



**ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**  
**Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**  
**Διευθυντής: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ**  
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟΝ**

**ΠΜΣ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»**  
**ΔΙΕΥΘ. ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Α. ΔΟΥΖΕΝΗΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟ**  
**ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΔΕΣΜΟΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΑΡΑΣ**  
**ΑΜ: 20160379**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**  
**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ, Καθηγητής Ψυχιατρικής**  
**ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής**  
**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΦΕΡΕΝΤΙΝΟΣ, επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής**

**ΑΘΗΝΑ, ΜΑΪΟΣ 2019**

*Στην Μαρία,  
την Ειρήνη Μυρτώ,  
την Ρόζα Ευαγγελία,  
τον Αντώνη Μάριο.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	i
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	iii
<b>SUMMARY</b> .....	vi

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	1
-----------------------	---

### 1<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ (ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ)

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

##### ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

1. ΟΡΙΣΜΟΙ – ΤΥΠΟΙ .....	4
2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .....	9
3. ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .....	15
4. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	17
5. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	
5.1 ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	18
5.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ .....	19
5.3 ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ .....	20
6. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
6.1 ΓΕΝΙΚΑ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	20
6.2 ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	24
6.2.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ .....	24
6.2.2 ΑΠΟΑΝΘΡΩΠΟΠΟΙΗΣΗ .....	25

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

##### ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ

1. ΟΡΙΣΜΟΙ .....	27
2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	27
3. ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	29
4. ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ .....	30
5. ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	32

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ**

### **ΤΥΠΟΣ ΔΕΣΜΟΥ**

1. ΘΕΩΡΙΑ ΔΕΣΜΟΥ – ΤΥΠΟΙ ΔΕΣΜΟΥ .....	34
2. ΔΕΣΜΟΣ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ, ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ .....	36
3. ΤΥΠΟΣ ΔΕΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1 ΓΕΝΙΚΑ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	38
3.2 ΔΕΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ .....	38

### **2<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ)**

1. ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	41
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	
2.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ .....	41
2.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ .....	42
2.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ .....	43
2.4 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ .....	44
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	44
4. ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ .....	61
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	64
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	65
7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ .....	67

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	69
---------------------------	----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	80
------------------------	----

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους μου συμπαραστάθηκαν και με βοήθησαν κατά την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική».

Πρώτον από όλους τον Διευθυντή Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος και επιβλέποντά μου, Καθηγητή Ψυχιατρικής και Ψυχιατροδικαστικής κ Αθανάσιο Δουζένη, ο οποίος συνέβαλλε αποφασιστικά στην ενασχόλησή μου με το επιστημονικό πεδίο της Ψυχιατροδικαστικής, τόσο με την επιστημονική του διδαχή αλλά και με τις ανθρώπινες αξίες του που αποτέλεσαν παράδειγμα και έμπνευση για εμένα από τα πρώτα χρόνια της ειδίκευσής μου στην Ψυχιατρική.

Πολλές ευχαριστίες, επίσης, οφείλω και στους δυο Καθηγητές που ολοκληρώνουν την τριμελή επιτροπή της εργασίας μου, τον κ Ιωάννη Μιχόπουλο και τον κ Παναγιώτη Φερεντίνο που συνέβαλλαν ουσιαστικά και ο καθένας με τον δικό του τρόπο στην ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

Ευχαριστώ πολύ τους διδάσκοντες επιστήμονες του πρώτου Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική» καθώς και τις γραμματείς του Προγράμματος και ψυχολόγους κ Ευθυμία Καλούδη και κ Παναγιώτα Μπαλή για την συνεργασία και την υποστήριξή τους, στα δυο χρόνια που περάσαμε στο αμφιθέατρο του Π.Γ.Ν. «Αττικόν».

Εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στην υποψήφια Διδάκτορα του Παντείου Πανεπιστημίου κ Δήμητρα Λέκκα, ψυχολόγο της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία» που συνέβαλλε αποφασιστικά στην διαμόρφωση του θέματος της εργασίας. Χωρίς τις παρεμβάσεις της και την καθοδήγησή της στο θέμα και την βοήθειά της στην μεθοδολογική οργάνωση της μελέτης και στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων, η εργασία αυτή, ίσως, να μην είχε ολοκληρωθεί.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου που υπέμεινε την προσπάθεια μου αυτή και επιφορτίστηκε ένα μεγάλο καθημερινό βάρος για να μπορώ εγώ να εργαστώ απερίσπαστος.

Χωρίς την αμέριστη βοήθεια όλων όσων προανέφερα, άλλα και πολλών άλλων, φίλων και συνεργατών και, βέβαια, των συναδέλφων μου στην

Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», η εργασία αυτή θα είχε συναντήσει περισσότερες δυσκολίες. Σε όλους αυτούς έχω ένα μεγάλο χρέος.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει να επιδείξει πολλαπλές αναφορές στον βίαιο και δύσκολο ασθενή και οι επιστημονικές εταιρίες έχουν προτείνει κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα διαχείρισης της επιθετικότητας και της βίας που προέρχεται από την πλευρά των ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, υπάρχει ελάχιστη βιβλιογραφία για τις συμπεριφορές έλλειψης σεβασμού και την επιθετικότητα των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους. Η βία και η κακομεταχείριση μεταξύ των εργαζομένων εμφανίζονται στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα, όπου οι υψηλές συνθήκες άγχους μπορούν να οδηγήσουν σε κακομεταχείριση που κυμαίνεται από την «απρέπεια» ως την σωματική επίθεση. Αυτές οι συμπεριφορές υπονομεύουν την ασφάλεια, μειώνουν την παραγωγικότητα και την ευημερία των εργαζομένων και δημιουργούν ένα εχθρικό περιβάλλον εργασίας. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση της βίας και της κακομεταχείρισης μεταξύ εργαζομένων απαιτούν κατανόηση των βασικών αιτιών τους. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη έρευνας βάσει πραγματικών, αναφερόμενων περιστατικών στην υγειονομική περίθαλψη.

