι σαν αυτοάμυνα ή αντίδραση στη θυματοποίηση. Μια επιθετική γυναίκα λοιπόν, θα μπορούσε να είναι μια γυναίκα με αντικοινωνική διαταραχή που κάνει κατάχρηση ουσιών και έχει περιορισμένη ικανότητα διαχείρισης δυσκολιών [82].

Σε μια έρευνα στη Σουηδία, με γυναίκες παραβάτες που είχαν διαπράξει ανθρωποκτονία, εξετάστηκαν ψυχοκοινωνικές μεταβλητές κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και κατά την περίοδο διάπραξης του εγκλήματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι συγκεκριμένες γυναίκες υπήρξαν ψυχοκοινωνικά επιβαρυνμένες ήδη από πολύ νεαρή ηλικία. Είχαν ζήσει τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία. Κατά την εποχή διάπραξης του εγκλήματος, πολλές είχαν εκτεθεί σε βία και είχαν αναζητήσει βοήθεια. Επιπλέον, είχαν λίγες πιθανότητες για θετική εξέλιξη στη ζωή τους- κάτι που αντικατοπτρίζεται από το γεγονός πως η πλειοψηφία αυτών δεν είχε λάβει ανώτερη μόρφωση και πολλές ήταν άνεργες την περίοδο που διέπραξαν το έγκλημα [83].

Σε μια ανασκόπηση ερευνών, για το προφίλ και την προσωπικότητα γυναικών δραστών σεξουαλικών εγκλημάτων βρέθηκε πως, οι γυναίκες που έχουν διαπράξει σεξουαλική παράβαση είναι συνήθως νεαρής ηλικίας (έως 36 ετών), φίλες ή συγγενείς του θύματος, είναι συχνά λευκές, χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού υπόβαθρου, δεν έχουν σύντροφο, έχουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών και άλλα προβλήματα σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Είναι πιθανό να προέρχονται από δυσλειτουργική οικογένεια και να έχουν υποστεί σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά, έφηβες ή ενήλικες. Το πιο πιθανό είναι να έχουν

κακοποιηθεί από οικεία ανδρικά πρόσωπα αλλά υπάρχουν και λίγες περιπτώσεις που έχουν κακοποιηθεί από άλλες γυναίκες. Έχουν ένα εύρος ψυχικών προβλημάτων όπως: κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό, χαμηλή αυτό-εκτίμηση, εξάρτηση από ναρκωτικά ή αλκοόλ. Είναι άτομα που πολλές φορές ζουν στο περιθώριο, έχουν έλλειψη της αίσθησης του «ανήκειν» σε μια ομάδα, είναι συχνά εχθρικές και ως εκ τούτου αναζητούν την αποδοχή με μη φυσιολογικούς τρόπους. Είναι πιθανό να έχουν διαταραχές προσωπικότητας που σχετίζονται με δυσκολία στον έλεγχο των παρορμήσεων όπως οριακή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Αυτές οι γυναίκες χρησιμοποιούν κυρίως την πειθώ και την ψυχολογική βία και λαμβάνουν πιο επιεικείς ποινές στο δικαστήριο σε σύγκριση με τους άντρες δράστες. Ωστόσο, οι ψυχολογικές συνέπειες στο θύμα είναι συνήθως πιο σοβαρές [77].

Αυτοκτονικές γυναίκες

Το σύνηθες προφίλ της αυτοκτονικής γυναίκας είναι το παρακάτω:

- ✚ Ζει μόνη χωρίς σύζυγο, σύντροφο ή παιδιά.
- ✚ Έχει αντιμετωπίσει μια πρόσφατη αλλαγή στον τρόπο ζωής της (π.χ. διαζύγιο, αλλαγή εργασίας).
- ✚ Έχει παραμείνει για πολύ καιρό άνεργη.
- ✚ Βρίσκεται σε δυσμενή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.
- ✚ Έχει κάνει προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας.
- ✚ Είναι συνήθως νεαρότερης ηλικίας από τους άντρες που επιχειρούν απόπειρα.
- ✚ Πάσχει από μια ψυχική διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη ή διαταραχή προσωπικότητας, με πιο συχνή την οριακή).
- ✚ Ίσως πάσχει από μια σοβαρή σωματική νόσο.
- ✚ Κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών.
- ✚ Υψηλά επίπεδα παρορμητικότητας και αποφυγή του πόνου (harm avoidance) [46,55,84-86].

7. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ- ΕΡΕΥΝΕΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 1,5 εκατομμύρια άνθρωποι περίπου πεθαίνουν ανά έτος είτε από αυτό- ή από έτερο-κατευθυνόμενη επιθετικότητα [37]. Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι στενά συνδεδεμένες με επιθετικές και βίαιες συμπεριφορές [68,87]. Σύγχρονες έρευνες, οι οποίες περιγράφονται παρακάτω συσχετίζουν τις παραπάνω διαταραχές τόσο με την επιθετικότητα προς άλλους όσο και με την επιθετικότητα που στρέφεται προς τον εαυτό (αυτό-καταστροφικότητα). Πολλές από αυτές τις έρευνες έχουν γίνει σε πληθυσμό φυλακών, πιθανώς, διότι οι παραβάτες εκδηλώνουν μια φανερή μορφή επιθετικότητας που είναι εύκολα αναγνωρίσιμη και βρίσκονται σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον όπου είναι πιο εύκολο να γίνουν αξιολογήσεις.

Η **αντικοινωνική** διαταραχή προσωπικότητας είναι η διαταραχή που συνδέεται περισσότερο με την βίαιη παραβατικότητα και σε άντρες και σε ορισμένα δείγματα γυναικών. Ωστόσο, υπάρχει μια τάση να υπερδιαγιγνώσκεται σε πληθυσμούς φυλακών. Η **οριακή** διαταραχή διαγιγνώσκεται συχνά σε πληθυσμούς παραβατών βίαιων εγκλημάτων. Στον αντρικό πληθυσμό είναι η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή (μαζί με την παρανοειδή) και η πρώτη σε ορισμένα δείγματα γυναικών. Είναι η πιο συχνή διαταραχή στις βίαιες γυναίκες, αν και η αυτό-καταστροφικότητα επικρατεί της έτερο-καταστροφικότητας σε αυτές τις γυναίκες. Η **παρανοειδής** διαταραχή σε πληθυσμό παραβατών/κρατουμένων είναι η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή προσωπικότητας στους άντρες και η τρίτη πιο συχνή στις γυναίκες. Οι πάσχοντες αυτής της διαταραχής συλλαμβάνονται συνήθως για εγκλήματα εναντίον άλλων ανθρώπων και έχουν εγκληματικό παρελθόν στο 40% των περιπτώσεων. Μαζί με τα παρανοϊκά χαρακτηριστικά, το **ναρκισσιστικό στυλ** προσωπικότητας αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης επιθετικών συμπεριφορών. Διαφορετικές όψεις του ναρκισσισμού, όπως ο αυταρχισμός και η εκμετάλλευση των άλλων συνδέονται έντονα με την επιθετικότητα. Ο βαθμός επικράτησης αυτής της διαταραχής σε πληθυσμούς φυλακών είναι στο 6%.

Μερικές φορές υπάρχει μεικτή διαταραχή προσωπικότητας, με αντικοινωνικά, οιστριονικά και παρανοειδή στοιχεία. Φαίνεται πως οι διαταραχές προσωπικότητας σχετίζονται με διαφορετικούς τύπους βίας: συντελεστική (instrumental)

(χαρακτηριστικό των ψυχοπαθητικών και αντικοινωνικών), παρορμητική (χαρακτηριστικό των διπολικών και των οριακών) και ψυχωτική (χαρακτηριστικό των παραληρηματικών και παρανοειδών) [71].

Η Warren, αναφέρει πως το ποσοστό της ψυχοπαθολογίας που εντοπίζεται σε πληθυσμούς γυναικείων φυλακών είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό σε πληθυσμούς αντρικών φυλακών [38].

Κάτι που επιβεβαιώνεται και από τις έρευνες του Gunn, ο οποίος αναφέρει πως το 18% των γυναικών πάσχει από διαταραχές προσωπικότητας, έναντι του 10% των ανδρών [88,89]. Ωστόσο, αυτό έρχεται σε σύγκρουση με άλλα ερευνητικά δεδομένα που δίνουν διαφορετικά ποσοστά επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας σε γυναίκες και άντρες παραβάτες. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα με 23000 φυλακισμένους βρέθηκε πως το 42% των γυναικών έπασχε από κάποια διαταραχή προσωπικότητας, έναντι του 65% των ανδρών που διαγνώστηκε με κάποια διαταραχή, με πιο συχνή την αντικοινωνική [90]. Ανεξάρτητα όμως με το ποιο φύλο έχει τη μεγαλύτερη επικράτηση στις διαταραχές προσωπικότητας, γίνεται ξεκάθαρο πως τα ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας στις επιθετικές γυναίκες είναι υψηλά και αποτελούν παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

Ο Rongqin Yu [68], στην μετά-ανάλυση ερευνών που έκανε βρήκε πως τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν υψηλότερο κίνδυνο να προβούν σε επιθετικές, βίαιες και εγκληματικές συμπεριφορές σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, όπως επίσης παραβάτες με διαταραχές προσωπικότητας σε σύγκριση με άλλους παραβάτες. Ωστόσο, ο βαθμός του κινδύνου μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας και το φύλο. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως, αν και οι διαταραχές προσωπικότητας σχετίζονται με αντικοινωνική συμπεριφορά και επαναλαμβανόμενη παραβατικότητα, ο κίνδυνος εκδήλωσης μιας επιθετικής συμπεριφοράς φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με την διαταραχή προσωπικότητας, το φύλο και με το αν τα άτομα είναι ή όχι παραβάτες.

Η Warren, σε έρευνα της σε 200 γυναίκες κρατούμενες μη ψυχωτικές, με διαταραχές προσωπικότητας, και σε 50 κρατούμενες μη ψυχωτικές, χωρίς διαταραχές προσωπικότητας, βρήκε υψηλό βαθμό συννοσηρότητας μεταξύ ποικίλων διαταραχών της ομάδας β και σημαντική συσχέτιση αυτών με ποικίλους τύπους βίαιης και μη βίαιης παραβατικότητας. Ισχυρές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της αντικοινωνικής

και οριακής διαταραχής προσωπικότητας με την βία μέσα στη φυλακή (institutional violence), και της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας με την φυλάκιση για βίαιο έγκλημα. Διαγνώσεις της ομάδας α, συσχετίζονται με τη φυλάκιση για βίαιο έγκλημα και με τη φυλάκιση για πορνεία. Επίσης, εντόπισε υψηλά ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας των φυλακισμένων γυναικών σε σύγκριση με μη φυλακισμένες γυναίκες. Συγκεκριμένα, το 43% πληρούσε τα κριτήρια για αντικοινωνική διαταραχή, το 27% για παρανοειδή διαταραχή και το 24% για οριακή διαταραχή. Η αντικοινωνική και οριακή διαταραχή είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό συννοσηρότητας, με το 43% των γυναικών με αντικοινωνική να πληρούν κάποια από τα κριτήρια και για οριακή διαταραχή. Το πιο αναπάντεχο εύρημα, ήταν ο σημαντικός βαθμός συννοσηρότητας που παρατηρήθηκε μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας της ομάδας α. Οι διαταραχές της ομάδας β αν τις εξετάσουμε σαν σύνολο δεν είναι προβλεπτικές της φυλάκισης για βίαιο έγκλημα ή βία μέσα στη φυλακή. Μπορούν να προβλέψουν όμως την αυτό-αναφερόμενη βία μέσα στο κατάστημα κράτησης. Αυτό το εύρημα ίσως υποδεικνύει πως αυτές οι γυναίκες έχουν ποικίλες επιθετικές συμπεριφορές οι οποίες δεν κατατάσσονται σε μια μόνο κατηγορία και είναι δράστες ποικίλων εγκλημάτων. Αυτό το μοτίβο επιθετικότητας είναι παρόμοιο με αυτό που συναντάται σε άντρες με αντικοινωνική διαταραχή. Επιπλέον, το νεαρό της ηλικίας συσχετιζόταν με διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας β.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν επίσης μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές της ομάδας α και την πορνεία. Αυτή η συσχέτιση ίσως υποδεικνύει πως η ψυχιατρική δυσλειτουργία είναι πιο κοινή ανάμεσα σε αυτόν τον πληθυσμό απ' ό,τι πίστευαν οι ερευνητές ή πως οι ιερόδουλες με αυτόν τον τύπο διαταραχών είναι πιο πιθανό να συλληφθούν. Ωστόσο, η παραπάνω εξήγηση έρχεται σε αντίθεση με το κοινό στερεότυπο που επικρατεί ότι η πορνεία είναι ένας αντικοινωνικός τύπος δραστηριότητας που βασίζεται σε ανήθικες πράξεις. Μια τέτοια εξήγηση προτείνει πως η κοινωνική απομόνωση που συνοδεύει τις διαταραχές της ομάδας α, προδιαθέτει αυτές τις γυναίκες για αυτού του είδους την ανώνυμη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ τις βοηθάει στην αποφυγή ενός πιο οργανωμένου διαπροσωπικού περιβάλλοντος εργασίας [91].

Σε μια άλλη έρευνα, που συμμετείχαν 806 γυναίκες κρατούμενες, η πλειοψηφία αυτών (92%) είχε στοιχεία τουλάχιστον μιας διαταραχής προσωπικότητας και πάνω

από το 50% διαγνώστηκαν με διαταραχές προσωπικότητας. Οι πιο κοινές διαταραχές που εντοπιστήκαν ήταν η παρανοειδής (61%), η οριακή (58%), η ναρκισσιστική (59%), η ιδεοψυχαναγκαστική (60%) και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (47%). Το 43% των πιο σοβαρών παραβάσεων των φυλακισμένων γυναικών, είχε να κάνει με κατοχή και διακίνηση ναρκωτικών ενώ οι βίαιες παραβάσεις ήταν λιγότερο συχνές. Συγκεκριμένα, 85 γυναίκες είχαν φυλακιστεί για φόνο, 50 για ληστεία και 6 για κατοχή όπλων. Επιπλέον, το 55% των γυναικών αυτών ανέφεραν πως είχαν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης πριν τα 18 έτη ηλικίας τους, ενώ το 39% αυτών είχε δεχθεί σωματική επίθεση είτε από ενήλικο είτε από άλλο παιδί πριν τα 18 τους έτη. Η συγκεκριμένη έρευνα υπογραμμίζει και επιβεβαιώνει τον υψηλό βαθμό ψυχιατρικής δυσλειτουργίας που υπάρχει στον συγκεκριμένο πληθυσμό και δημιουργεί ένα ενδιαφέρον για την προβλεπτική σχέση των διαταραχών προσωπικότητας με την επιθετική συμπεριφορά στις γυναίκες [38].