### 1. Στόχοι της έρευνας

Οι στόχοι και οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας ήταν:

- Να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος
- Να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην επιθετικότητα, τον ναρκισσισμό και τις διαστάσεις δεσμού
- Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη επαγγελματιών κατηγοριών (ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό, λοιπό επιστημονικό προσωπικό)
- Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το πλαίσιο εργασίας
- Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το φύλο

## **2. Μέθοδος**

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 192 επαγγελματίες υγείας που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 43 άνδρες και 149 γυναίκες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από τα 20 έως τα 60 έτη και συγκεκριμένα το 24,5% ήταν άτομα ηλικίας 20-30 ετών, το 43,8% 31-40 ετών, το 26,6% 41-50 ετών και το 5,1% 51-60 ετών. Από τους συμμετέχοντες 41,7% ήταν άγαμοι, 48,9% έγγαμοι και 9,4% διαζευγμένοι. Εκατό συμμετέχοντες (52,1%) ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και 92 (47,9%) επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση των κατάλληλων ερωτηματολογίων, τα οποία μετατράπηκαν σε ηλεκτρονική μορφή από τον ερευνητή. Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Buss & Perry, 1992), στην ελληνική έκδοση (Tsorbatzoudis, 2006), το Ερωτηματολόγιο ναρκισσιστικής προσωπικότητας (Raskin & Hall, 1979), στην ελληνική έκδοση (Κοκκώση και συν, 1998) και η Κλίμακα δεσμού ενηλίκων (Fraley et al, 2000), στην ελληνική έκδοση (Tsagarakis et al, 2007) (παράρτημα 3).

Επιπλέον, υπήρχε μία φόρμα που περιείχε στην οποία συμπληρώνονταν δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, πλαίσιο εργασίας, επαγγελματική εμπειρία.

## **3. Αναλύσεις**

Για τα κλινικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική (κατανομή συχνοτήτων και δείκτες κεντρικής τάσης). Για τις αναλύσεις συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r$ . Για την μελέτη των διαφορών χρησιμοποιήθηκε η one way ANNOVA. Για τις επιδράσεις η ανάλυση regression.

## **4. Αποτελέσματα**

Υπάρχει θετική συσχέτιση του θυμού με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.459$ ,  $p=.000$ ), την λεκτική επιθετικότητα ( $r=.496$ ,  $p=.000$ ), την εχθρικότητα ( $r=.562$ ,  $p=.001$ ) καθώς, επίσης, την διάσταση του άγχους στον τύπο δεσμού ( $r=.258$ ,  $p=.000$ ). Επίσης, σημειώνεται θετική συσχέτιση της λεκτικής



επιθετικότητας με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.255$ ,  $p=.000$ ). Τέλος,, η εχθρικότητα έχει θετική συσχέτιση με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.459$ ,  $p=.000$ ) και την λεκτική επιθετικότητα ( $r=.296$ ,  $p=.000$ ). Η διάσταση της αποφυγής στον τύπο δεσμό έχει θετική συσχέτιση με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.269$ ,  $p=.000$ ) και την εχθρικότητα ( $r=.301$ ,  $p=.000$ ) ενώ η διάσταση του άγχους στον τύπο δεσμού φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με τον θυμό ( $r=.258$ ,  $p=.000$ ), την σωματική επιθετικότητα ( $r=.251$ ,  $p=.000$ ), την εχθρικότητα ( $r=.495$ ,  $p=.000$ ) και την διάσταση της αποφυγής ( $r=.540$ ,  $p=.000$ ). Ο ναρκισσισμός φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.157$ ,  $p=.032$ ) και με την λεκτική επιθετικότητα ( $r=.302$ ,  $p=.000$ ).

Οι άνδρες ( $M=1.70$ ,  $SD=.602$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη σωματική επιθετικότητα από τις γυναίκες ( $M=1.53$ ,  $SD=.445$ ).

Οι νοσηλευτές ( $M=2.30$ ,  $SD=.724$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικότητα από τους ιατρούς ( $M=1.92$ ,  $SD=.583$ ), από το παραϊατρικό προσωπικό ( $M=1.93$ ,  $SD=.563$ ) και από το λοιπό επιστημονικό ( $M=1.89$ ,  $SD=.530$ ).

Οι απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτερης σχολής ( $M=1.88$ ,  $SD=.736$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη σωματική επιθετικότητα από τους απόφοιτους δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου ( $M=1.75$ ,  $SD=.475$ ), από τους απόφοιτους ΤΕΙ-ΑΕΙ ( $M=1.64$ ,  $SD=.580$ ) και από τους κάτοχους μεταπτυχιακού-διδακτορικού τίτλου ( $M=1.47$ ,  $SD=.344$ ).

Οι εργαζόμενοι σε Γενικό Νοσοκομείο ( $M=2.19$ ,  $SD=.662$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικότητα από τους εργαζόμενους σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ( $M=1.84$ ,  $SD=.555$ ) και από τους εργαζόμενους εκτός Νοσοκομείων ( $M=1.98$ ,  $SD=.629$ ).

## **5. Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις υποκλίμακες της επιθετικότητας (θυμός, σωματική επιθετικότητα, λεκτική επιθετικότητα, εχθρικότητα) αλλά και μεταξύ των διαστάσεων του τύπου δεσμού (αποφυγή, άγχος). Από τα αποτελέσματα, δε, φαίνεται να διαμορφώνεται το προφίλ του εργαζόμενου με τον υψηλότερο κίνδυνο έκφρασης επιθετικότητας: άνδρας, νοσηλευτής, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εργαζόμενος σε Γενικό Νοσοκομείο.

## **SUMMARY**

The international literature has multiple references to the violent and difficult patient and the scientific associations have proposed guidelines and protocols to manage aggression and violence from the recipients of health services. However, there is little literature on attitudes of lack of respect and aggression of health professionals in their workplace. Violence and ill-treatment among workers occur in hospital settings, where high stress conditions can lead to mistreatment ranging from "denial" to physical assault. These behaviors undermine security, reduce workers' productivity and welfare and create a hostile working environment. Interventions to reduce violence and ill-treatment among workers require an understanding of their underlying causes. However, there is a lack of research based on actual, reported incidents in healthcare.

### **1. Objectives of the survey**

The objectives and assumptions of this research were:

- To investigate the characteristics of the sample
- To investigate the relationship between aggression, narcissism and bond dimensions
- To investigate the differences in the aggression of the occupational categories under study (doctors, nurses, paramedical staff, other scientific staff)
- To investigate the differences in the aggressiveness of the study groups according to the educational level
- To investigate the differences in the aggressiveness of the groups under study according to the context
- To investigate the differences in the aggression of the groups studied by gender

### **2. Method**

The sample of the survey consisted of 192 health professionals selected by the symptomatic sampling method. The sample consisted of 43 men and 149 women. Participants' ages ranged from 20 to 60 years, namely 24.5% were 20-30 years old, 43.8% were 31-40 years old, 26.6% were 41-50 years old and 5, 1% 51-

60 years old. Of the participants 41.7% were single, 48.9% married and 9.4% divorced. One hundred participants (52.1%) were mental health professionals and 92 (47.9%) health professionals in other specialties.

The study was carried out by completing the appropriate questionnaires, which were converted into an electronic form by the researcher. The questionnaires were the Aggressive Questionnaire (Buss & Perry, 1992), in the greek edition (Tsorbatzoudis, 2006), the Questionnaire of narcissistic personality (Raskin and Hall, 1979), in the greek edition (Kokkosis et al. (Fraley et al, 2000), in the greek edition (Tsagarakis et al., 2007) (appendix 3).

In addition, there was a form containing demographic information such as gender, age, marital status, educational level, workplace, work experience.

### **3. Analyzes**

For the clinical and demographic characteristics of the sample, descriptive statistics (frequency distribution and central trend indicators) were used. For the correlation analyzes the Pearson r correlation coefficient was used. The one-way ANNOVA was used to study the differences. For the effects regression analysis was used.

### **4. Results**

There is a positive correlation of anger with physical aggression ( $r = .459, p = .000$ ), verbal aggression ( $r = .496, p = .000$ ), hostility ( $r = .562, p = .001$ ), also the dimension of anxiety in the type of bond ( $r = .258, p = .000$ ). There is also a positive correlation of verbal aggression with physical aggression ( $r = .255, p = .000$ ). Finally, hostility has a positive correlation with physical aggression ( $r = .459, p = .000$ ) and verbal aggression ( $r = .296, p = .000$ ). The dimension of avoidance in the type of linkage has a positive correlation with physical aggression ( $r = .269, p = .000$ ) and hostility ( $r = .301, p = .000$ ), while the dimension of anxiety in the type of bond seems to have positive correlation with anger ( $r = .258, p = .000$ ), physical aggression ( $r = .251, p = .000$ ), hostility ( $r = .495, p = .000$ ) ( $r = .540, p = .000$ ). Narcissism appears to have a positive correlation with physical aggression ( $r = .157, p = .032$ ) and verbal aggression ( $r = .302, p = .000$ ).

Men ( $M = 1.70, SD = .602$ ) show significantly higher physical aggression than women ( $M = 1.53, SD = .445$ ).

The nurses ( $M = 2.30$ ,  $SD = .724$ ) show significantly more hostility than physicians ( $M = 1.92$ ,  $SD = .583$ ), paramedical staff ( $M = 1.93$ ,  $SD = M = 1.89$ ,  $SD = .530$ ).

Higher education graduates ( $M = 1.88$ ,  $SD = .736$ ) show significantly higher physical aggression than graduates of primary and secondary school ( $M = 1.75$ ,  $SD = .475$ ), TEI-AEL graduates ( $M = 1.64$ ,  $SD = .580$ ) and holders of postgraduate-doctorate degrees ( $M = 1.47$ ,  $SD = .344$ ).

Health Professionals who work in General Hospitals ( $M = 2.19$ ,  $SD = .662$ ) show significantly more hostility than employees in Special Psychiatric Hospitals ( $M = 1.84$ ,  $SD = .555$ ) and non-hospital workers ( $M = 1.98$ ,  $SD = 629$ ).

## **5. Conclusions**

The findings of this research confirm the existence of a positive correlation among the subclasses of aggression (anger, physical aggression, verbal aggression, hostility) and between the dimensions of the type of bond (avoidance, anxiety), too. From the results, the profile of the worker with the highest risk of aggressive expression seems to be: a male nurse who is secondary school educated and he is working in a General Hospital.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει να επιδείξει πολλαπλές αναφορές στον βίαιο και δύσκολο ασθενή και οι επιστημονικές εταιρίες έχουν προτείνει κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα διαχείρισης της επιθετικότητας και της βίας που προέρχεται από την πλευρά των ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, υπάρχει ελάχιστη βιβλιογραφία για τις συμπεριφορές έλλειψης σεβασμού και την επιθετικότητα των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους. Η βία και η κακομεταχείριση μεταξύ των εργαζομένων εμφανίζονται στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα, όπου οι υψηλές συνθήκες άγχους μπορούν να οδηγήσουν σε κακομεταχείριση (Rowe & Sherlock 2005, Rosenstein & O'Daniel 2008, Arnetz et al., 2011b) που κυμαίνεται από την «απρέπεια» (Andersson & Pearson 1999) ως την σωματική επίθεση (Jackson και συν., 2002). Αυτές οι συμπεριφορές υπονομεύουν την ασφάλεια (The Joint Commission, 2008), μειώνουν την παραγωγικότητα (Sliter et al., 2012) και την ευημερία των εργαζομένων (Arnetz & Arnetz 2001, Hesketh et al., 2003, Gerberich et al., 2004) και δημιουργούν ένα εχθρικό περιβάλλον εργασίας (Ceravolo et al., 2012, Khadjehturian, 2012). Οι παρεμβάσεις για τη μείωση της βίας και της κακομεταχείρισης μεταξύ εργαζομένων απαιτούν κατανόηση των βασικών αιτιών τους. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη έρευνας βάσει πραγματικών, αναφερόμενων περιστατικών στην υγειονομική περίθαλψη.

Οι Leape et al. (2012) υπέδειξαν έξι κατηγορίες για την ταξινόμηση της ασεβούς συμπεριφοράς στον χώρο της περίθαλψης: καταστροφική συμπεριφορά, εξευτελιστική μεταχείριση νοσοκόμων, ειδικευόμενων και φοιτητών, παθητική – επιθετική συμπεριφορά, παθητική έλλειψη σεβασμού, απαξιωτική αντιμετώπιση των ασθενών και συστηματική έλλειψη σεβασμού.

Η έλλειψη σεβασμού μεταξύ των εργαζομένων σε μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης αλλά και μεταξύ των εργαζομένων και των νοσηλευόμενων ασθενών ή/και των οικείων αυτών εμποδίζει την συλλογικότητα και την συνεργασία που είναι απαραίτητες για την ομαδική εργασία, διακόπτει την επικοινωνία, υπονομεύει το ηθικό και εμποδίζει την συμμόρφωση και την εφαρμογή νέων πρακτικών. Δυνητικά, δε, αποτελεί απειλή, μεταξύ των άλλων, για την ορθή φροντίδα και την ασφάλεια των ασθενών. Η ασεβής συμπεριφορά μπορεί να

οφείλεται στα χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η ανασφάλεια ή η επιθετικότητα και στο αγχωτικό περιβάλλον του νοσοκομείου, ωστόσο μπορεί να είναι αποτέλεσμα μάθησης, να γίνεται ανεκτή ή/και να ενισχύεται εντός της νοσοκομειακής νοοτροπίας (Leape et al., 2012).