Σε μια μελέτη για την ψυχιατρική συννοσηρότητα των κρατουμένων στην Αγγλία βρέθηκε πως το 50% των γυναικών κρατουμένων είχε διαταραχές προσωπικότητας. Το 31% του δείγματος διαγνώστηκε με αντικοινωνική, το 20% με οριακή και το 16% με παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας [92]. Σε μια άλλη μελέτη, στις φυλακές του Κονέκτικατ, βρέθηκε υψηλός βαθμός ψυχιατρικής συννοσηρότητας στις γυναίκες κρατούμενες (77%). Το 23% του δείγματος πληρούσε τα κριτήρια για οριακή διαταραχή προσωπικότητας και το 27% για αντικοινωνική διαταραχή [93]. Σε άλλη μια έρευνα, στην Αγγλία, που μετρήθηκε η αυτό-αναφερόμενη βία και η ψυχιατρική συννοσηρότητα, βρέθηκε πως ο κίνδυνος για εκδήλωση βίας αυξανόταν σημαντικά όταν συνυπήρχαν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, όπως επίσης και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας [94].

Ο J.G. Johnson [95], σε μια μακροχρόνια έρευνα σε εφήβους, βρήκε πως οι διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας α και ομάδας β, καθώς και παρανοειδή, ναρκισσιστικά και παθητικό-επιθετικά συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας κατά την διάρκεια της εφηβείας, αυξάνουν τον κίνδυνο για πλήθος επιθετικών συμπεριφορών που εκδηλώνουν νεαροί ενήλικες.

Τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Ωστόσο, μπορεί να εκδηλώσουν και εξωστρεφόμενη επιθετική συμπεριφορά επίσης. Τα εμπειρικά δεδομένα φανερώνουν

πως τα άτομα αυτά μπορούν να εκδηλώσουν σωματική βία προς τους συντρόφους τους, σωματική βία προς κάποιο γνωστό αλλά μη οικείο πρόσωπο, παραβατικές συμπεριφορές που συμπεριλαμβάνουν εξωστρεφόμενη βία (π.χ. καταστροφή περιουσίας) και σε πιο σπάνιες περιπτώσεις ανθρωποκτονική συμπεριφορά ή προς μέλη της οικογενείας ή προς άγνωστους μέσω κατά συρροή δολοφονιών (οι κατά συρροή δολοφονίες είναι ένα είδος σπάνιου εγκλήματος και αποτελούν ένα μοναδικό τύπο της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας στην οριακή διαταραχή). Επειδή η εξωστρεφόμενη επιθετικότητα της οριακής διαταραχής δεν έχει μελετηθεί αρκετά, υπάρχουν πιθανότατα και άλλοι τύποι εξωστρεφόμενων επιθετικών συμπεριφορών που δεν γνωρίζουμε ακόμα [76].

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε από την Sansone [76], σχετικά με την εξωστρεφόμενη επιθετικότητα σε άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, βρέθηκε πως η οριακή διαταραχή προσωπικότητας συσχετίζεται σημαντικά με την βίαιη συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας και την εγκληματικότητα σε κρατούμενες γυναίκες παραβάτες. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα διαπραχθέντα εγκλήματα ήταν συχνά παρορμητικά και βίαια. Οι τύποι εξωστρεφόμενης επιθετικότητας που μελετήθηκαν, συμπεριελάμβαναν τη συντροφική βία, την επίθεση σε γνωστά αλλά μη οικεία πρόσωπα, ποικίλες εγκληματικές συμπεριφορές, και φόνο.

Εκτός από γυναίκες παραβάτες φαίνεται πως η συσχέτιση της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας με την οριακή διαταραχή επιβεβαιώνεται και στον γενικό πληθυσμό. Σε έρευνα του, ο Hines, ο οποίος εξέτασε άντρες και γυναίκες από 67 πανεπιστήμια διαπίστωσε πως σε αυτό το μη κλινικό δείγμα, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας είναι ικανή να προβλέψει πολλούς τύπους διαπροσωπικής βίας. Συγκεκριμένα, η διαταραχή αυτή ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας σε πολλά είδη σωματικών, ψυχολογικών και σεξουαλικών επιθετικών συμπεριφορών προς τους οικείους τους [96].

Επιπρόσθετα, σε μια έρευνα του Dougherty [26], με εργαστηριακές μετρήσεις και δοκιμασίες σε νοσηλευόμενες γυναίκες με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, βρέθηκε πως οι γυναίκες ασθενείς με οριακή διαταραχή συμπεριφέρονται πιο επιθετικά και παρορμητικά σε σύγκριση με γυναίκες της ομάδας ελέγχου όταν βρεθούν σε κατάσταση ματαίωσης.

Ένα ιδιαίτερο είδος επιθετικής συμπεριφοράς είναι το stalking-έμμονη κρυφή παρακολούθηση. Ο Meloy, σε έρευνα του με 82 γυναίκες stalkers βρήκε συσχετίσεις με τις διαταραχές προσωπικότητας. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η συχνότητα της διαπροσωπικής βίας ήταν στο 25%, προκαλώντας κυρίως ελαφρύ τραυματισμό. Εάν το θύμα είχε υπάρξει πρώην σεξουαλικός σύντροφος, ο κίνδυνος εκδήλωσης βίας ξεπερνούσε το 50%. Σε αυτές τις γυναίκες εντοπίστηκαν σοβαρές ψυχικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας με πιο συχνή την οριακή διαταραχή [97].

Η επιθετική συμπεριφορά συσχετίζεται πολύ συχνά με την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Εφόσον η αντικοινωνική διαταραχή συνδέεται με την περιφρόνηση και την καταπάτηση δικαιωμάτων των άλλων, μοιάζει εύλογο πως τα υψηλότερα ποσοστά της συγκεκριμένης διαταραχής βρίσκονται σε πληθυσμούς που είναι στις φυλακές και σε παρεμφερείς δομές και πως στα δείγματα βίαιων παραβατών, η αντικοινωνική διαταραχή είναι η πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή [10,34]. Σε μια έρευνα των Fazel and Danesh [90], το 47% των ανδρών και το 42% των γυναικών κρατουμένων είχε αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, μία στις πέντε γυναίκες κρατούμενες έχει αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Φαίνεται πως, το ρίσκο για ανθρωποκτονία είναι εξαιρετικά υψηλό σε γυναίκες με αντικοινωνική διαταραχή [10,90,98,99]. Η διάπραξη της ανθρωποκτονίας συνήθως δεν είναι η πρώτη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς εκ μέρους του ασθενούς, αφού σε ποσοστό τουλάχιστον 70%, προηγούνται και άλλες βίαιες συμπεριφορές, καθώς και εκδηλώσεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς [7]. Σε μια έρευνα στην Αγγλία, βρέθηκε ότι το 64-78% των ανδρών και το 50% των γυναικών κρατουμένων έχει αντικοινωνική διαταραχή [100].

Η συσχέτιση της αντικοινωνικής, με ιστορικό χρήσης ουσιών και αλκοόλ (ουσία που αυξάνει τα επίπεδα παρορμητικότητας) και οι προηγούμενες εγκληματικές παραβάσεις είναι ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς [34,101-104]. Σε μια μελέτη 109 γυναικών παραβατών στη Φιλανδία που συγκρίθηκαν εξαρτημένες με μη εξαρτημένες από το αλκοόλ γυναίκες βρέθηκε πως: οι γυναίκες που ήταν εξαρτημένες είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών (73%), διαταραχών προσωπικότητας (89%), με την αντικοινωνική στο 73% του δείγματος, ιστορικό παραβάσεων (69%) και πως τα θύματα τους δεν ήταν οικείοι (77%) [105].

Το άτομο με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αναζητά συχνά εκδίκηση, όταν σχεδιάζει και εκτελεί κάποια βίαιη πράξη. Επιπρόσθετα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνεισφέρουν στη βιαιότητα είναι η απουσία ενσυναίσθησης και η άρνηση υπευθυνότητας [7].

Σε μια ανασκόπηση ερευνών, βρέθηκε πως τα ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά στις γυναίκες μπορούν να προβλέψουν με αξιοπιστία βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές αλλά όχι χρήση ναρκωτικών. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως ο ναρκισσισμός της ψυχοπαθητικής προσωπικότητας και η τάση να μην κάνουν σχέδια-carefree nonplanfulness συσχετίζονται σημαντικά με την βία και τις κλοπές [36]. Επίσης, ο Lorenz το 2002, σε μια έρευνα του με γυναίκες με αντικοινωνική διαταραχή, βρήκε πως η συναισθηματική διέγερση (emotional facilitation) συνδέεται με το βίαιο έγκλημα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με αντικοινωνική διαταραχή είχαν πολύ πιο έντονη συναισθηματική διέγερση σε λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες, σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, ο αριθμός των βίαιων παραβάσεων που είχαν διαπραχθεί από γυναίκες κρατούμενες με αντικοινωνική διαταραχή σχετιζόταν με την συναισθηματική τους κατάσταση, κάτι που υποδεικνύει μια σύνδεση μεταξύ της ευαισθησίας σε ερεθίσματα που διεγείρουν το συναίσθημα (sensitivity to emotion cues) και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς [106].

Ο Coid [107], σε έρευνα του αναφέρει, πως τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά στο γενικό πληθυσμό, συσχετίζονται σημαντικά με πολλαπλά κοινωνικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Επίσης, διαπίστωσε σημαντική συννοσηρότητα αυτών, με ψυχικές διαταραχές του Άξονα 1 και Άξονα 2. Η συγκεκριμένη μελέτη υποδεικνύει πως τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά σε μη φυλακισμένους και μη ψυχιατρικά άτομα είναι μια κατάσταση (disabling condition) με πολλά αρνητικά αποτελέσματα, παρόμοια με αυτά που εντοπίζονται σε δείγματα φυλακισμένων και ψυχιατρικά ασθενών. Σε μια άλλη έρευνα του, βρήκε πως τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά είχαν μικρότερη επικράτηση σε γυναίκες κρατούμενες σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, βρήκε πως τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά στις γυναίκες σχετίζονται με το νεαρό της ηλικίας, την επαναλαμβανόμενη φυλάκιση, την κράτηση σε φυλακές υψίστης ασφαλείας, με πειθαρχικές παραβάσεις, με αντικοινωνική, ναρκισσιστική, οιστριονική και σχιζοειδική διαταραχή προσωπικότητας, όπως και κατάχρηση ουσιών [108].

Σε μια μελέτη, που έγινε σε δύο δείγματα φοιτητών ψυχολογίας 143 και 133 άντρες και γυναίκες αντίστοιχα, εξετάστηκε η συσχέτιση της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας, της αυτοεκτίμησης και της επιθετικότητας. Η ναρκισσιστική διαταραχή συσχετιζόταν σημαντικά με την επιθετικότητα. Η αυτοεκτίμηση δεν είχε σημαντική συσχέτιση με την επιθετικότητα. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν πως ο ναρκισσισμός είναι ένας από τους πιο ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες επιθετικής συμπεριφοράς [5]. Το ίδιο υποστηρίζει και η Warren, σε μια πρόσφατη έρευνα της, όπου υπογραμμίζει την σημαντικότητα των ναρκισσιστικών στοιχείων ως προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση βίας στις γυναίκες [109].

Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και υπολογίζεται πως το 30-50 τοις εκατό των ατόμων που αυτοκτονούν, έχουν διαταραχές προσωπικότητας [66]. Η παρορμητικότητα είναι από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται ανεξάρτητα με αυτοκαταστροφικές τάσεις. Επίσης, ο θυμός φαίνεται να έχει κάποια επίδραση στις απόπειρες αυτοκτονίας [86].

Όσον αφορά στις αυτοκαταστροφικές αλλά μη αυτοκτονικές συμπεριφορές, οι οποίες σχετίζονται σε μεγάλο ποσοστό με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, υπολογίζεται πως το 65-80% των ατόμων με οριακή διαταραχή προβαίνει σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Η Brickman σε έρευνα της σε φοιτητές, βρίσκει πως κάποια από τα συμπτώματα κυρίως της οριακής διαταραχής όπως, προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά, παρορμητικότητα, χρόνιο αίσθημα κενού και διαταραχή ταυτότητας, απορρυθμισμένο συναίσθημα συσχετίζονται θετικά με ιστορικό αυτόκαταστροφικών συμπεριφορών [110].

Σε μια έρευνα με 621 συμμετέχοντες που εξετάστηκαν ορισμένα χαρακτηριστικά της οριακής διαταραχής προσωπικότητας βρέθηκε πως αστάθεια στο συναίσθημα, η διαταραχή ταυτότητας και η παρορμητικότητα ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η αστάθεια συναισθήματος και η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία συσχετιζόνταν σημαντικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Η αστάθεια συναισθήματος ήταν το κριτήριο της οριακής με την πιο ισχυρή συσχέτιση με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και με απόπειρες αυτοκτονίας [111]. Σε μια άλλη έρευνα με 180 άτομα με οριακή διαταραχή, οι

ασθενείς με συνυπάρχουσες συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό σοβαρών αποπειρών αυτοκτονίας [112].

Επιπρόσθετα, σε μια μακροχρόνια μελέτη (περίπου 15 χρόνια) σε εκατό ασθενείς με οριακή που συγκρίθηκαν με 14 που τελικά αυτοκτόνησαν, βρέθηκε πως οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για τετελεσμένη αυτοκτονία ήταν οι προηγούμενες απόπειρες και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο [113]. Ο Brodsky, σε έρευνα του με 214 νοσηλεύόμενα άτομα με οριακή, καταλήγει πως η παρορμητικότητα είναι το χαρακτηριστικό της οριακής διαταραχής που συσχετίζεται περισσότερο με υψηλό αριθμό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας και επομένως αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για μελλοντικές απόπειρες [114].

Ο Brown και οι συνεργάτες του, το 2002, εξέτασαν 75 οριακές γυναίκες με χρόνια αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι γυναίκες αυτές ανέφεραν πως οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές είχαν ως απώτερο στόχο την έκφραση θυμού, την τιμωρία του εαυτού τους, να παράγουν “φυσιολογικά” συναισθήματα, να αποσπαστεί η προσοχή τους. Από την άλλη, οι απόπειρες αυτοκτονίας ανέφεραν πως είχαν ως στόχο να ανακουφίσουν τον περίγυρό τους, συγκεκριμένα, “για να είναι οι άλλοι καλύτερα”. Οι πλειοψηφία αυτών, ανέφεραν πως οι αυτοκαταστροφικές και οι αυτοκτονικές συμπεριφορές τους βοηθούν να ανακουφιστούν από τα αρνητικά συναισθήματα [115].