Ως *επιθετικότητα* ορίζεται η συμπεριφορά στην οποία εμπεριέχεται η σαφής πρόθεση να προκαλέσει κάποιος επώδυνα ερεθίσματα σε έναν άλλο οργανισμό ή να εκδηλώσει καταστροφική συμπεριφορά προς άψυχα αντικείμενα. Διακρίνεται, καταρχάς, στην λεκτική επιθετικότητα (εχθρότητα), στην σωματική επιθετικότητα εναντίον αντικειμένων (καταστροφικότητα), στην σωματική επιθετικότητα εναντίον άλλων ανθρώπων (βλαπτική - βία) (Webster et al., 1997).

Ο *ναρκισσισμός* εμφανίζεται με διττό ορισμό στην επιστήμη της ψυχολογίας: ως απαραίτητο δομικό στοιχείο στην ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας με σκοπό την αυτοπροστασία και την αυτοσυντήρηση του ατόμου αλλά και ως διαταραχή προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από ένα διάχυτο μοτίβο μεγαλείου (στην φαντασία ή στη συμπεριφορά), την ανάγκη για θαυμασμό και την έλλειψη ενσυναίσθησης. Είναι σημαντικός για την κατανόηση της επιθετικότητας καθώς ερευνητικά ευρήματα δείχνουν την μεταξύ τους σχέση. Αυτά τα ευρήματα μπορεί να έχουν αντίκτυπο στον τρόπο κατανόησης, πρόβλεψης και μείωσης της βίας (Lambe et al., 2016).

Η θεωρία *δεσμού* εξετάζει την πρώιμη συναισθηματική σύνδεση μεταξύ βρεφών και φροντιστών και πώς η ποιότητα της προσκόλλησης επηρεάζει την περαιτέρω εξέλιξή μας. Σύμφωνα με αυτήν, οι εμπειρίες με τους φροντιστές και τα άλλα πρόσωπα προσκόλλησης, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, δημιουργούν ψυχικές αναπαραστάσεις ή εσωτερικά μοντέλα εργασίας (EME) του εαυτού και των άλλων. Αυτά τα μοντέλα περιλαμβάνουν αυτοβιογραφικές μνήμες συγκεκριμένων εμπειριών, πεποιθήσεις και στάσεις και κανόνες τύπου "αν/τότε" (π.χ. "αν είμαι αναστατωμένος, τότε ο σύντροφός μου θα με υποστηρίξει") διαμορφώνοντας τις προσδοκίες από τους άλλους και από τις σχέσεις. Τα EME περιέχουν, επίσης, κανόνες σχετικούς με τον τρόπο ρύθμισης των συναισθημάτων και των σκέψεων προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που συνδέονται με τον δεσμό. Με την πάροδο του χρόνου, τα EME παράγουν μοναδικά μοτίβα σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που αντικατοπτρίζουν διαφορετικούς τύπους δεσμού των ενηλίκων.

## **1<sup>ο</sup> ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α – ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

### 1. Ορισμοί – Τύποι

Η επιθετικότητα δεν είναι πάντα βίαιη και καταστρεπτική. Μπορεί να είναι χρήσιμη και υγιής. Συχνά, μας δίνει ώθηση και «ζωντάνια». Μας βοηθάει να ξεπεράσουμε δυσκολίες και να αντιμετωπίσουμε επικίνδυνες και δυσάρεστες καταστάσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις, μας ωθεί στην επίδειξη πρωτοβουλίας και συναγωνισμού. Μερικοί συγγραφείς την συγκαταλέγουν στις πέντε κινητήριες δυνάμεις, όχι μόνο για την ανθρώπινη επιβίωση αλλά και του υπόλοιπου ζωικού βασιλείου, ανάμεσα στην πείνα, την σεξουαλικότητα, την φυγή και την ορμή προς την ομάδα.

Μελετώντας την έννοια της επιθετικότητας είναι σημαντική η διαφοροποίηση της επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς από την επιθετικότητα ως ενόρμηση. Η μία αναφέρεται στο είδος των αντιδράσεων, έτσι όπως μπορεί να καταγραφούν από έναν παρατηρητή και στην αντικειμενική τους εκτίμηση. Η άλλη μελετά την επιθετικότητα ως ένα στοιχείο της φύσης του ανθρώπου που εκφράζεται με τρόπο έμμεσο και συχνά ασυνείδητο, στην προσπάθεια του ανθρώπου να εξερευνήσει το περιβάλλον, να κοινωνικοποιηθεί, να αναπαραχθεί κτλ.

Η επιθετικότητα ως *βίαιη συμπεριφορά* αφορά ενέργειες που βλάπτουν σε επίπεδο φυσικό ή ψυχολογικό τους άλλους ή εμποδίζουν την ικανοποίηση ή τα επιτεύγματα των άλλων. Βασικό κριτήριο αποτελούν οι συνέπειες μιας πράξης. Μια ενέργεια μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες χωρίς αυτές να είναι σκόπιμες. Σημειώνεται ότι αυτός ο ορισμός της βίας δεν είναι συνώνυμος με το «βίαιο έγκλημα», που είναι ένας νομικός όρος, όχι επιστημονικός. (Anderson & Warburton, 2015). Πολλοί διαφοροποιούν την «εχθρική επιθετικότητα» που σκοπό έχει να προκαλέσει καταστροφή ή κακό, από την «λειτουργική επιθετικότητα» που στοχεύει στη διεκδίκηση αντικειμένου, χώρου ή προνομίου. Η διαφοροποίηση αυτή δεν είναι εύκολη γιατί η ίδια συμπεριφορά εξυπηρετεί διαφορετικές σκοπιμότητες που μπορεί να εκδηλώνονται με εμφανή ή καλυμμένο τρόπο. Τα κίνητρα είναι σύνθετα και πολλές φορές μη συνειδητά. Οι Bandura και Watson, έχουν υποστηρίξει ακόμα ότι η επιθετικότητα μπορεί να αποτελεί προϊόν μάθησης, μέσω αλληλεπίδρασης με το άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.