Σε μια έρευνα του Κούρτη και των συνεργατών του από το 1995 μέχρι το 2000, με 33 γυναίκες, με ιστορικό πρόσφατης ή και παλαιότερης απόπειρας αυτοκτονίας ή/και αυτοτραυματισμού και 33 γυναίκες που δεν παρουσίαζαν ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς βρέθηκε πώς:

- ✚ Τα άτομα της ομάδας μελέτης εμφάνιζαν σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό διάγνωσης "οποιαδήποτε" διαταραχή προσωπικότητας σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου.
- ✚ Η οριακή διαταραχή παρουσιάζονταν σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα στις ασθενείς της ομάδας μελέτης.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, η στατιστικά σημαντική διαφορά της ομάδας μελέτης προς την ομάδα ελέγχου αναφορικά με την διάγνωση οποιασδήποτε διαταραχής

προσωπικότητας, και ειδικότερα ως προς την διάγνωση της οριακής, παρουσιάζεται εξαιτίας της επώδυνης φύσης της ζωής των ατόμων αυτών, που αντικατοπτρίζεται σε επανειλημμένες αυτοκαταστροφικές πράξεις, καθότι τέτοιου είδους ασθενείς συνήθως κόβουν τις φλέβες των καρπών τους ή προβαίνουν σε αλλού είδους αυτοακρωτηριασμούς, οι οποίοι και σηματοδοτούν ένα από τα κριτήρια διάγνωσης της διαταραχής [58].

Σε μια ανασκόπηση ερευνών, εξετάστηκε η σχέση του κινδύνου για εκδήλωση βίας με συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας, στα πλαίσια τεσσάρων βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας: 1) έλεγχος των παρορμήσεων (impulse control), 2) ρύθμιση του συναισθήματος (affect regulation), 3) απειλούμενο εγώ (threatened egotism) και 4) παρανοειδής δομή προσωπικότητας (paranoid cognitive personality style). Δύο από αυτές τις διαστάσεις – ο έλεγχος των παρορμήσεων και η ρύθμιση του συναισθήματος- πιθανότατα επηρεάζονται σημαντικά από όλες τις διαταραχές προσωπικότητας που συνδέονται με τη βία. Ο ναρκισσισμός ή το απειλούμενο εγώ και το παρανοειδές στυλ προσωπικότητας συνδέονται μόνο εμπειρικά με την βία και την ψυχική διαταραχή. Τα συμπτώματα των διαταραχών φαίνεται να είναι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες επιθετικότητας από τις ίδιες τις διαταραχές. Στην πραγματικότητα αυξημένα συμπτώματα από διαταραχές της ομάδας α και β, όπως παρανοειδή, ναρκισσιστικά και αντικοινωνικά συμπτώματα αυτών των διαταραχών, συσχετίζονται σημαντικά με την επιθετικότητα και τη βία [71]. Και άλλοι ερευνητές αναφέρουν πως η επιθετική και παρορμητική συμπεριφορά που οδηγεί σε εγκληματικές και αντικοινωνικές πράξεις, ίσως είναι παράγωγο της αδυναμίας για έλεγχο των συναισθημάτων (απορρυθμισμένο συναίσθημα) [116].

Σε μια άλλη μελέτη, μετρήθηκε η επιθετικότητα σε γυναίκες παραβάτες (με το ερωτηματολόγιο επιθετικότητας των Buss-Perry, το οποίο περιλαμβάνει διαστάσεις της σωματικής και λεκτικής επιθετικότητας, του θυμού και της εχθρότητας), σε σχέση με την παρορμητικότητα, γενικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, την ψυχοπαθητικότητα και την ενσυναίσθηση. Η παρορμητικότητα ήταν σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της αυτό-αναφερόμενης σωματικής και λεκτικής επιθετικότητας, όπως και του θυμού. Επιπλέον, ο νευρωτισμός και η ψυχοπαθητικότητα ήταν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της εχθρικότητας. Η ενσυναίσθηση δεν είχε κάποια σημαντική συσχέτιση με κάποια από τις τέσσερις διαστάσεις της επιθετικότητας. Η προσωπικότητα, η παρορμητικότητα και η

ψυχοπαθητικότητα είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για τις γυναίκες παραβάτες [1].

Σύμφωνα με το Γιωτάκο [7], κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνδέονται με βίαιη συμπεριφορά. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την παρορμητικότητα, τη χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, τη μη ανοχή στην κριτική, την αντικοινωνική συμπεριφορά και τις επιφανειακές σχέσεις.

Παρορμητικότητα και άλλοι παράγοντες κινδύνου

Τα ευρήματα δείχνουν πως η παρορμητικότητα είναι το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που έχει την πιο ισχυρή συσχέτιση με την επιθετική συμπεριφορά, είτε αυτή είναι εσωστρεφόμενη είτε εξωστρεφόμενη [26,60]. Παρορμητικότητα, είναι η τάση να ενεργεί κάποιος αυθόρμητα χωρίς να αναλογιστεί τις μακροπρόθεσμες συνέπειες. Στα παιδιά, ο κοινωνικός έλεγχος σε φυσιολογικές συνθήκες γίνεται μέσω της οικογένειας, του σχολείου και άλλων θεσμών. Στην ενήλικη ζωή, αυτός ο εξωτερικός έλεγχος γίνεται εσωτερικευμένος αυτό-έλεγχος. Επιθετικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές θεωρείται ότι οφείλονται σε χαμηλό αυτοέλεγχο και αλληλεπίδραση με διάφορες καταστάσεις [117].

Η παρορμητική επιθετικότητα μπορεί να συσχετιστεί με μια σειρά από ψυχιατρικές διαταραχές και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας, όπως η οριακή και η αντικοινωνική προσωπικότητα. Οι συνέπειες, μπορεί να είναι σοβαρές και να περιλαμβάνουν, βία, επιθετικότητα, την κακοποίηση, την φθορά της περιουσίας, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και την αυτοκτονία. Η επιθετικότητα, και ιδιαίτερα η παρορμητική επιθετικότητα, παρουσιάζει ισχυρή κληρονομικότητα (44%-72%). Η αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιθετικότητα και την αντικοινωνική συμπεριφορά. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τους οικογενειακούς, μεταξύ των οποίων η έκθεση στην επιθετικότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, όπως επίσης και πολιτισμικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Τα άτομα με βιολογική προδιάθεση για επιθετικότητα μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε περιόδους ψυχοκοινωνικής αντιξοότητας [7,56,118]. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο εάν η παρορμητική επιθετική συμπεριφορά στις γυναίκες επηρεάζεται από τους ίδιους βιολογικούς μηχανισμούς όπως στους άντρες [10].

Σε συγκριτικές μελέτες ασθενών με παρορμητική και μη παρορμητική επιθετική συμπεριφορά, αναφέρεται ότι οι παρορμητικοί ασθενείς, απαντούν πρόωρα σε σχετικά ερεθίσματα, προτιμούν μικρότερες αλλά άμεσες ανταμοιβές και έχουν φτωχότερη λεκτική ικανότητα. Η μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα φαίνεται να είναι κοινό χαρακτηριστικό της παρορμητικής επιθετικότητας και του αυξημένου κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας, σε ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Επιπρόσθετα, η παρορμητικότητα είναι η βασικότερη προβλεπτική παράμετρος σχετικά με την εξέλιξη της μεθοριακής διαταραχής στη διάρκεια του χρόνου. Εξ' άλλου, υποστηρίζεται ότι η παρορμητικότητα αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη για την ανίχνευση ασθενών με οριακή και υψηλό κίνδυνο μελλοντικής αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς [60]. Σε μια μελέτη με 590 γυναίκες κρατούμενες σε φυλακή υψίστης ασφαλείας, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση της παρορμητικότητας με την ψυχοπαθολογία της προσωπικότητας και την επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά [119]. Επιπλέον, η επιθετική συμπεριφορά και η παρορμητικότητα έχουν συσχετιστεί με την μετέπειτα εμφάνιση κατάχρησης ουσιών [104].

Επιπλέον παράγοντες, που είναι σημαντικοί για την αποτίμηση του κινδύνου εμφάνισης επιθετικότητας κάποιου ατόμου είναι:

- ✚ **Δημογραφικά:** Οι επιθετικές συμπεριφορές στο γενικό πληθυσμό κορυφώνονται τυπικά μεταξύ των ηλικιών 15 έως 25. Η βιαιοπραγία δείχνει να είναι τρεις φορές πιθανότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε σχέση με τις υψηλότερες. Επίσης, όσο πιο χαμηλή είναι η διανοητική ικανότητα ενός ατόμου τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος βιαιότητας. Η βιαιοπραγία δείχνει να είναι επίσης πιο πιθανή σε ανέργους και άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση. Οι άστεγοι, ψυχικά ασθενείς διαπράττουν 35 φορές περισσότερα εγκλήματα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.
- ✚ **Παιδική Ηλικία:** Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί κατά την παιδική τους ηλικία είναι περισσότερο πιθανό να γίνουν επιθετικοί ως ενήλικες και να εμφανίσουν αντικοινωνική και οριακή διαταραχή.
- ✚ **Χρήση Ουσιών και αλκοόλ:** Ένα από τα πλέον ισχυρά ευρήματα στη βιβλιογραφία είναι ότι η χρήση ουσιών αυξάνει την πιθανότητα για επιθετική

συμπεριφορά. Το αλκοόλ στην ενήλικη ζωή, έχει συμμετοχή στην έτερο-καταστροφική αλλά και στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η συμμετοχή ως εκλυτικός παράγοντας στα βίαια εγκλήματα είναι επιβεβαιωμένη.

- ✚ **Ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς:** Ένας από τους ισχυρότερους δείκτες για μελλοντική επιθετική συμπεριφορά είναι το ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς [7,120].

8. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ‘ΔΥΣΚΟΛΟΙ’ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν έτερο ή αυτοκαταστροφικούς ασθενείς στα πλαίσια κλινικών γενικού νοσοκομείου, ψυχιατρικών κλινικών ή και στα τμήματα επειγόντων.

Όσον αφορά στις ψυχιατρικές κλινικές, έχει υπολογιστεί ότι περίπου 15% των ασθενών που προσέρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των ψυχιατρικών κλινικών κατά την εφημερία είναι αυτοκαταστροφικοί, 15% είναι έτερο-καταστροφικοί και 5% είναι ταυτόχρονα αυτοκαταστροφικοί και έτερο-καταστροφικοί [46]. Για έναν ψυχίατρο λοιπόν, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο να αντιμετωπίζει έναν βίαιο ή δυνητικά βίαιο ασθενή. Φαίνεται πως η πλειοψηφία των ψυχιάτρων έχει αντιμετωπίσει τουλάχιστον ένα περιστατικό βίας [121,122]. Τι γίνεται όμως με τους επιθετικούς ασθενείς στα γενικά νοσοκομεία όπου οι θεράποντες ιατροί ίσως δεν είναι τόσο εξοικειωμένοι με τέτοιου είδους καταστάσεις;

8.1 Έτερο-καταστροφικοί ασθενείς

Όταν ο επιθετικός ασθενής βρίσκεται σε τμήμα επειγόντων περιστατικών ή σε κλινική γενικού νοσοκομείου, ο θεράπων γιατρός είναι αυτός που καλείται να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, για το λόγο αυτό, είναι σημαντική η γνώση βασικών ψυχιατρικών εννοιών που θα συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση και στην αποτελεσματική διαχείριση του περιστατικού. Οι κλινικοί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη, πως η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς από τους ασθενείς μπορεί να οφείλεται σε διάφορες κλινικές καταστάσεις όπως παθολογική νόσο, ψυχιατρική νόσο, κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών. Όσον αφορά στις ψυχιατρικές διαταραχές, στους επιθετικούς ασθενείς, πολύ συχνά συναντώνται διαταραχές προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται από οργή και πλημμελή έλεγχο των παρορμήσεων (μεθοριακή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας). Επίσης, μπορεί να υπάρχει συννοσηρότητα μεταξύ αυτών των καταστάσεων. Μια παθολογική ασθένεια είναι δυνατόν να εμφανίζει ψυχιατρικά συμπτώματα ή να συνυπάρχει με μια ψυχιατρική νόσο και οι δύο μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή στην συμπεριφορά. Επιπρόσθετα, κάποιοι ασθενείς χρησιμοποιούν την επιθετικότητα ως μέσο για να

επιτύχουν κάποιο συγκεκριμένο στόχο (π.χ. να εξεταστούν πιο σύντομα) [4,14,123-125].

Άμεσοι στόχοι της επείγουσας παρέμβασης είναι οι παρακάτω:

- ✚ Έλεγχος του ασθενούς ώστε να διασφαλιστεί η ακεραιότητα τόσο του ίδιου, όσο και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✚ Αναζήτηση των αιτιών της διαταραγμένης συμπεριφοράς.
- ✚ Επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.
- ✚ Παραπομπή ή όχι σε ψυχιατρικό τμήμα και αναγκαιότητα κλήσης ή μη συμβούλου ψυχιάτρου.

Το πιο σύνηθες είναι οι ασθενείς αυτοί να παραπέμπονται για ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση, αφού το επιθετικό και δυνητικά βίαιο άτομο τρομάζει το προσωπικό των κλινικών, τους συνασθενείς και τα άλλα άτομα που παρευρίσκονται στις κλινικές ή στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών. Επίσης, συχνά δημιουργούν προβλήματα στην ομαλή ροή της κλινικής. Αυτοί οι ασθενείς γίνονται αντικείμενο ιδιαίτερης προσοχής από τον σύμβουλο ψυχίατρο. Η αντιμετώπιση τους απαιτεί ταχεία αλλά και ασφαλή εκτίμηση των αιτιών που προκαλούν επιθετική συμπεριφορά με παράλληλη έναρξη της θεραπείας.

Ο συντονισμός των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών θα πρέπει να αναλαμβάνεται από εξειδικευμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας που να συμπεριλαμβάνει ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και εξειδικευμένους νοσηλευτές και η εκπαίδευση των μελών της ομάδας πρέπει να είναι συνεχής. Επίσης, και το προσωπικό ασφαλείας πρέπει να έχει ειδική εκπαίδευση και να ακολουθεί τις οδηγίες του επικεφαλής της ομάδας. Ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε πλήρη οργανικό και ψυχιατρικό έλεγχο και η ψυχιατρική εκτίμηση πρέπει να είναι πλήρης.

Τα σχέδια θεραπείας πρέπει να έχουν σαν στόχο:

- ✚ Τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης.
- ✚ Την βελτίωση των κοινωνικών λειτουργιών.
- ✚ Τη μείωση επιθετικής ή προκλητικής συμπεριφοράς.
- ✚ Την προώθηση χρησιμοποίησης τεχνικών αντιμετώπισης.
- ✚ Την ενθάρρυνση για κοινωνικές διασυνδέσεις.

✚ Την τρέχουσα ανάλυση κινδύνου μετά από κάθε παρέμβαση.