Σε ότι αναφορά την επιθετικότητα ως *ενόρμηση*, αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της φυσιολογικής λειτουργίας του ατόμου, που εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με την ηλικία, το πολιτισμικό πλαίσιο και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ατόμου. Οι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης (Freud), υποστηρίζουν ότι η επιθετικότητα και η σεξουαλικότητα αποτελούν βασικές πηγές ενέργειας. Στόχος της σεξουαλικής ενόρμησης είναι η συντήρηση, η μετάδοση, η δέσμευση για ζωή, ενώ η επιθετική καταστροφική ενόρμηση ωθεί στη διάλυση των δεσμών, στην καταστροφή. Ο συνδυασμός των δύο αυτών τάσεων είναι φυσιολογικός και κάνει την εμφάνισή του σ' όλες τις ηλικίες και σ' όλες τις σχέσεις.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι στον τομέα της ψυχολογίας, η επιθετικότητα αναφέρεται σε μια συμπεριφορά και όχι σε μια νοοτροπία ή μια συναισθηματική κατάσταση. Τα συναισθήματα όπως ο θυμός, η επιθυμία για το «κακό» του άλλου και η επιθυμία να κερδίσεις ή να ελέγξεις το περιβάλλον μπορεί να συνεισφέρουν ώστε ένα άτομο να συμπεριφερθεί επιθετικά αλλά δεν είναι τα ίδια επιθετικότητα. Η αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς ως επιθετικής δεν είναι εύκολη διαδικασία. Η αξιολόγηση έχει και το υποκειμενικό στοιχείο με αποτέλεσμα, συχνά, να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις των γεγονότων, της σημασίας τους, τις αιτίες τους και ως προς το αν η επιθετική ενέργεια χαρακτηρίζεται επιθετική (Μητσιώρη, 2008). Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να σημειωθεί πως όλη η βίαιη συμπεριφορά είναι επιθετικότητα, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό επιθετικότητας δεν είναι βία.

Σύμφωνα με τον Herbert (1998), ο όρος επιθετικότητα, περιλαμβάνει όλες εκείνες τις μορφές διεκδικητικής – αγωνιστικής προσπάθειας και όλες τις ενέργειες που αποσκοπούν στην άσκηση ελέγχου επάνω στο περιβάλλον. Παρόλο που αυτός ο ορισμός είναι αρκετά ευρύς, υποδηλώνει ότι η επιθετικότητα περιλαμβάνει όχι μόνο αρνητικά στοιχεία, αλλά και θετικά, ακόμη και ιδιότητες που είναι απολύτως απαραίτητες στον άνθρωπο για την επιβίωσή του. Ο Brain (1994) πρότεινε έναν ορισμό που συνδυάζει και συμπληρώνει όλες τις παραμέτρους των ορισμών που είχαν χρονικά προηγηθεί. Υποστήριξε ότι για να θεωρηθεί μια συμπεριφορά επιθετική πρέπει, καταρχάς, να μπορεί εν δυνάμει να προκαλέσει βλάβη στον αποδέκτη της –αν και δεν μπορούν να θεωρηθούν επιθετικές όλες οι ενέργειες που είναι δυνατό να προκαλέσουν τραυματισμό– να γίνεται με σκοπό να βλάψει το θύμα, ακόμα και αν η κρίση του θύματος, του

δράστη ή/και ενός εξωτερικού αμερόληπτου παρατηρητή διαφέρουν ως προς αυτό το ζήτημα, να συνδέεται με αυξημένη διέγερση του θύτη και να προκαλεί αποστροφή και τάση αποφυγής στο θύμα.

Παρόμοιες είναι και οι διατυπώσεις των Berkowitz (1993), Baron & Richardson (1994), Bushman & Anderson (2001) και Geen (2001) πως η ανθρώπινη επιθετικότητα είναι οποιαδήποτε συμπεριφορά που στρέφεται προς άλλο άτομο – στόχο και πραγματοποιείται με την άμεση πρόθεση να προκαλέσει βλάβη. Επιπλέον, ο δράστης πρέπει να πιστεύει ότι η συμπεριφορά θα βλάψει το θύμα και ότι το θύμα έχει κίνητρο να αποφύγει την συμπεριφορά. Κατά αυτήν την θεώρηση, η τυχαία βλάβη δεν είναι επιθετική επειδή δεν είναι σκόπιμη. Η βλάβη που είναι προϊόν χρήσιμων ενεργειών (π.χ. ο πόνος κατά τη διάρκεια μιας οδοντιατρικής διαδικασίας) δεν είναι επίσης επιθετική, διότι ο δράστης πιστεύει ότι ο στόχος δεν έχει κίνητρο να αποφύγει την δράση. Ομοίως, ο πόνος που σχετίζεται με τον σεξουαλικό μαζοχισμό δεν είναι επιθετικός επειδή το θύμα δεν θέλει να τον αποφύγει (Baumeister, 1989).

Οι Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997) όρισαν ως επιθετικότητα την εμφανή συμπεριφορά, στην οποία εμπεριέχεται η σαφής πρόθεση να προκαλέσει κάποιος επώδυνα ερεθίσματα σε έναν άλλο οργανισμό ή να εκδηλώσει καταστροφική συμπεριφορά προς άψυχα αντικείμενα. Την διέκριναν, καταρχάς, στην λεκτική επιθετικότητα (εχθρότητα), στην σωματική επιθετικότητα εναντίον αντικειμένων (καταστροφικότητα), στην σωματική επιθετικότητα εναντίον άλλων ανθρώπων (βλαπτική - βία).

Οι Bouchard, Clarkson, & Tessier (1996) πρότειναν ως επιθετική συμπεριφορά: «κάθε πράξη η οποία κατά τη διάρκεια μιας συμπλοκής, παραβιάζει ή κινδυνεύει να παραβιάσει την σωματική ή ψυχολογική ακεραιότητα ενός ατόμου». Η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είναι είτε σωματική (όπως το δάγκωμα, το χτύπημα, η κλωτσιά, το σπρώξιμο) είτε λεκτική (όπως η απειλή, η ύβρις, η ωρυγή) (Bouchard et al., 1996). Οι επιθετικές συμπεριφορές, συχνά, εμφανίζονται σταθερά και συστηματικά σε διάφορα περιβάλλοντα και χρονικές στιγμές.

Οι μορφές της επιθετικότητας που απαντώνται στο ζωικό βασίλειο κατηγοριοποιούνται σε χωροκρατική, επικράτησης (ιεραρχία), σεξουαλική, γονική (πειθάρχησης), απογαλακτισμού, ηθικολογική, θηρευτική, αντιθηρευτική (Wilson, 1975 & Moyer, 1976) (βλ. παράρτημα 1, εικόνες 1 & 2) με συνηθέστερες, στον

άνθρωπο, την αυτοκατευθυνόμενη και την ετεροκατευθυνόμενη, την αντιδραστική ή παρορμητική και την προμελετημένη ή οργανωμένη ή άμεση, την φανερή ή άμεση και την συγκαλυμμένη ή παθητική ή έμμεση ή επιθετικότητα σχέσεων, την λεκτική και την σωματική (Griffin & Gross , 2003).