Η βία ή απειλή βίας πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα. Μετά το ξέσπασμα της επιθετικής συμπεριφοράς ένας φαύλος κύκλος μπορεί να αναπτυχθεί: σαν αντίδραση στη βίαιη συμπεριφορά του ασθενή, περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες αυξάνονται (φασαρία, κακές διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό). Η εμπειρία και η εκπαίδευση του προσωπικού είναι αναγκαία για την αποκλιμάκωση της έντασης και επαναφοράς της κατάστασης σε πιο ήρεμα επίπεδα. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που πιο συχνά έρχεται αντιμέτωπο με περιστατικά βίας και δέχεται όλη την επιθετικότητα του ασθενή λόγω της φύσεως του επαγγέλματος τους, καθώς, βρίσκονται σε άμεση και συνεχή επαφή με τους ασθενείς.

Στους δυνητικά βίαιους ασθενείς η έναρξη της βίαιης συμπεριφοράς πρέπει να θεωρείται ως πιθανό ενδεχόμενο και πρέπει να είναι πάντα κανείς έτοιμος να αντιδράσει σε μια βίαιη πράξη. Ο πιο αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας για την εκδήλωση επιθετικής ή βίαιης συμπεριφοράς είναι το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς. Άλλοι προγνωστικοί παράγοντες είναι η ψυχοπαθολογική κατάσταση του ασθενούς και το περιβάλλον της κλινικής. Στις περισσότερες περιπτώσεις η βία δεν εκδηλώνεται ως αιφνίδιο ξέσπασμα, αλλά ως κλιμακούμενη ψυχική σύγκρουση. Συμπεριφορές που εμφανίζονται άμεσα πριν εκδηλωθεί βία είναι: ευερεθιστότητα, σύγχυση, λεκτικές απειλές, χειρονομίες, έντονες κινήσεις, ανησυχία, συνεχής και γρήγορος βηματισμός, θραύση αντικειμένων, έντονο κλείσιμο των θυρών, εισβολή στον προσωπικό χώρο των άλλων, σφίξιμο των σιαγόνων, κ.α.

Όλες οι προσεγγίσεις που υπάρχουν προκειμένου να αντιμετωπιστεί η αποκλιμάκωση της βίας επικεντρώνονται σε τρία βασικά σημεία: εκτίμηση της άμεσης κατάστασης, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία σχεδιασμένη στο να διευκολύνει τη συνεργασία και τρόποι επίλυσης του προβλήματος που προκαλεί την επιθετική συμπεριφορά.

Για την αντιμετώπιση του επιθετικού και δυνητικά βίαιου ασθενούς χρησιμοποιούνται μη περιοριστικές ή περιοριστικές μέθοδοι αντιμετώπισης. Εάν είναι δυνατόν, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μη περιοριστικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση βίαιων συμπεριφορών. Σκοπός είναι να υποχρεωθεί ο ασθενής να ηρεμήσει και να αντιμετωπίσει τα συναισθήματά του μέσω ενός μη βίαιου τρόπου.

Βασικό μέλημα του γιατρού σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι να φροντίσει για την ασφάλεια του ασθενή, του προσωπικού, των λοιπών ασθενών και τη δική του. Ο κλινικός δεν πρέπει να υποτιμά τον κίνδυνο, να υπερεκτιμά τις δυνάμεις του ή να αισθάνεται αποτυχημένος εάν ζητήσει βοήθεια. Η ασφάλεια είναι η πρώτη προτεραιότητα κατά την διάρκεια της εκτίμησης ενός βίαιου ή δυνητικά βίαιου ασθενή. Η αντιμετώπιση του ασθενούς εκ μέρους του ιατρού πρέπει να γίνεται με προσοχή, σταθερότητα και φιλικότητα, αλλά σε περιπτώσεις έντασης ο ιατρός πρέπει να διακόπτει προσωρινά την συνέντευξη.

Πριν από την έναρξη της συνέντευξης είναι καλό να συγκεντρωθούν όσο γίνεται περισσότερες πληροφορίες από συγγενείς και άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή. Είναι σωστό να απομακρυνθούν επικίνδυνα αντικείμενα που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως μέσα τραυματισμού του ίδιου του ασθενή ή των άλλων. Ο χώρος της συνέντευξης πρέπει να είναι διαμορφωμένος έτσι ώστε να προστατεύεται ο ασθενής και να διασφαλίζονται οι υπόλοιποι. Η συνέντευξη να διεξάγεται σε ιδιωτικό και ήσυχο περιβάλλον. Πρέπει να αποφεύγει κανείς να παίρνει συνέντευξη μόνος ή σε γραφείο με κλειστή πόρτα. Ο κλινικός πρέπει να διαθέτει άμεση έξοδο και ο ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται ότι είναι εγκλωβισμένος στο χώρο.

Οι λεκτικές τεχνικές αποκλιμάκωσης της βίας έχουν ως σκοπό την ανάκτηση της εμπιστοσύνης του ιδιαίτερα ανήσυχου ασθενούς. Κατά την συνέντευξη ο κλινικός πρέπει να παραμένει ήρεμος και να μιλάει με ήπιο τόνο στον ασθενή. Η στάση του πρέπει να είναι ξεκάθαρη (όχι ασάφειες και υπονοούμενα). Σχόλια ή πλάγιες ερωτήσεις πρέπει να αποφεύγονται. Οφείλει να ακούει χωρίς επικριτική διάθεση και να παρακολουθεί προσεκτικά τον ασθενή, να εκφράζει συμπάθεια και κατανόηση, προσεγγίζοντας τον συναισθηματικά, χωρίς όμως να εμπλέκεται στην ψυχοπαθολογία του ατόμου. Ο κλινικός πρέπει να προσπαθεί με ψυχραιμία να προσεγγίσει τον ασθενή, δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Στη μη λεκτική επικοινωνία, η γλώσσα του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου και οι χειρονομίες είναι από τα σημαντικότερα θέματα στο μη βίαιο χειρισμό μιας ψυχικής σύγκρουσης. Ο σκοπός της σωματικής έκφρασης του γιατρού είναι να δώσει ένα αίσθημα ασφάλειας και ανακούφισης και σαφή σημεία ευθύτητας και ειλικρίνειας.

Γενικά ο τρόπος με τον οποίο ο κλινικός και το προσωπικό αλληλεπιδρά με τον ασθενή είναι καθοριστικός στο να περιορίσει ή αντιθέτως να πυροδοτήσει ένα βίαιο επεισόδιο. Μερικοί ασθενείς, κυρίως αυτοί με παρανοειδή ιδεασμό, απαιτούν λιγότερη διαπροσωπική επαφή προκειμένου να ανακτήσουν τον έλεγχο.

Εάν οι παραπάνω μέθοδοι αποτύχουν στην αποκλιμάκωση της επιθετικής συμπεριφοράς, πρέπει να εφαρμοστούν οι περιοριστικές μέθοδοι οι οποίες διακρίνονται στην απομόνωση, στον σωματικό περιορισμό και στον χημικό περιορισμό ή ταχεία καταστολή και πρέπει να εφαρμόζονται ως λύσεις έκτακτης ανάγκης και να γίνεται από εκπαιδευμένο προσωπικό. Πριν εφαρμοστούν θα πρέπει να εξετάζεται η χρησιμότητα τους. Οι μέθοδοι αυτές αντιμετωπίζουν άμεσα παρά θεραπεύουν τον ασθενή και η εφαρμογή τους θα πρέπει να είναι απόλυτα δικαιολογημένη, να εφαρμόζεται σε λογικά πλαίσια και να είναι ανάλογη με το επίπεδο επικινδυνότητας τους ασθενούς. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να διαρκούν όσο το δυνατόν λιγότερο. Η ασφάλεια του ασθενούς είναι πρωταρχικής σημασίας. Όταν εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι, θα πρέπει παράλληλα να συνεχίζεται η προσπάθεια λεκτικής και μη λεκτικής αποκλιμάκωσης της βίας και να εξηγείται στον ασθενή ο λόγος εφαρμογής τους. Μετά τον έλεγχο της επιθετικότητας πρέπει να τεκμηριώνεται η διάγνωση ώστε οι παρεμβάσεις να γίνουν αιτιολογικές. Είναι καλό οι ασθενείς αυτοί να μεταφέρονται σε κάποιο ήσυχο και απομονωμένο δωμάτιο. Παράλληλα επιχειρείται και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του βίαιου ασθενή. Όσο πιο δομημένη και ξεκάθαρη είναι η προσέγγιση του βίαιου ασθενούς, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν να ξεσπάσει βίαιο επεισόδιο [4,14,46,121,123-129].

Σε ορισμένα νοσοκομεία του εξωτερικού έχουν διαμορφωθεί ειδικές ομάδες για την διαχείριση των βίαιων ασθενών (Violence management teams). Σε μια στατιστική μελέτη που διεξήγαγε μια ομάδα διαχείρισης βίαιων ασθενών σε νοσοκομείο της Αυστραλίας, βρέθηκε πως, από τις 282 κλήσεις που είχε η ομάδα κατά την περίοδο της μελέτης, το 45% των ασθενών έπασχε από οργανικά ψυχοσύνδρομα, το 18% από διαταραχή χρήσης ουσιών και το 15% από διαταραχές προσωπικότητας. Στο 30% του δείγματος, η λεκτική αποκλιμάκωση της βίας ήταν επαρκής για να ηρεμήσει τον ασθενή. Ωστόσο, στο 62% των περιπτώσεων χρειάστηκε σωματικός περιορισμός και το 52% του δείγματος χρειάστηκε να λάβει φαρμακευτική αγωγή για να επανέλθει σε πιο ήρεμα επίπεδα [130].

Η διαχείριση των βίαιων περιστατικών δεν πρέπει να θεωρείται θέμα του προσωπικού ασφαλείας των κλινικών και πρέπει να γίνει κατανοητό πως ένας ειδικός έχει τις κατάλληλες γνώσεις για να διαχειριστεί αποτελεσματικά και να ηρεμήσει τον ασθενή. Η συμβολή του ψυχιάτρου που αναλαμβάνει Διασυνδεδετικό/ Συμβουλευτικό ρόλο είναι καθοριστική, τόσο για την πρόβλεψη, όσο και για την διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς [131].

8.2 Αυτοκαταστροφικοί ασθενείς

Η σύσταση νοσηλείας επειδή κάποιο άτομο προέβει σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι από τους συχνότερους λόγους νοσηλείας τόσο σε γενικά όσο και σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Στην Ελλάδα περίπου 200 άτομα νοσηλεύονται ετησίως σε κάθε μεγάλο γενικό νοσοκομείο της Αττικής επειδή έχουν πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκαταστροφής η οποία χρειάζεται νοσηλεία και ιατρική φροντίδα. Ο αυτοκτονικός ασθενής παρουσιάζει πληθώρα ιατρικών, νοσηλευτικών και νομικών προβλημάτων και αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής όχι μόνο στο θεραπευτικό πεδίο αλλά και στο πλαίσιο της πρόληψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς [124,132,133].

Ο χειρισμός του αυτοκαταστροφικού ασθενούς είναι ένα από τα πιο δύσκολα θέματα που έχει να αντιμετωπίσει ο κλινικός γιατρός. Η αντιμετώπιση προϋποθέτει την άμεση κινητοποίηση του γιατρού, τη συνεργασία του με τον ασθενή και την οικογένειά του και την άμεση επικοινωνία με ψυχίατρο. Αυτές οι συντονισμένες δράσεις δεν είναι πάντα εύκολο να γίνουν, συχνά λόγω της δυσκολίας των κλινικών γιατρών να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να παρέμβουν.

Η προσέγγιση του ατόμου που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, πρέπει να γίνει με προσοχή και ψυχραιμία ώστε να υπάρξει σωστή αξιολόγηση του περιστατικού. Ο ασθενής με αυτοκτονικό ιδεασμό έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και χρειάζεται υποστήριξη από την πλευρά του γιατρού.

Σε περίπτωση που ο γιατρός διαπιστώσει ότι ο ασθενής είναι αυτοκαταστροφικός, θα χρειαστεί να κάνει τα εξής:

- ✚ Να εξακριβώσει αν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον.
- ✚ Να ενημερώσει την οικογένειά του και να τους εξηγήσει ότι θα χρειαστεί ψυχιατρική παρακολούθηση. Ο γιατρός θα ζητήσει τη συγκατάθεση του

ασθενούς πριν ενημερώσει την οικογένειά του. Ακόμα όμως κι αν ο ασθενής δεν είναι σύμφωνος, ο γιατρός πρέπει να ενημερώσει τους οικείους του για τις προθέσεις του.

- ✚ Να τον παραπέμψει σε ψυχίατρο. Ο θεράπων ιατρός πρέπει να ενημερώνει άμεσα τον ψυχίατρο και σε περίπτωση που δεν υπάρχει, είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται ψυχιατρική παρακολούθηση. Ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο για να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο της παραπομπής και να συζητήσει τους φόβους που μπορεί να έχει σχετικά με την ψυχιατρική παρακολούθηση. Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στον ασθενή ότι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του είναι να συνεργαστεί με τον ειδικό γιατρό. Εάν είναι εφικτό, ο γιατρός θα ζητήσει άμεση ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς, ενημερώνοντας τους συναδέλφους για το περιστατικό και για το λόγο της παραπομπής. Η συνάντηση με τους ειδικούς πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατόν.

Για την νοσηλεία του αυτοκαταστροφικού ασθενούς επιβάλλεται να υπάρχουν σαφείς οδηγίες και ευαισθητοποίηση του προσωπικού του τμήματος όπου νοσηλεύεται ο ασθενής. Απαιτείται συνεργασία και συμμετοχή της οικογένειας στις αποφάσεις που λαμβάνονται.

Για κάθε έναν από αυτούς πρέπει να αξιολογηθεί:

- ✚ η σοβαρότητα της απόπειρας,
- ✚ η υποκείμενη ψυχοπαθολογία,
- ✚ η συνεργασιμότητα κατά την διάρκεια της νοσηλείας και
- ✚ η πιθανότητα επανάληψης της απόπειρας είτε κατά την διάρκεια της νοσηλείας είτε μετά το εξιτήριο. Οι πιθανότητες που έχει το άτομο να το επαναλάβει εκτιμώνται από: την πρόθεση, την γενική ψυχοπαθολογική κατάσταση και τους κοινωνικούς παράγοντες που πιθανά σχετίζονται με την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Εάν ο κίνδυνος που διατρέχει ο ασθενής είναι μεγάλος και η σωματική του κατάσταση το επιτρέπει, ο γιατρός θα ζητήσει την άμεση νοσηλεία του σε ψυχιατρική κλινική. Αυτό μπορεί να χρειαστεί σε περίπτωση που:

- ✚ Κάνει επίμονες σκέψεις αυτοκτονίας.
- ✚ Είναι πολύ θλιμμένος ή ταραγμένος.

- ✚ Είναι διεγερτικός κι επιθετικός.
- ✚ Έχει ψυχωσική συμπτωματολογία.
- ✚ Σκέφτεται να αυτοκτονήσει με βίαιο τρόπο.
- ✚ Σκέφτεται να αυτοκτονήσει στο άμεσο μέλλον (τις επόμενες ώρες ή μέρες).

Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός δεν πρέπει να αφήσει τον ασθενή μόνο του. Θα χρειαστεί να επικοινωνήσει αμέσως με την οικογένειά του και να εξασφαλίσει ότι θα μεταφερθεί γρήγορα και με ασφάλεια σε ψυχιατρική κλινική. Παράλληλα θα ενημερώσει τους ψυχιάτρους για το ιστορικό του ασθενούς και το λόγο της παραπομπής.

Η εισαγωγή του ασθενούς, η παραπομπή του σε ψυχιατρικό τμήμα ή η αντιμετώπισή του σαν εξωτερικός ασθενής αποτελούν σημαντικές κλινικές αποφάσεις. Υπολογίζεται ότι το 10% των αποπειραθέντων χρειάζεται άμεση νοσηλεία, το 25% δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία, ενώ το υπόλοιπο 65% απαιτεί ψυχιατρική παρέμβαση και στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον.

Η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας, η παρορμητική συμπεριφορά, η έλλειψη οικογενειακού ή κοινωνικού στηρίγματος και η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι ισχυρές ενδείξεις νοσηλείας. Σκοπός της νοσηλείας είναι η προστασία της ζωής του ασθενούς, η σωστή διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η ακούσια νοσηλεία, η οποία γίνεται μόνο με εισαγγελική εντολή, καθίσταται αναγκαία σε ασθενείς που εμφανίζουν έντονη επικινδυνότητα για τον εαυτό τους. Η απόφαση να αντιμετωπισθεί ο ασθενής σαν εξωτερικός ενέχει κινδύνους. Πρωταρχικός στόχος είναι να διασφαλιστεί η ακεραιότητα του ασθενούς. Ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει το περιστατικό πρέπει να συνάψει τη συμφωνία ότι ο ασθενής θα ελέγξει την παρόρμησή του, να θέσει τέρμα στη ζωή του και θα ζητήσει βοήθεια. Η διευκρίνιση των κινήτρων της απόπειρας είναι σημαντική.

Η αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια πιθανή έκβαση πολλών ψυχικών διαταραχών. Ομάδες υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία είναι οι εξαρτημένοι από αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες, καθώς και τα άτομα που εμφανίζουν διαταραχές προσωπικότητας. Ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, παρορμητικότητα, οι οποίοι συστηματικά έχουν εμπλακεί σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, έχουν μικρότερες πιθανότητες για ολοκληρωμένη αυτοκτονία [47,124,132].

Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια πρόκληση για την κοινωνία. Είναι σημαντική η έγκαιρη εντόπιση των ατόμων που κινδυνεύουν, η προσέγγιση τους και η άμεση υποστήριξή τους. Η πρόληψη των αυτοκτονιών σχετίζεται με την εκπαίδευση των ψυχιάτρων, αλλά και των γιατρών άλλων ειδικοτήτων, στην ανάπτυξη κατάλληλων υποστηρικτικών δομών και στην έγκαιρη διάγνωση [49]. Επιπρόσθετα, σε μια έρευνα που έγινε σχετικά με τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα, βρέθηκε πως οι δείκτες αυτοκτονίας σχετίζονται αντίστροφα με τον αριθμό των δημόσιων ή ιδιωτών ειδικών ψυχικής υγείας, τον αριθμό των δημόσιων δομών ψυχικής υγείας, καθώς και των ειδικών γενικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας [50].

Σε μια άλλη έρευνα στη χώρα μας, σε 100 ασθενείς (24 άνδρες/76 γυναίκες) που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία» μετά από απόπειρα αυτοκτονίας, διερευνήθηκαν τα Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης. Τα άτομα που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό Προειδοποιητικά Σημεία, τα οποία είναι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά κυρίως, που βοηθούν στην αναγνώριση του προβλήματος, όμως συνήθως διαφεύγουν της προσοχής και της αναγνώρισης από το οικογενειακό περιβάλλον αυτών των ασθενών. Στην συγκεκριμένη έρευνα τα Προειδοποιητικά σημεία που διερευνήθηκαν ήταν τα εξής: εσωτερίκευση, επιμένουσα ακεφιά, παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, αλλαγή συμπεριφοράς, φόβος, εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων, κατάθλιψη και επιθετικότητα. Το 80% του συνολικού δείγματος παρουσίαζε τουλάχιστον δύο Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για απόπειρα αυτοκτονίας και μόνο το 10% των ασθενών δεν εμφάνιζε κανένα Προειδοποιητικό Σημείο. Τα πιο συχνά Προειδοποιητικά Σημεία ήταν η επιμένουσα ακεφιά και η παρουσία πρόσφατου τραύματος με ποσοστά 61% και 53% αντίστοιχα. Τα Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης είναι παρόντα στη συμπεριφορά των ατόμων που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας με υψηλή συχνότητα και η έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση τους από την πλευρά της οικογένειας, του ευρύτερου περιβάλλοντος και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δύναται να συνεισφέρει σημαντικά στην καθημερινή κλινική πρακτική και να συμβάλλει στην πρόληψη των αυτοκτονιών [51].

8.3 Ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας στο γενικό νοσοκομείο

Περίπου το ένα πέμπτο των ανθρώπων με διαταραχή προσωπικότητας καταλήγουν να βρίσκονται στις υπηρεσίες υγείας λόγω της βαρύτητας των συμπτωμάτων τους, της συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές, ή τους κινδύνους που θέτουν τον εαυτό τους κι άλλους. Σχετικά με τους κινδύνους, τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και υπολογίζεται πως το 30-50 τοις εκατό των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν διαταραχές προσωπικότητας [66]. Ο βαθμός του κινδύνου για τους άλλους είναι αβέβαιος, και οι εκτιμήσεις που γίνονται είναι πιθανό να επηρεάζονται από κοινωνικούς παράγοντες και συννοσηρότητα με χρήση ουσιών [68]. Ωστόσο, άτομα με αντικοινωνική, μεταιχμιακή, παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας σε συνθήκες έντονης συναισθηματικής πίεσης, είναι δυνατόν να εκδηλώσουν έντονη επιθετικότητα [134].

Είναι πολύ σύνηθες όμως, τα άτομα αυτά να βρίσκονται στο νοσοκομείο εξαιτίας μιας σωματικής νόσου που είναι ανεξάρτητη από τη διαταραχή προσωπικότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζεται στη στάση τους προς τους θεράποντες και το προσωπικό, στα προβλήματα που δημιουργούν στην κλινική ή κοινοποιείται από τους συγγενείς οι οποίοι ζητούν βοήθεια μετά από μακρόχρονη ταλαιπωρία [135].

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με **παρανοειδή διαταραχή** χαρακτηρίζονται από εμμονή και ανελαστικότητα και στρέφονται εναντίον αυτών που επιχειρούν να τους μεταπείσουν. Η εκδήλωση της θετικής στάσης εκ μέρους των θεράποντων, εκλαμβάνεται από τον ασθενή με παρανοειδή διαταραχή ως πρόθεση να τον εκμεταλλευτούν. Τυχόν διαγνωστικοί προβληματισμοί και αναπόφευκτες καθυστερήσεις, εκλαμβάνονται ως αδιαφορία και ευνοϊκή μεταχείριση άλλων ασθενών. Η απόμακρη και τυπική στάση απέναντι τους θεωρείται ως απόρριψη. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να διαμαρτύρονται έντονα στον γιατρό για την καθυστέρηση μιας εργαστηριακής εξέτασης, να θεωρούν ότι οι δικές τους εξετάσεις πάντα καθυστερούν, σε αντίθεση με κείνες άλλων ασθενών οι οποίοι έχουν προνομιακή μεταχείριση. Σε αυτούς τους ασθενείς εγκαθίστανται φαύλοι κύκλοι, που επιβεβαιώνουν τις βαθύτερες ανησυχίες και πεποιθήσεις του ασθενούς περί παραμέλησης, υποτίμησης, εχθρικής στάσης. Η απόδοση ευθυνών και η διεκδίκηση

είναι η κύρια οδός διατήρησης επαφής με τους άλλους και διαπραγμάτευσης της σχέσης. Η απευθείας αντιπαράθεση με τον ασθενή επιτείνει το αίσθημα μειονεξίας ή υποτίμησης και οδηγεί είτε σε θυμωμένη απόσυρση είτε σε πιο πιεστική διεκδίκηση. Η θετική στάση από την άλλη αντιλαμβάνεται από τον ασθενή ως επικύρωση της αρνητικής στάσης των άλλων. Η μη απόρριψη των αιτιάσεων τους ασθενούς δίνει ένα περιθώριο διαπραγμάτευσης και δημιουργεί έναν ανοικτό χώρο συζήτησης. Έχει σημασία να εκφράζει ο ασθενής τα παράπονα του χωρίς ο θεράπων να αντιδρά αμυντικά. Χειρισμοί αυτής της μορφής είναι δυνατόν να προσφέρουν μια αρχική προσέγγιση στη δυσκολία του πάσχοντος και να προετοιμάζουν το έδαφος για μια μελλοντική και συστηματική ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Ο ασθενής με **ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας** αφήνεται στη φροντίδα των άλλων με μεγάλη δυσκολία. Διακατέχεται από φόβο για εξάρτηση και θυμό εναντίον των άλλων που βρίσκονται τώρα σε πλεονεκτικότερη θέση. Ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να αφηθεί στα χέρια των άλλων λόγω της σοβαρής διαταραχής των διαπροσωπικών του σχέσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αντίληψη ότι η εξωτερική εικόνα επιφανειακής ισορροπίας είναι δυνατόν να υποκρύπτει μια βαθύτερη εικόνα έντασης και οδύνης. Οι ασθενείς με αυτήν τη διαταραχή δίνουν την εικόνα δύστροπου ανθρώπου με σοβαρές δυσχέρειες στην εξέλιξη της νοσηλείας τους. Μπορεί να μην δέχονται την υπαγωγή τους στο πρόγραμμα της κλινικής, να μιλούν απαξιωτικά για τις συνθήκες νοσηλείας και να επιζητούν την ιδιαίτερη προσοχή του προσωπικού και των θεραπόντων. Η έλλειψη συνεργασίας και οι δυσκολίες κατά την νοσηλεία τους, οδηγούν πολλές φορές στην αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας από τους θεράποντες. Δεν ανέχονται το γεγονός ότι αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς με τον ίδιο τρόπο. Σε κάποιες περιπτώσεις η εξιδανίκευση του θεράποντος ή του ψυχιάτρου από τον ασθενή τον βοηθά στο να συμμορφωθεί με τις οδηγίες. Η κατανόηση εκ μέρους του θεράποντος της εσωτερικής σύγκρουσης του ασθενούς και η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς για την θεραπευτική διαδικασία με σεβασμό εγκαθιδρύει μια σχέση εμπιστοσύνης που βοηθά τον ναρκισσιστικό ασθενή να σπάσει τις άμυνες του, να συμμορφωθεί με τις οδηγίες, και ορισμένες φορές διανοίγεται η προοπτική μιας συστηματικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης.

Ασθενείς με **μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας** βιώνουν την νοσηλεία ως έκθεση σε ένα αμφίσημο και δυνητικά επικίνδυνο περιβάλλον. Ο ασθενής αυτός

αναζητά με αγωνία ανθρώπους στους οποίους μπορεί να στηρίζεται και ανακαλύπτει εκείνους που τον επιβουλεύονται. Προσαρμόζεται πολύ εύκολα στις οδηγίες για να εξεγερθεί το ίδιο εύκολα. Η νοσηλεία τους οδηγεί στα όρια την αντοχή του προσωπικού. Οι θεράποντες πρέπει να προσαρμόζονται και να είναι συγχρόνως αποφασιστικοί στην θέσπιση ορίων. Άτομα με αυτούς του είδους τη διαταραχή μπορεί να μιλούν αρχικά με κολακευτικά λόγια για τις συνθήκες νοσηλείας, να είναι διαχυτικοί και να έχουν γοητευτική συμπεριφορά. Γενικότερα, καθιστούν με κάθε τρόπο εμφανή την παρουσία τους. Πολλές φορές έπειτα από κάποια αφορμή δημιουργούν ένταση και χαώδη ατμόσφαιρα με την συμπεριφορά τους. Προβαίνουν σε ακραίες κινήσεις και συχνά σε πράξεις και συμπεριφορές αρκετά επικίνδυνες. Σε αυτό το σημείο είναι πολύ πιθανό να κληθεί ο ψυχίατρος ο οποίος καλείται να “ήρεμήσει τα πνεύματα”. Ο κλινικός αντιμετωπίζει ένα εύρος προβλημάτων στην περίπτωση των μεθοριακών ασθενών και χρειάζεται ευκαμψία, αποφασιστικότητα και θάρρος για την αντιμετώπιση τους. Οι θεράποντες οφείλουν να υπερβούν τον θυμό που δημιουργούν οι προσωπικότητες αυτές. Ουσιαστική πρόοδο στην ψυχοθεραπεία των μεταιχμιακών προσωπικοτήτων έχει προσφέρει η ψυχαναλυτική σχολή.

Στις **αντικοινωνικές προσωπικότητες** η αντιμετώπιση της νοσηλείας είναι δυνατόν να απορροφήσει πλήρως τον ενδιαφέρον τους ή να χρησιμοποιηθεί για άλλους σκοπούς. Ο εαυτός του αντικοινωνικού ατόμου συγκροτείται από μια διαδοχή πράξεων και όχι από μια συνέχεια ιδεών και συναισθημάτων. Οι ασθενείς αυτοί κατά την νοσηλεία μπορούν να γίνουν εξαιρετικά επικίνδυνοι, εκβιαστικοί και απρόβλεπτοι όταν δυσαρεστηθούν από κάτι. Πολλές φορές, συνίσταται η απομόνωση τους για την ασφάλεια των υπόλοιπων ασθενών αλλά και του προσωπικού. Το δίλημμα της λήψης μέτρων ή της κατανόησης και βοήθειας είναι δύσκολο ακόμη και για έμπειρους κλινικούς, ιδιαίτερα όταν οι πράξεις εμφανίζονται αιφνίδια. Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή κινούνται στα όρια της ψυχιατρικής και του νόμου. Στην αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας υπάρχουν περιοριστικοί όροι για την ανάληψη ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας και έχουν να κάνουν κυρίως με την δυνητική εκδήλωση βίας του ασθενούς. Σε περίπτωση που καταστεί δυνατή η ανάπτυξη μιας ψυχοθεραπευτικής προσπάθειας αποκαλύπτεται ένας ενδοψυχικός κόσμος με σαφή την απουσία συναισθηματικής επικοινωνίας.