Η παρορμητική επιθετικότητα ορίζεται ως αντίδραση σε κάποια αντιληπτή πρόκληση σε μια προσπάθεια του ατόμου να υπερασπιστεί τον εαυτό του από ένα ερέθισμα που εκλαμβάνεται ως απειλητικό και συνοδεύεται από κάποιες ορατές μορφές θυμού (Price & Dodge, 1989).

Η προμελετημένη επιθετικότητα ορίζεται ως μια προσπάθεια του ατόμου να επηρεάσει ή να εξαναγκάσει ένα άλλο άτομο να κάνει κάτι, δίχως να έχει προηγηθεί κάποια πρόκληση. Είναι περισσότερο επικεντρωμένη σε ένα στόχο σε σχέση με την παρορμητική επιθετικότητα (Price & Dodge, 1989). Αναφέρονται δυο υποκατηγορίες προμελετημένης επιθετικότητας: α. Η οργανωμένη επιθετικότητα (instrumental aggression), που έχει στόχο την απόκτηση κάποιου αντικειμένου και, συνήθως, είναι καλά οργανωμένη και β. Ο τραμπουκισμός (ή εκφοβισμός ή bullying).

Άξια αναφοράς, τέλος, είναι η παθητική επιθετικότητα που είναι συνήθως σκόπιμη συμπεριφορά και, γενικά, μπορεί να περιγραφεί σαν μη-λεκτική επιθετικότητα που εκδηλώνεται με αρνητική συμπεριφορά. Άτομα που εμφανίζουν παθητική επιθετικότητα αντί για να επικοινωνήσουν με ειλικρίνεια όταν αισθάνονται αναστατωμένοι, ενοχλημένοι ή απογοητευμένοι, εμφανίζουν αλλαγές στη συμπεριφορά, είναι σκυθρωποί, κλείνονται στον εαυτό τους και εμφανίζουν αντίσταση στην επικοινωνία ή τα αιτήματα των άλλων δημιουργώντας σύγχυση γύρω από το θέμα. Η παθητική επιθετικότητα μπορεί να είναι αποκάλυπτη με προφανείς συμπεριφορές ή συγκαλυμμένη (χωρίς να εμφανίζονται οι παραπάνω συμπεριφορές) και αποτελεί ένα καταστροφικό πρότυπο συμπεριφοράς, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή συναισθηματικής κακοποίησης. Εμφανίζεται σε κάποιο βαθμό στην καθημερινότητα του καθενός, σαν ένας τρόπος για να αποφεύγονται οι έντονες συγκρούσεις. Το πρόβλημα αναγνωρίζεται όταν η παθητική επιθετικότητα επαναλαμβάνεται διαρκώς και επικρατεί στις προσωπικές ή εργασιακές σχέσεις. Παραδείγματα συμπεριφορών παθητικής επιθετικότητας:

- Απάθεια: αδιαφορία, ψυχρότητα, ψεύτικο χαμόγελο, κατάχρηση ουσιών, ανυπαρξία αυθορμητισμού.
- Ασάφεια: δεν δίνουν σημασία στα γεγονότα, αποφυγή συγκρούσεων, αποφυγή συζήτησης και επικοινωνίας, δεν αναπτύσσονται πλήρως τα επιχειρήματα στις συνομιλίες, εσκεμμένη καθυστέρηση κάποιων διαδικασιών.
- Ηττοπάθεια: επιλέγουν αναξιόπιστα άτομα, επιρρέπεια σε ατυχήματα, σκόπιμη παρουσίαση ανικανότητας.
- Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά: εμμονή με την υπερβολική καθαριότητα, συνεχείς έλεγχοι, τελειομανία.
- Ψυχολογική χειραγωγή: πρόκληση στην επιθετικότητα και στη συνέχεια υπερπροστατευτικότητα, συναισθηματικός εκβιασμός, ψευδή κλάματα.
- Μυστικοπαθής συμπεριφορά: δυσαρέσκεια για τους άλλους, μουρμουρητά, σχόλια, αποφυγή βλεμματικής επαφής, δικαιολογίες για την αποφυγή καταστάσεων.
- Αυτο-ενοχοποίηση: ζητάνε συγγνώμη πολύ συχνά και είναι υπερβολικοί κριτές για τον εαυτό τους, θυματοποίηση και κατηγορία των άλλων για κάποιες ευθύνες (Ψούνη, 2015), με το άτομο να «θυσιάζεται» προκειμένου να κερδίσει την επιείκεια ή την φροντίδα των άλλων και την ακύρωση επικείμενης επίφοβης αλλαγής.

Η παθητική επιθετικότητα, είναι ένας μηχανισμός άμυνας που αναπτύχθηκε από την πρώιμη ακόμα παιδική ηλικία, προκειμένου να προστατεύσει το άτομο βοηθώντας το να ανταπεξέλθει στην συνεχή καταπίεση και κακοποίηση, σε εποχές που ήταν, ή ένιωθε αδύναμο ή πολύ εξαρτημένο για ν' αντισταθεί. Ο παθητικά επιθετικός άνθρωπος νιώθει αδύναμος, απροστάτευτος, δεν μπορεί να εμπιστευτεί τους άλλους, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση κι ως εκ τούτου, απορρίπτει και σαμποτάρει ο ίδιος τον εαυτό του. Με το να γίνεται παθητικά επιθετικός, παίρνει τον έλεγχο και χειραγωγεί τους άλλους, κι έτσι βιώνει την ισχύ του. Όταν οι άλλοι ανταποκριθούν στη συμπεριφορά του και δεν οριοθετηθούν, τότε δημιουργούνται τοξικές και καταστροφικές σχέσεις.

## 2. Θεωρίες επιθετικής συμπεριφοράς

Ο Freud μίλησε για ένστικτα αυτοσυντήρησης (1897), για «φυσική ωμότητα», για επιθετική ενόρμηση και επιθετική τάση. Τέτοια ένστικτα έχουν σκοπό την προστασία της ζωής του υποκειμένου και της ναρκισσιστικής του ακεραιότητας. Πρόκειται για την ενστικτώδη βία (στα πρώιμα εξελικτικά στάδια του παιδιού) που συνδέεται με την αυτοσυντήρηση. Το 1917, ο ίδιος υποστήριξε ότι οι ματαιώσεις απελευθερώνουν επιθετικές αντιδράσεις. Υποστηρίχθηκε, επίσης, ότι η επιθετικότητα χορηγεί την απαιτούμενη ενέργεια ώστε το Εγώ να τα βγάλει πέρα στην ικανοποίηση άλλων ενορμήσεων (π.χ. επιθετική στάση κατά τη διεκδίκηση επαγγελματικών επιδιώξεων) (Μπακιρτζόγλου, 2013).