Η γνώση των διαταραχών προσωπικότητας στη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική παρέχει μια εικόνα των πιθανών τρόπων αντίδρασης της κάθε προσωπικότητας στη νοσηλεία. Η αρωγή του ψυχιάτρου απαιτείται περισσότερο σε περιπτώσεις συννοσηρότητας και όταν οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις των ασθενών παρεμποδίζουν την ομαλή ροή των δραστηριοτήτων της κλινικής. Η παροχή ψυχιατρικής φροντίδας δεν εξαντλείται στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς και της οικογένειας του. Ένα σημαντικό μέρος απευθύνεται στο προσωπικό της κλινικής. Η άμεση συνεργασία του ψυχιάτρου με τους θεράποντες και το προσωπικό στην αντιμετώπιση των δύσκολων περιστατικών έχει ιδιαίτερη σημασία [74,136,137]. Ο ψυχίατρος κατέχει κομβική θέση καθώς καλείται να γεφυρώσει τον «δύσκολο» ασθενή με τη θεραπευτική ομάδα [131].

Σε μια έρευνα που έγινε με 294 ασθενείς (139 άνδρες και 155 γυναίκες), φάνηκε πως, οι ασθενείς που παραπέμπονται πιο συχνά σε ψυχίατρο και μεταφέρονται από κλινικές γενικού νοσοκομείου σε ψυχιατρικές κλινικές, είναι πιο πιθανό, να είναι άγαμοι ή χήροι, να ζουν μόνοι τους, να ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, να παρουσιάζουν ανήσυχη και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, να έχουν κάνει πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας με επιμένουσες ιδέες αυτοκαταστροφής, έχουν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες. Στην πλειοψηφία τους αυτά τα άτομα είχαν διάγνωση διαταραχής της διάθεσης ή διαταραχής προσωπικότητας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας και η μη συμμόρφωση με τις οδηγίες ήταν οι δυο πιο συχνοί λόγοι παραπομπής και μεταφοράς ασθενών σε ψυχιατρικές κλινικές. Οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούσαν λόγους παραπομπής για το 49.6% του δείγματος [133].

Συμπερασματικά, φαίνεται πως ασθενείς έτερο-καταστροφικοί, αυτοκαταστροφικοί ή με διαταραχές προσωπικότητας, μπορούν να δημιουργήσουν πολλά προβλήματα κατά την νοσηλεία τους σε μια κλινική. Οι κλινικοί, είναι σημαντικό να γνωρίζουν, πως οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας εκτός από τα προβλήματα συμπεριφοράς και την μη συμμόρφωση με τις οδηγίες των γιατρών μπορούν να γίνουν και επιθετικοί σε καταστάσεις έντονης συναισθηματικής πίεσης. Δηλαδή, μια διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να είναι αιτία επιθετικής συμπεριφοράς. Ιδανικά, όλο το προσωπικό πρέπει να γνωρίζει στρατηγικές διαχείρισης βίαιων ασθενών και να έχει ξεκάθαρες οδηγίες που θα ακολουθεί σε τέτοιες περιπτώσεις. Επειδή όμως, αυτό δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα, είναι σχεδόν απαραίτητο να κληθεί ο

ειδικός, ο οποίος κατέχει τις γνώσεις για να διαχειριστεί αποτελεσματικά τέτοια περιστατικά. Η εμπειρία, η γνώση των αιτίων της επιθετικότητας και η πρόβλεψη της πιθανής επιθετικής συμπεριφοράς είναι κρίσιμοι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην αποφυγή βίαιων επεισοδίων [127,135,138].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επιθετικότητα είτε με την μορφή έτερο-καταστροφικότητας είτε με την μορφή αυτοκαταστροφικότητας είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα από την επιστημονική κοινότητα και έχει απασχολήσει ερευνητές από διάφορους επιστημονικούς χώρους. Η επιθετικότητα και η βία, αποτελούν αιτίες ενός μεγάλου ποσοστού θανάτων και άλλων κοινωνικών και ψυχικών προβλημάτων και θεωρούνται θέματα πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία [37].

Στην συγκεκριμένη εργασία πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια διερεύνησης της επιθετικής συμπεριφοράς στις γυναίκες με διαταραχές προσωπικότητας. Η πλειοψηφία των ερευνών που έχουν ασχοληθεί με την συσχέτιση της επιθετικής συμπεριφοράς και των διαταραχών προσωπικότητας, συμπεριλαμβάνουν αποκλειστικά αντρικά δείγματα και κάποιες μικτά (άντρες και γυναίκες). Είναι σχετικά λίγες οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε δείγματα γυναικών. Όμως, ο παράγοντας του φύλου και οι διαφυλικές διαφορές είναι σημαντικές συνιστώσες για να κατανοήσουμε κάτω υπό ποιες συνθήκες και με ποιο τρόπο μπορεί ένα άτομο να προβεί σε έτερο-καταστροφικές ή αυτοκαταστροφικές πράξεις [109].

Τα στατιστικά στοιχεία παγκοσμίως δείχνουν, πως τα ποσοστά βίαιης συμπεριφοράς και τα ποσοστά αυτοκτονίας στους άντρες, είναι υψηλότερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών. Παρόλα αυτά, η βία και η παραβατικότητα των γυναικών παρουσιάζει συνεχή αυξητική τάση τις τελευταίες δεκαετίες. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη, πως πολλές επιθετικές συμπεριφορές των γυναικών δεν είναι εμφανείς (ψυχολογική, συναισθηματική, λεκτική βία) και γι' αυτό δεν γίνονται γνωστές. Οπότε, δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι για το ακριβές ποσοστό των γυναικών με εξωστρεφόμενη επιθετικότητα. Όσον αφορά στην αυτοκαταστροφικότητα, ενώ τα ποσοστά τετελεσμένης αυτοκτονίας των ανδρών είναι υψηλότερα, οι γυναίκες προβαίνουν σε αυτοκαταστροφικές πράξεις πολύ πιο συχνά από τους άντρες. Αυτά τα στοιχεία φέρνουν την γυναικεία επιθετικότητα στο προσκήνιο, ως φαινόμενο άξιο μελέτης και έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια [10,39,40,49,56].

Έχουν αναπτυχθεί ανά καιρούς, διάφορες θεωρίες που επιχειρούν να εξηγήσουν τα αίτια της επιθετικότητας με πιο «δημοφιλείς», την θεωρία του ενστίκτου, την θεωρία

της ματαίωσης και την θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Η θεωρία της ματαίωσης φαίνεται να έχει εφαρμογή σε γυναίκες και άντρες με διαταραχές προσωπικότητας, καθώς, ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους που τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας προβαίνουν σε επιθετικές συμπεριφορές, είναι η μη ανοχή στις ματαιώσεις [2]. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί πολλές εγκληματολογικές θεωρίες (Lobrosso, φεμινιστική προσέγγιση κτλ) που επιχειρούν να εξηγήσουν την γυναικεία παραβατικότητα-εγκληματικότητα λαμβάνοντας υπόψη τις διαφυλικές διαφορές, όπως και, θεωρίες αυτοκαταστροφικότητας, με την ψυχοδυναμική θεωρία να εξηγεί ίσως καλύτερα, τον ψυχισμό του ατόμου που προβαίνει σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές [25,42,49].

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως, οι διαταραχές προσωπικότητας που συνδέονται περισσότερο με την επιθετική συμπεριφορά (και στα δύο φύλα) είναι η οριακή, η αντικοινωνική, η ναρκισσιστική και η παρανοειδής. Στην περίπτωση της οριακής, τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς είναι η παρορμητικότητα, η διαταραχή ταυτότητας, η συναισθηματική αστάθεια και η κατάχρηση ουσιών. Σε αυτή την διαταραχή, η βία είναι συνήθως παρορμητική και εκδηλώνεται με επιθετικές συμπεριφορές κατευθυνόμενες κυρίως προς τον εαυτό (αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοτραυματισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας, κατάχρηση ουσιών/αλκοόλ και άλλες συμπεριφορές που απειλούν την υγεία του ατόμου). Ωστόσο, γυναίκες με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, είναι πιθανό να διοχετεύσουν την επιθετικότητα τους και στο εξωτερικό περιβάλλον. Στην ναρκισσιστική διαταραχή, η επιθετικότητα είναι κυρίως εξωστρεφόμενη. Τα άτομα αυτά έχουν πολύ μικρή ανοχή στην ματαίωση και οι βίαιες αντιδράσεις είναι απόρροια πλήγματος στο εγώ τους (ναρκισσιστικό πλήγμα). Επιπρόσθετα, ο αυταρχισμός και η εκμετάλλευση των άλλων συνδέονται έντονα με την επιθετικότητα των ναρκισσιστικών ατόμων. Στην αντικοινωνική διαταραχή, η επιθετική συμπεριφορά έχει κυρίως την μορφή εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, με συχνές επιθέσεις και εγκληματικές πράξεις. Σε ένα μικρότερο ποσοστό των ατόμων με αντικοινωνική, συναντάμε και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Τα άτομα αυτά, ελκύονται από τη βία και δεδομένου ότι θυμώνουν εύκολα, αδιαφορούν για τους νόμους και την παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων ανθρώπων, καταφεύγουν πολύ εύκολα στη βίαιες συμπεριφορές. Η προσχεδιασμένη επιθετικότητα επικρατεί της παρορμητικής σε αυτή την διαταραχή.

Τα άτομα με παρανοειδή διαταραχή, γίνονται επιθετικά όταν τους ασκηθεί κριτική, καθώς και μέσα στα πλαίσια της παθολογικής τους ζήλιας και των παρανοϊκών ιδεών τους. Συνήθως, οι επιθετικές συμπεριφορές είναι προσχεδιασμένες, αλλά δεν είναι λίγες και οι φορές που τα άτομα αυτά εκρήγνυνται, όταν κάποια κίνηση του άλλου ερμηνευτεί ως προσωπική επίθεση. Η επιθετικότητα στα άτομα με παρανοειδή διαταραχή, είναι απόρροια των διαστρεβλωμένων ερμηνειών που δίνουν σε στάσεις και συμπεριφορές και των υπερβολικών αντιδράσεων σε καθημερινές καταστάσεις. Κοινό συναίσθημα στις προαναφερθείσες διαταραχές που κινητοποιεί τις επιθετικές αντιδράσεις, είναι ο θυμός [65,71].

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει για τις διαταραχές προσωπικότητας στις επιθετικές γυναίκες είναι σε πληθυσμούς φυλακών. Σε αυτούς τους πληθυσμούς, περίπου οι μισές κρατούμενες, έχουν τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών έχει χαρακτηριστικά προσωπικότητας διαφόρων διαταραχών. Πολύ συχνή είναι η συνοσηρότητα μεταξύ πολλαπλών διαταραχών προσωπικότητας, άλλων ψυχικών διαταραχών, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Στα δείγματα βίαιων γυναικών, οι διαταραχές που εντοπίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά είναι η αντικοινωνική και η οριακή. Ακολουθούν η ναρκισσιστική, η παρανοειδής και σε μικρότερο ποσοστό η ιδεοψυχαναγκαστική [38,90-93]. Στις αυτοκαταστροφικές γυναίκες, πρώτη με διαφορά, επικρατεί η οριακή διαταραχή [58,113].

Η πλειοψηφία των ερευνών καταλήγει πως χαρακτηριστικά της οριακής διαταραχής, όπως και, παρανοειδή, ναρκισσιστικά, αντικοινωνικά χαρακτηριστικά, παρορμητικότητα, ευερεθιστότητα, μη ανοχή στην ματαίωση είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες επιθετικότητας (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική), βίας και εγκληματικότητας [1,5,26,36,71,76,90,96,106-109,119]. Επιπρόσθετα, η προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά, και χαρακτηριστικά όπως παρορμητικότητα, χρόνιο αίσθημα κενού, συναισθηματική αστάθεια και διαταραχή ταυτότητας συσχετίζονται σημαντικά με τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές στις γυναίκες [86,110,111,114]. Αυτά τα χαρακτηριστικά λοιπόν, μπορεί να έχουν περισσότερο ενδιαφέρον από μια συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας. Σε κάθε περίπτωση, είναι πιο λειτουργικό να αξιολογηθούν τα ενεργά συμπτώματα και χαρακτηριστικά προσωπικότητας αντί διάγνωσης συγκεκριμένων διαταραχών.

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν, πως στις γυναίκες με διαταραχές προσωπικότητας υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με άντρες με διαταραχές προσωπικότητας, με γυναίκες του γενικού πληθυσμού, όπως επίσης και ανάμεσα σε γυναίκες παραβάτες με διαταραχές προσωπικότητας σε σύγκριση με άλλους παραβάτες [68]. Ωστόσο, πολλοί από τους παράγοντες που συσχετίζονται περισσότερο με την επιθετική συμπεριφορά σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, όπως αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών ή θυμός, είναι προβλεπτικοί παράγοντες για έντονη επιθετικότητα και σε άτομα χωρίς διαταραχές. Έτσι η ανεξάρτητη επίδραση των διαταραχών προσωπικότητας δεν είναι ξεκάθαρη [71]. Αυτό που μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα, είναι πως στα δείγματα επιθετικών γυναικών (έτερο-καταστροφικών και αυτοκαταστροφικών), υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης διαταραχών προσωπικότητας σε σύγκριση με γυναίκες γενικού πληθυσμού.

Για την εμφάνιση τέτοιων συμπεριφορών πολλοί ενδογενείς κι εξωγενείς παράγοντες παίζουν ρόλο. Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, είναι η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και η συνοσηροτητά τους με διαταραχές προσωπικότητας, τα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά, η κακοποίηση στην παιδική ηλικία, η δυσμενή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, περιβαλλοντολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες και το ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς. Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η παρορμητικότητα έχει αναγνωριστεί ως ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς [71,91,119]. Επίσης, ο κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς διαφέρει ανάλογα με την διαταραχή προσωπικότητας [68]. Μια επιθετική γυναίκα λοιπόν, θα μπορούσε να είναι μια γυναίκα με αντικοινωνική ή οριακή διαταραχή που κάνει κατάχρηση ουσιών, με ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς και περιορισμένη ικανότητα διαχείρισης δυσκολιών [82].

Η επαφή των ειδικών με επιθετικούς ασθενείς γίνεται πολύ συχνά μέσω των υπηρεσιών υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν έτερο ή αυτοκαταστροφικούς ασθενείς στα πλαίσια κλινικών γενικού νοσοκομείου, ψυχιατρικών κλινικών ή και στα τμήματα επείγοντων. Η αντιμετώπιση της επιθετικότητας σε αυτές τις περιπτώσεις, χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό, κατάλληλη υποδομή και απαιτείται συνεργασία πολλών ειδικών. Η ασφάλεια, η

διάγνωση και η αντιμετώπιση είναι ο βασικός άξονας στις επείγουσες αυτές περιπτώσεις.

Στους έτερο-καταστροφικούς ασθενείς χρησιμοποιούνται μη περιοριστικές και περιοριστικές μέθοδοι αντιμετώπισης. Στις μη περιοριστικές μεθόδους συμπεριλαμβάνονται οι λεκτικές και μη λεκτικές τεχνικές αποκλιμάκωσης της βίας. Εάν αυτές αποτύχουν να ηρεμήσουν τον ασθενή, χρησιμοποιούνται οι περιοριστικές μέθοδοι, οι οποίες είναι φαρμακευτικός περιορισμός, σωματικός περιορισμός και απομόνωση. Ο εγκλεισμός και η καθήλωση δεν πρέπει να λειτουργούν ως τρόποι τιμωρίας τους ασθενούς αλλά ως δομικά εργαλεία αυξημένης επιτήρησης και ασφάλειας. Είναι λύσεις τελευταίας επιλογής και πρέπει να εκτελούνται από εκπαιδευμένο προσωπικό [4,14]. Η αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών ασθενών είναι ένα από τα πιο δύσκολα θέματα που έχει να αντιμετωπίσει ο κλινικός γιατρός. Ο γιατρός πρέπει να κινητοποιηθεί άμεσα, να ενημερώσει την οικογένεια του ασθενούς και να τον παραπέμψει σε ψυχίατρο. Στον αυτοκαταστροφικό ασθενή πρέπει να αξιολογείται η σοβαρότητα της απόπειρας, η υποκείμενη ψυχοπαθολογία και η πιθανότητα επανάληψης της απόπειρας.

Σχετικά με τις διαταραχές προσωπικότητας, περίπου το ένα πέμπτο των ανθρώπων με διαταραχή προσωπικότητας καταλήγουν να βρίσκονται στις υπηρεσίες υγείας λόγω της βαρύτητας των συμπτωμάτων τους, της συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές, ή τους κινδύνους που θέτουν τον εαυτό τους κι άλλους. Οι κλινικοί, είναι σημαντικό να γνωρίζουν, πως οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας εκτός από τα προβλήματα συμπεριφοράς και την μη συμμόρφωση με τις οδηγίες των γιατρών μπορούν να γίνουν και επιθετικοί σε καταστάσεις έντονης συναισθηματικής πίεσης. Στην περίπτωση των διαταραχών προσωπικότητας, ο γιατρός οφείλει να είναι πολύ προσεκτικός κατά την συναναστροφή του με τον ασθενή, για την αποφυγή αναταραχής και συγκρούσεων. Η στάση του, πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με την διαταραχή προσωπικότητας που έχει ο ασθενής του. Σε γενικές γραμμές, είναι ωφέλιμο να προσεγγίζει με ψυχραιμία τον ασθενή δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας [74].

Ασθενείς έτερο-καταστροφικοί, αυτοκαταστροφικοί ή με διαταραχές προσωπικότητας, μπορούν να δημιουργήσουν πολλά προβλήματα κατά την νοσηλεία τους σε μια κλινική. Ιδανικά, όλο το προσωπικό πρέπει να γνωρίζει στρατηγικές διαχείρισης επιθετικών και 'δύσκολων' ασθενών και να έχει ξεκάθαρες οδηγίες που θα ακολουθεί σε τέτοιες περιπτώσεις. Επειδή όμως, αυτό δεν συμβαίνει στην

πραγματικότητα, είναι σχεδόν απαραίτητο να κληθεί ο ψυχίατρος, ο οποίος κατέχει τις γνώσεις για να διαχειριστεί αποτελεσματικά τέτοια περιστατικά [127,135].

Συμπερασματικά, πρέπει να θυμόμαστε πως, η επιθετικότητα προκαλεί σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, επιταχύνει την εισαγωγή σε νοσοκομείο και η πρόβλεψη της είναι δύσκολη. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες βίαιες καταστάσεις και ασθενείς που λαμβάνουν κλινικής προσοχής αφορούν περιπτώσεις συννοσηρότητας. Στις γυναίκες με διαταραχή προσωπικότητας, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, ειδικά όταν υπάρχει συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ. Ωστόσο, τα ενεργά συμπτώματα των διαταραχών φαίνεται να είναι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες επιθετικότητας από τις ίδιες τις διαταραχές, με την παρορμητικότητα να αποτελεί μείζων παράγοντα κινδύνου. Τέλος, στο γενικό νοσοκομείο, είναι απαραίτητη η συμβολή ψυχιάτρου για την αντιμετώπιση επιθετικών ασθενών.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης θεωρείται πως επετεύχθη διότι παρουσιάστηκαν πολλά στοιχεία ερευνών που συνδέουν τις διαταραχές προσωπικότητας με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας στις γυναίκες, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως προβλεπτικοί παράγοντες εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, τα συμπτώματα των διαταραχών φαίνεται να είναι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες από τις ίδιες τις διαταραχές.

Τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Η συγκεκριμένη εργασία, δεν επιχειρεί να υποστηρίξει πως οι γυναίκες με διαταραχές προσωπικότητας είναι απαραίτητα και επιθετικές. Παρόλα αυτά, υπογραμμίζει τον υψηλό βαθμό επικράτησης των διαταραχών προσωπικότητας σε πληθυσμούς επιθετικών γυναικών και στρέφει την προσοχή στην προβλεπτική αξία κάποιων συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας σε σχέση με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς ανάμεσα στις γυναίκες.

Η πρόληψη της επιθετικής συμπεριφοράς πρέπει να εστιάσει στην βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την έγκαιρη ανίχνευση των ατόμων σε κίνδυνο, την κατάλληλη διαχείριση, και αποκατάστασή τους. Η πρόωρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας είναι σημαντική για την πρόληψη επιθετικής συμπεριφοράς σε αυτούς τους ασθενείς. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που

μπορούν να μετριάσουν τα επίπεδα της παρορμητικότητας, θα προσφέρουν σημαντικά οφέλη, τόσο στον ασθενή όσο και στη δημόσια υγεία. Επιπλέον, είναι χρήσιμο, να εφαρμοστούν στρατηγικές πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης με βάση το φύλο προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Οι μελλοντικές έρευνες, θα ήταν ωφέλιμο να εστιάσουν στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως επιβαρυντικό παράγοντα για εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών και να αξιολογήσουν την προβλεπτική τους αξία. Επίσης, θα είχε ενδιαφέρον, να γίνουν διαχρονικές μελέτες, ούτως ώστε να κατανοήσουμε πλήρως τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και διατήρηση των διαταραχών προσωπικότητας στις γυναίκες. Ανάγκη για περαιτέρω μελέτη υπάρχει και στις περιπτώσεις συνοσηρότητας, οι οποίες αποτελούν και την πλειοψηφία στις επιθετικές γυναίκες. Επιπρόσθετα, ίσως πρέπει να απαντηθεί το ερώτημα, γιατί η επιθετικότητα των γυναικών έχει μεγαλύτερη αυξητική τάση σε σύγκριση με αυτή των ανδρών. Τέλος, κρίνεται απαραίτητο, ο ερευνητικός τομέας μελέτης της επιθετικότητας, να λάβει υπόψη τον παράγοντα του φύλου και τις διαφυλικές διαφορές με σκοπό να καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα.

Η γυναικεία επιθετικότητα και η συσχέτιση της με τις διαταραχές προσωπικότητας είναι ένα μεγάλο κεφάλαιο τόσο στον θεωρητικό όσο και στον κλινικό επιστημονικό χώρο και χρήζει της συμβολής πολλών επιστημονικών ειδικοτήτων προκειμένου να μελετηθεί και να αντιμετωπιστεί. Εάν καταφέρουμε να κατανοήσουμε τους παράγοντες που οδηγούν στην επιθετικότητα τότε ίσως είναι εφικτή η πρόληψη και μερική αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lee V, Egan V: Predictors of aggression in Southeast Asian female prisoners. *Personality and Individual Differences* 2013, 54:113–117.
2. Anderson CA, Bushman BJ: Human aggression. *Annual Review of Psychology* 2002, 53:27–51.
3. Rohner RP: Sex differences in aggression. *Ethos* 1976, 4(1):57-72.
4. Χριστοδούλου Χ, Μιχόπουλος Ι, Λύκουρας Ε: Η διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς στο γενικό νοσοκομείο. *Hellenic Psychiatry General Hospital* 2008, 5(1):28-36.
5. Maples JL, Miller JD, Wilson LF, Seibert LA, Few LR, Zeichner A: Narcissistic personality disorder and self-esteem: An examination of differential relations with self-report and laboratory-based aggression. *Journal of Research in Personality* 2010, 44:559–563.
6. Μιχαλοπούλου Π, Λύκουρας Α: *Νευροβιολογία επιθετικής συμπεριφοράς*. Στο, Δουζένης Α, Λύκουρας Α. Ψυχιατροδικαστική, Εκδόσεις Πασχαλίδη 2008: 42-51.
7. Γιωτάκος Ο: Επιθετική συμπεριφορά: Σύγχρονα θεωρητικά και βιολογικά δεδομένα. *Ψυχιατρική* 2013, 24(2):117–131.
8. Berkowitz L: Pain and aggression: some findings and implications. *Motiv. Emot.* 1993, 17:277-293.
9. Geen RG: *Human Aggression*. 2nd ed. Taylor & Francis, 2001.
10. Lindberg N, Tani P, Putkonen H, Sailas E, Takala P, Eronen M, Virkkunen M: Female impulsive aggression: A sleep research perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009, 32:39–42.
11. Νικολαΐδης Γ: *Βία κατά ανηλίκων: ερευνητικά δεδομένα και εφαρμογές τους στην καθ' ημέρα πράξη των υπηρεσιών*. Κέντρο για την Μελέτη και την Πρόληψη της Κακοποίησης Παραμέλησης των Παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 2007.
12. Wong S, Gordon A: The Violence Reduction Programme: a treatment programme for violence-prone forensic clients. *Psychology, Crime & Law* 2013, 19(5-6):1-15.
13. World Health Organization: *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland, WHO, 2001.
14. Χριστοδούλου Χ, Ρίζος Ε: *Ο επιθετικός ασθενής και η αντιμετώπιση του*. Στο, Λύκουρας Α, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2009: 91-103.

15. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B: Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal* 2001, 323:191–196.
16. Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF, Cater J, Campbell M: A doubleblind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry* 2000, 57:649–654.
17. Geen RG, Donnerstein ED (Eds): *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy*. New York: Academic, Elsevier 1998.
18. Brennan W: Aggression and violence: examining the theories. *Nursing Standard* 1998, 12(27):36-38.
19. Eron LD: *Theories of Aggression*. In, *Aggressive behavior*, Springer US 1994: 3-11.
20. Χηνάς Π, Χρυσσαφίδης Κ: *Επιθετικότητα στο σχολείο. Προτάσεις για πρόληψη και αντιμετώπιση*. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2000.
21. Tedeschi JT, Felson RB: *Violence, aggression, and coercive actions*. American Psychological Association 1994.
22. Holtzworth-Munroe A, Stuart GL: Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological bulletin* 1994, 116(3):476.
23. Berkowitz L: On the formation and regulation of anger and aggression: a cognitive- neoassociationistic analysis. *Am. Psychol.* 1990, 45:494–503.
24. Παπαδόπουλος Ν: *Κλασικές θεωρίες και πειραματικές διαπιστώσεις*. Στο, Νέστορος ΙΝ (επιμ.). *Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία*, Ελληνικά Γράμματα 1992: 23-36.
25. Πετούση Β: Η φύση της γυναίκας και ο ιπποτισμός του άνδρα: Κλασικές θεωρίες και προτάσεις για τη γυναικεία εγκληματικότητα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών (the Greek review of social research)* 2001, 106:105-137.
26. Dougherty DM, Bjorka JM, Huckabeeb H, Moellera FG, Swanna AC: Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research* 1999, 85:315-326.
27. Buss AH: *The Psychology of Aggression*. New York: Wiley 1961.
28. Tieger T: On the Biological Basis of Sex Differences in Aggression. *Child Development* 1980, 51(4):943-963.
29. Bjorkqvist K: Sex Differences in Physical, Verbal, and Indirect Aggression: A Review of Recent Research. *Sex Roles* 1994, 30:3-4.

30. Bettancourt AB, Miller N: Gender differences in aggression as a function of provocation: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1996, 119:422-447.
31. Hessa NH, Hagen EH: Sex differences in indirect aggression: Psychological evidence from young adults. *Evolution and Human Behavior* 2006, 27:231-245.
32. Archer J: Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2000, 126(5):651-680 .
33. O' Leary KD: Are women really more aggressive than men in intimate relationships? Comment on Archer. *Psychological Bulletin* 2000, 126(5):685-689.
34. Žarković Palijan T, Radeljak S, Kovač M, Kovačević D: Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry – The implication of neuroimaging studies. *Psychiatria Danubina* 2010, 22(2):253-256.
35. Cale EM, Lilienfeld SO: Sex differences in psychopathy and antisocial personality: A review and integration. *Clinical Psychology Review* 2002, 22:1179-1207.
36. Vaughn MG, Newhill CE, DeLisi M, Beaver KM, Howard MO: An Investigation of Psychopathic Features Among Delinquent Girls: Violence, Theft, and Drug Abuse. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2008, 6(3):240-255.
37. World Health Organization: *World report on violence and health: summary*. Geneva, Switzerland, WHO, 2002.
38. Warren JI, Hurt S, Loper AB, Bale R, Friend R, Chauhan P: Psychiatric symptoms, history of victimization, and violent behavior among incarcerated female felons: An American perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2002, 25:129-149.
39. Μηλιώνη ΦΑ: Έμφυλες διαστάσεις της αντεγκληματικής πολιτικής. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 2009, 4(2):189-203.
40. Μηλιώνη ΦΑ: *Συναντήσεις εγκληματικότητας και φύλου*. Στο, Βοσνιάδου Σ, Δενδρινού Β. Φεμινιστικές Παρεμβάσεις στις Σύγχρονες Επιστήμες: Μωσαϊκό Παραδειγμάτων, Εκδόσεις Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών & του Προγράμματος Σπουδών για Θέματα Φύλου και Ισότητας. Επιστημονική σειρά ΘΕ.ΦΥΛ.ΙΣ.
41. Κουράκης Ν: *Έμφυλη εγκληματικότητα. Ποινική και εγκληματολογική προσέγγιση του φύλου*. Β' έκδοση. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα 2009.
42. Strachan CE: *The assessment of psychopathy in female offenders*. PhD Thesis, University of British Columbia, 1993.
43. Virkkunen M, Kallio E, Rawlings R, Tokola R, Poland RE, Guidotti A, Nemeroff C, Bissette G, Kalogeris K, Karonen SL: Personality profiles and state aggressiveness

in Finnish alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51(1):28–33.

44. Volavka J: *Neurobiology of Violence*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press 1995.

45. Motz A: *The psychology of female violence. Crimes Against the Body*. UK: Brunner- Routledge, London and New York 2001: 1-12.

46. Χαβάκη-Κονταξάκη Μ: *Αυτοκαταστροφική και βίαιη συμπεριφορά*. Στο, Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος Α, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2006: 439-457.