Πέντε βασικές θεωρίες επιθετικότητας επικρατούν στις πιο πρόσφατες έρευνες. Οι ίδιες οι θεωρίες αλληλεπικαλύπτονται σημαντικά, γεγονός που προκάλεσε πρώιμες προσπάθειες ενσωμάτωσής τους σε ένα ευρύτερο πλαίσιο (Anderson et al., 1995, 1996a):

*Θεωρία των γνωστικών συσχετίσεων.* Ο Berkowitz (1989, 1990, 1993) θεωρεί ότι διάφορα συμβάντα – ερεθίσματα που ο άνθρωπος έχει την εγγενή τάση να αποφεύγει όπως η αναταραχή, η πρόκληση, οι δυνατοί θόρυβοι, οι πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές θερμοκρασίες και οι δυσάρεστες οσμές προκαλούν δυσφορία και ενεργοποιούνται αυτόματα διάφορες σκέψεις, μνήμες, συμπεριφορικές αντιδράσεις και φυσιολογικές απαντήσεις του οργανισμού που σχετίζονται με τις αντιδράσεις πάλης / φυγής. Η αντίδραση πάλης οδηγεί σε στοιχειώδη συναισθήματα θυμού, ενώ η αντίδραση φυγής οδηγεί σε στοιχειώδη συναισθήματα φόβου. Επιπλέον, τα συνοδά χαρακτηριστικά ενός τέτοιου γεγονότος – ερεθίσματος συσχετίζονται με αυτό και με τις γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που προκαλούνται από αυτό. Στη θεωρία αυτή, οι επιθετικές σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές συνδέονται μεταξύ τους στη μνήμη (Collins & Loftus, 1975). Έννοιες με παρόμοια σημασία (π.χ. κακό, βλάβη) και έννοιες που συχνά ενεργοποιούνται ταυτόχρονα (π.χ. πυροβολισμός, όπλο) αναπτύσσουν ισχυρούς δεσμούς. Όταν ενεργοποιείται μια ιδέα, αυτή η ενεργοποίηση εξαπλώνεται σε όλες τις σχετικές έννοιες και αυξάνει την πιθανότητα ενεργοποίησής τους.

*Συμπεριφορικές θεωρίες.* Η παλαιότερη θεωρία της μάθησης στη σύγχρονη ψυχολογία εξηγεί τη συμπεριφορά από την άποψη της κλασικής μάθησης – μέσω της συσχέτισης ενός πράγματος με ένα άλλο. Ξεκινώντας από τον Ραβλον, αυτή η προσέγγιση υποδηλώνει ότι από τη στιγμή που οι άνθρωποι συνδέουν πράγματα ψυχικά, μαθαίνουν να αναμένουν ότι αυτά τα πράγματα θα συμβαίνουν πάντα μαζί. Αυτή η θεωρία συμπληρώθηκε αργότερα με τις θεωρίες συντελεστικής μάθησης που ανέπτυξαν οι Thorndike και Skinner, οι οποίες υποδηλώνουν ότι οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να επαναλάβουν μια συμπεριφορά που έχει ανταμειφθεί και είναι λιγότερο πιθανό να επαναλάβουν συμπεριφορά που τιμωρήθηκε. Στην έρευνα επιθετικότητας, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά μπορούν να διδαχθούν να συμπεριφέρονται επιθετικά μέσω θετικής ενίσχυσης ή να αποφεύγουν μια οδυνηρή συνέπεια μέσω αρνητικής ενίσχυσης. Επιπλέον, τα παιδιά μαθαίνουν να διακρίνουν μεταξύ των καταστάσεων που η επιθετικότητα έχει μια επιθυμητή συνέπεια και αυτών που δεν έχει και να γενικεύουν αυτή την γνώση σε νέες καταστάσεις. Παρόλο που μια τέτοια έρευνα καταδεικνύει ότι η επιθετικότητα μπορεί να διδαχθεί μέσω της μάθησης (Eron et al., 1971), ήταν σαφές από τη δεκαετία του 1960 ότι τέτοιες διεργασίες δεν μπορούσαν να εξηγήσουν όλη την «μαθημένη» επιθετικότητα. Ο Bandura (1983) πρότεινε ότι οι άνθρωποι αποκτούν επιθετικές αντιδράσεις με τον ίδιο τρόπο που αποκτούν και άλλες σύνθετες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς – είτε με άμεση εμπειρία είτε παρατηρώντας άλλους. Στα κλασικά του πειράματα, τα παιδιά παρακολούθησαν μια ταινία ενός ηθοποιού που χτύπησε μια κούκλα (Bobo) με διάφορους νέους τρόπους. Τα παιδιά ακολούθως μιμούνται τη συμπεριφορά χωρίς την επίδραση κλασικής ή συντελεστικής μάθησης. Ο Bandura ανέπτυξε, επίσης, την έννοια της εξειδικευμένης μάθησης της επιθετικότητας και έδειξε ότι τα παιδιά ήταν ιδιαίτερα πιθανό να μιμηθούν μοντέλα που είχαν ανταμειφθεί για την επιθετική συμπεριφορά τους. Στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης (που ονομάστηκε αργότερα κοινωνική γνωσιακή θεωρία), ο Bandura υποθέτει ότι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι κτίζουν τις εμπειρίες τους είναι αποφασιστικής σημασίας. Οι άνθρωποι μπορούν να δουν ένα άτομο να χτυπήσει άλλο, αλλά επίσης να αποφασίσουν πόσο ικανοί αισθάνονται να κάνουν το ίδιο και να κάνουν υποθέσεις σχετικά με το τί συνιστά κανονικό τρόπο αντίδρασης όταν κάποιος τους προκαλεί. Με αυτόν τον τρόπο, η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την

παρατηρούμενη επιθετικότητα όχι μόνο αυξάνει την πιθανότητα μίμησης της, αλλά επίσης επεκτείνει το φάσμα των καταστάσεων στις οποίες μπορεί να γενικευθεί αυτή η απάντηση (Bandura, 1986). Οι άνθρωποι μιμούνται, μερικές φορές, επιθετικά μοντέλα, ειδικά αν η επιθετική συμπεριφορά ανταμείβεται ή διεξάγεται από ένα άτομο που είναι ηρωικό, θαυμάζεται, υψηλής θέσης, ελκυστικό κτλ.