47. Μπεκιάρη ΕΗ, Κατσαδώρος ΚΒ: *Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή: Ένας οδηγός για γιατρούς και άλλους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Εκδόσεις, Μ.Κ.Ο. Κλίμακα: Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου και Κοινωνικού Κεφαλαίου.

48. Μπελεγρίνος Σ, Ζάχαρης Θ, Φραδέλος Ε: Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. *Επιστημονικά Χρονικά* 2014, 19(4): 370-379.

49. Κουλούρη Α: Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Νοσηλευτική* 2009, 48(3): 292–299.

50. Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β: Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2012, 23(1):29–38.

51. Μουσσάς Γ, Τουρνικιώτη Κ, Τσελεμπής Α, Ρίζος Ε, Μπράτης Δ, Βασιλά-Δέμη Κ: Απόπειρες Αυτοκαταστροφής στο Νοσοκομείο και Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης. *Ψυχιατρική* 2009, 20:153–161.

52. Havaki-Kontaxaki BJ, Papalias E, Kontaxaki MEV, Papadimitriou GN: Seasonality, suicidality and melatonin. *Psychiatriki* 2010, 21(4):324–331.

53. Zacharakis CA, Madianos MG, Papadimitriou GN, Stefanis CN: Epidemiology of suicide in Greece: 1980–1997. *Archives of Hellenic Medicine* 2003, 20(2):191–199.

54. Κονταξάκης Β, Παπασλάνης Θ, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ, Τσουβέλας Γ, Γιωτάκος Ο, Παπαδημητρίου ΓΝ: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα: 2001–2011. *Ψυχιατρική* 2013, 24:170–174.

55. Αντωνάτος Σ, Ηλίας Σ, Γεωργιάδης Σ, Κασιακόγια Α, Βασιλάκου Ι, Μιχαλακέας Α: Απόπειρες Αυτοκτονίας και Γενικό Νοσοκομείο: Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. *Ψυχιατρική* 2005, 16(2):154-165.

56. Τσιλιάκου Μ, Γιωτάκος Ο, Μαγγανάς Α: Βιολογικά δεδομένα της βίαιης συμπεριφοράς: Σύγχρονοι προβληματισμοί στους τομείς ψυχιατρικής και Εγκληματολογίας. *Ποινική Δικαιοσύνη και Εγκληματολογία* 2009, 1:19-25.

57. Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ: *Αυτοκτονία*. Στο, Δουζένης Α, Λύκουρας Λ. Ψυχιατροδικαστική, Εκδόσεις Πασχαλίδη 2008: 111-118.

58. Κούρτης Α, Πάτσικα Ε, Καραουλάνη Π, Παυλίδης Ι, Πετρίκης Π, Ζλατάνος Δ, Σαΐτης Μ, Αδαμοπούλου Α, Γαρυφαλλός Γ: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή/και αυτοτραυματισμού. *Εγκέφαλος Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 2003, 40(3).
59. Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopoulou A, Bouras G, Gournellis R, Lykouras L: Suicide and seasonality. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012, 125:127–146.
60. Πάπλος ΚΓ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Κονταξάκης ΒΠ, Χριστοδούλου ΓΝ: Παρορμητικότητα και ψυχικές διαταραχές. *Ψυχιατρική* 2002, 13:209-221.
61. Χριστοδούλου Χ, Ευσταθίου Β, Μπόθρας Γ, Κορκολιάκου Π, Λύκουρας Λ: Εποχικότητα και Αυτοκτονία. *Εγκέφαλος* 2012, 49:73-79.
62. Heng-Ching Lin, Chin-Shyan Chen, Sudha Xirasagar, Hsin-Chien Lee: Seasonality and Climatic Associations with Violent and Nonviolent Suicide: A Population-Based Study. *Neuropsychobiology* 2008, 57:32–37.
63. Τριποδιανάκης Ι, Σαραντίδης Δ: *Αυτοκτονικότητα*. Στο, Λύκουρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2009: 161-174.
64. Ferrando SJ, Okoli U: Διαταραχές Προσωπικότητας: Κατανοώντας και αντιμετωπίζοντας το Δύσκολο Ασθενή στο Νευρολογικό Ιατρείο - Personality Disorders: Understanding and Managing the Difficult Patient in Neurology Practice. *Seminars in Neurology* 2009, 29(3):116-123.
65. Lopez-Ibor J: *Διαταραχές Προσωπικότητας*. Στο, Gelder MG, Lopez-Ibor J, Andreasen N. Oxford, Σύγχρονη Ψυχιατρική, Τόμος Β, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη 2008: 1255-1337.
66. Hawton K, van Heeringen K: Suicide. *Lancet* 2009, 373:1372-1381.
67. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001, 58:590-596.
68. Rongqin Yu, Geddes JR, Fazel S: Personality Disorders, Violence and Antisocial Behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders* 2012, 26(5):775-792.
69. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S: Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 2006, 188:423–431.
70. Douzenis A: Psychopathology and violent behavior. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5(1):S61.
71. Esbec E, Echeburúa E: Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas Esp Psiquiatr* 2010, 38(5):249-261.

72. Φωτιάδου Α, Πρίφτης Φ, Κυπριανός Σ: Απαντήσεις και συσχετισμοί των ψυχικών διαταραχών και της κοινωνικής βίας. *Εγκέφαλος Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 2005, 42(2).
73. Βασιλαματζής Γ, Κοκκόση Μ: *Διαταραχές Προσωπικότητας*. Στο, Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος Α, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2006: 459-478.
74. Βαρτζόπουλος Ι, Τζεμπελίκος Ε: *Ο ασθενής με διαταραχή προσωπικότητας*. Στο, Λύκουρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2009: 221-237.
75. Δουζένης Α, Λύκουρας Λ: *Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας*. Στο, Δουζένης Α, Λύκουρας Λ. Ψυχοτροδικαστική, Εκδόσεις Πασχαλίδη 2008: 212-223.
76. Sansone RA, Sansone LA: Borderline Personality and Externalized Aggression. *Innovations in Clinical Neuroscience* 2012, 9:23–26.
77. Tsopelas C, Tsetsou S, Douzenis A: Review on female sexual offenders: Findings about profile and personality. *International Journal of Law and Psychiatry* 2011, 34:122–126.
78. Baumeister RF, Boden JM, Smart L: Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review* 1996, 103(1):5-33.
79. Bushman BJ, Baumeister RF: Threatened Egotism, Narcissism, Self-Esteem, and Direct and Displaced Aggression: Does Self-Love or Self-Hate Lead to Violence? *Journal of Personality and Social Psychology* 1998, 75(1):219-229.
80. Δουζένης Α, Λύκουρας Λ: *Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας*. Στο, Δουζένης Α, Λύκουρας Λ. Ψυχοτροδικαστική, Εκδόσεις Πασχαλίδη 2008: 224-238.
81. Γεωργαντά Ε: *Προσαρμογή και Ψυχικές Ασθένειες*. Στο, «Τι είναι Ψυχοθεραπεία», Εκδόσεις Ασημάκης, Αθήνα 2003.
82. Weizmann-Henelius G: Violent Female Perpetrators in Finland: Personality and Life Events. *Nordic Psychology* 2006, 58(4):280-297.
83. Yourstone J, Lindholm T, Kristiansson M: Women who kill: A comparison of the psychosocial background of female and male perpetrators. *International Journal of Law and Psychiatry* 2008, 31:374–383.
84. Robles-García R, Vela GE: Temperament and character profile of persons with suicide attempt. *Actas Esp Psiquiatr* 2005, 33(2):117-122.
85. Calati R, Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Möller HJ, De Ronchi D, Serretti A: Temperament and character of suicide attempters. *Journal of psychiatric research* 2008, 42(11):938-945.

- 86.** Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Moller HJ, Rujescu D, Serretti A: Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research* 2009, 43:1262–1271.
- 87.** Velotti P, Elison J, Garofalo C: Shame and aggression: Different trajectories and implications. *Aggression and Violent Behavior* 2014, 19(4):454-461.
- 88.** Gunn J, Maden A, Swinton M: Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991, 303:338-341.
- 89.** Gunn J, Maden A, Swinton M: *Mentally Disordered Offenders*. Home Office: London 1991.
- 90.** Fazel S, Danesh J: Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet* 2002, 359(9306):545–550.
- 91.** Warren JI, Burnette M, South SC, Chauhan P, Bale R, Friend R: Personality Disorders and Violence among Female Prison Inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2002, 30(4):502–509.
- 92.** Lader D, Singleton N, Meltzer H: *Psychiatric Morbidity among Young Offenders in England and Wales* (Further analysis of data from the ONS survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales carried out in 1997 on behalf of the Department of Health). London: Office for National Statistics, 2000.
- 93.** Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wiesbrock V: Current and Lifetime Psychiatric Illness among Inmates Not Identified as Acutely Mentally Ill at Intake in Connecticut’s Jails. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2007, 35(4):490 –500.
- 94.** Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N: Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *British Journal of Psychiatry* 2006, 189:12-19.
- 95.** Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, Brook JS: Adolescent Personality Disorders Associated With Violence and Criminal Behavior during Adolescence and Early Adulthood. *Am J Psychiatry* 2000, 157(9):1406–1412.
- 96.** Hines DA: Borderline personality traits and intimate partner aggression: an international multisite, cross-gender analysis. *Psychol Women Q* 2008, 32:290–302.
- 97.** Meloy JR, Boyd C: Female Stalkers and Their Victims. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 2003, 31(2):211–219.
- 98.** Eronen M, Hakola P, Tiihonen J: Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:497-501.
- 99.** Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B: The psychiatric epidemiology of violent behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998, 33(1):S13-S23.

- 100.** Singleton N, Meltzer H, Gatward R: *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. London: TSO (The Stationery Office) 1998.
- 101.** Rueve ME, Welton RS: Violence and mental illness. *Psychiatry* 2008, 5(5):34.
- 102.** Mueser KT, Crocker AG, Frisman LB, Drake RE, Covell NH, Essock SM: Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2006, 32(4):626-636.
- 103.** Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS: Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry* 2008, 21:84-92.
- 104.** Muntaner C, Walter D, Nagoshi C, Fishbein D, Haertzen CA, Jaffe JH: Self-report vs. laboratory measures of aggression as predictors of substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence* 1990, 25:1-11.
- 105.** Weizmann-Henelius G, Putkonen H, Naukkarinen H, Eronen M: Intoxication and violent women. *Arch Womens Ment Health* 2009, 12:15-25.
- 106.** Lorenz AR, Newman JP: Utilization of Emotion Cues in Male and Female Offenders with Antisocial Personality Disorder: Results from a Lexical Decision Task. *Madison Journal of Abnormal Psychology* 2002, 111(3):513-516.
- 107.** Coid J, Yang M, Ullrich S, Roberts A, Hare RD: Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009, 32:65-73.
- 108.** Coid J, Yang M, Ullrich S, Roberts A, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N, Hare R: Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009, 32:134-141.
- 109.** Warren JI, South SC: A symptom level examination of the relationship between Cluster B personality disorders and patterns of criminality and violence in women. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009, 32:10-17.
- 110.** Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS: The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2014, 1:14.
- 111.** Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Morey LC: Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 2004, 161(7):1296-1298.
- 112.** Hurt SW, Clarkin J: Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1988, 1(45):737.
- 113.** Paris J: Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services* 2002, 53(6):738-742.

- 114.** Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 1997, 154(12):1715-1719.
- 115.** Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM: Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology* 2002, 111(1):198.
- 116.** Weiss EM, Schultze G, Freudenthaler HH, Hofer E, Pichler N, Papousek I: Potential Markers of Aggressive Behavior: The Fear of Other Persons' Laughter and Its Overlaps with Mental Disorders. *Plos One* 2012, 7(5):1-6.
- 117.** Campbell A: Sex differences in direct aggression: What are the psychological mediators? *Aggression and Violent Behavior* 2006, 11:237-264.
- 118.** Hubert Lacey J, Evans CDH: The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction* 1986, 81:641-649.
- 119.** Komarovskaya I, Booker Loper A, Warren J: The Role of Impulsivity in Antisocial and Violent Behavior and Personality Disorders among Incarcerated Women. *Criminal Justice and Behavior* 2007, 34(11):1499-1515.
- 120.** Δουζένης Α: Αλκοόλ και έγκλημα. *Εγκέφαλος, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 2009, 46(2):79-83.
- 121.** McGowan S, Wynaden D, Harding N, Yassine A, Parker J: Staff confidence in dealing with aggressive patients: A benchmarking exercise. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 1999, 8:104-108.
- 122.** Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F: Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research* 2011, 189:10–20.
- 123.** Fulde G, Preisz P: Managing aggressive and violent patients. *Australian Prescriber* 2011, 34(4):115-118.
- 124.** Πεχλιβανίδης Α: *Επείγουσα Ψυχιατρική*. Στο, Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος Β, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2006: 705-722.
- 125.** Βάρδα Π, Δουζένης Α: *Κλινική εκτίμηση της επικινδυνότητας και η αντιμετώπιση της βίας στο νοσοκομείο*. Στο, Δουζένης Α, Λύκουρας Λ. Ψυχιατροδικαστική, Εκδόσεις Πασχαλίδη 2008: 64-74.
- 126.** Steinert T: Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106(412):133-141.
- 127.** Petit JR: Management of the acutely violent patient. *Psychiatric Clinics of North America* 2005, 28(3): 701-711.

- 128.** Binder RL, McNiel DE: Contemporary Practices in Managing Acutely Violent Patients in 20 Psychiatric Emergency Rooms. *Emergency Psychiatry* 1999, 50(12):1553-1554.
- 129.** Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A: Characteristics of violent behavior in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001, 104:273-279.
- 130.** Brayley J, Lange R, Baggoley C, Bond M, Harvey P: The violence management team. An approach to aggressive behavior in a general hospital. *The Medical Journal of Australia* 1994, 161(4):254-258.
- 131.** Μιχόπουλος Ι, Χριστοδούλου Χ, Λύκουρας Ε: Εναντιωματική συμπεριφορά στο Γενικό Νοσοκομείο. *Hellenic Psychiatry General Hospital* 2008, 5(1):15-20.
- 132.** Μουσσάς Γ: Διασυνδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική. Στο, Σολδάτος Κ, Λύκουρας Α. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος Β, Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2006: 723-744.
- 133.** Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lykouras L: Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Annals of General Psychiatry* 2008, 7(10):1-7.
- 134.** Adshead G, Sarkar J: The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 2012, 18(3):162-172.
- 135.** Montgomery C, Lloyd K, Holmes J: The burden of personality disorder: a district-based survey. *International Journal of Social Psychiatry* 2000, 46(3):164-169.
- 136.** Colson DB, Allen JG, Coyne L, Deering D, Jehl N, Kearns W, Spohn H: Profiles of difficult psychiatric hospital patients. *Psychiatric Services* 1986, 37(7):720-724.
- 137.** Lorber J: Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior* 1975, 213-225.
- 138.** Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ: Η πρόληψη των αυτοκαταστροφικών και ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών. Στο, Χριστοδούλου ΝΓ, Κονταξάκης ΠΒ, Οικονόμου ΠΜ. Προληπτική Ψυχιατρική, Β' Έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ 2000: 77-84.