*Θεωρία κοινωνικής επεξεργασίας πληροφοριών και θεωρία σεναρίου.* Η συρροή της διαθεσιμότητας υπολογιστών και η αυξανόμενη κυριαρχία των γνωστικών προσεγγίσεων στην ψυχολογία στη δεκαετία του 1980 προκάλεσε μια σημαντική αλλαγή κατεύθυνσης στην έρευνα κοινωνικής ψυχολογικής επιθετικότητας. Για πρώτη φορά, οι ερευνητές άρχισαν να αντιλαμβάνονται την απόκτηση κοινωνικής συμπεριφοράς από πλευράς υπολογιστικών διαδικασιών - εισροών, εξόδων και επεξεργασίας πληροφοριών. Δύο βασικές θεωρίες επιθετικότητας προέκυψαν - η Θεωρία Κοινωνικής Επεξεργασίας Πληροφοριών του Dodge (1980) και η θεωρία σεναρίου του Huesmann (1982). Η θεωρία του Dodge υπογράμμισε τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των άλλων και κάνουν εκτιμήσεις σχετικά με τα κίνητρά τους. Ένα βασικό κατασκεύασμα στη θεωρία αυτή είναι η προκατάληψη για εχθρότητα, δηλαδή η τάση να ερμηνεύονται ασαφή ή ουδέτερα ερεθίσματα (όπως η πρόσκρουση σε ένα διάδρομο) ως περιέχοντα εχθρική πρόθεση. Αυτή η προκατάληψη έχει μελετηθεί εκτενώς και έχει βρεθεί ότι προβλέπει αξιόπιστα την επιθετική συμπεριφορά.

Η θεωρία των σεναρίων δίνει έμφαση στην υιοθέτηση σεναρίων συμπεριφοράς (σαν σενάριο ενός ηθοποιού) είτε μέσω της άμεσης εμπειρίας είτε μέσω της παρατήρησης. Τα σενάρια είναι σύνολα καλά δοκιμασμένων, άκρως συναφών εννοιών στη μνήμη, που συχνά περιλαμβάνουν αιτιώδεις συνδέσμους, στόχους και σχέδια δράσης (Abelson 1981, Schank & Abelson 1977). Όταν τα στοιχεία είναι τόσο ισχυρά συνδεδεμένα ώστε να σχηματίζουν ένα σενάριο, γίνονται μια ενιαία έννοια στη σημασιολογική μνήμη. Αφού κωδικοποιηθούν στη σημασιολογική μνήμη, τα σενάρια καθορίζουν συγκεκριμένες καταστάσεις και παρέχουν έναν οδηγό συμπεριφοράς. Επιπλέον, ακόμη και μερικές πρόβες ενός σεναρίου μπορούν να αλλάξουν τις προσδοκίες και τις προθέσεις ενός ατόμου που αφορούν σημαντικές κοινωνικές συμπεριφορές (Anderson 1983, Anderson & Godfrey 1987, Marsh et al., 1998). Ένα σενάριο συχνά δοκιμασμένο αποκτά ισχύ με δύο τρόπους:

Οι πολλαπλές πρόβες δημιουργούν πρόσθετες συνδέσεις με άλλες έννοιες στη μνήμη, αυξάνοντας έτσι τον αριθμό των οδών με τις οποίες μπορεί να ενεργοποιηθεί. Οι πολλαπλές πρόβες, επίσης, αυξάνουν την ισχύ των ίδιων των συνδέσεων. Στη θεωρία σεναρίων, ένα πρόσωπο που αντιμετωπίζει μια συγκεκριμένη κατάσταση θεωρεί πρώτα ένα σενάριο σχετικό με αυτή την κατάσταση, αναλαμβάνει ένα ρόλο στο σενάριο, αξιολογεί την καταλληλότητα ή το πιθανό αποτέλεσμα της υιοθέτησης του σεναρίου και, αν κριθεί σκόπιμο, τότε συμπεριφέρεται σύμφωνα με το σενάριο. Εάν ένα άτομο αποκρίνεται συνήθως σε σύγκρουση χρησιμοποιώντας ενέργειες που εμπεριέχουν επιθετικότητα, αυτά τα σενάρια μπορεί να γίνουν περισσότερα (δηλαδή, χρονικά προσιτό), να γίνονται αυτόματα και να γενικεύονται σε άλλες καταστάσεις, αυξάνοντας την πιθανότητα επιθετικότητας σε έναν αυξανόμενο αριθμό σφαιρών της ζωής. Αυτή η θεωρία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη γενίκευση των διαδικασιών κοινωνικής μάθησης και της αυτοματοποίησης (και της απλοποίησης) σύνθετη αντίληψη - κρίση - απόφαση - συμπεριφορά.

*Θεωρία μεταφοράς διέγερσης.* Η θεωρία μεταφοράς διέγερσης (Zillmann, 1983) σημειώνει ότι η φυσιολογική διέγερση υφίσταται αργά. Αν δύο ερεθίσματα διαχωρίζονται από ένα σύντομο χρονικό διάστημα, η διέγερση από το πρώτο αθροίζεται με αυτήν από το δεύτερο και η γνωστική αντίληψη που δίνεται στο δεύτερο ερέθισμα αποδίδεται λανθασμένα ως σχετική με όλη την εμπειρία της διέγερσης, δημιουργώντας έτσι μια ακατάλληλα ισχυρή ανταπόκριση. Εάν το δεύτερο ερέθισμα σχετίζεται με θυμό, τότε η πρόσθετη διέγερση θα πρέπει να κάνει το άτομο ακόμα πιο θυμωμένο, σ' ένα επίπεδο πολύ μεγαλύτερο από το αναμενόμενο ακόμα και για μια μικρή πρόκληση. Η έννοια της μεταφοράς διέγερσης υποδηλώνει, επίσης, ότι ο θυμός μπορεί να παραταθεί για μεγάλες χρονικές περιόδους αν κάποιος συνειδητά αποδώσει την αυξημένη διέγερση του σε αυτόν. Ο ισχυρός θυμός που σχετίζεται με τη μεταφορά διέγερσης μπορεί να επιμένει πολύ μετά την εξάλειψη της ίδιας της διέγερσης και το άτομο παραμένει έτοιμο να επιτεθεί για όσο διάστημα το αυτοπαραγόμενο αίσθημα θυμού επιμένει.

*Θεωρία Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης.* Η θεωρία της των Tedeschi & Felson (1994) ερμηνεύει την επιθετική συμπεριφορά ως κοινωνική συμπεριφορά επιρροής, δηλ. το άτομο - δράστης ενεργεί προκειμένου να προκαλέσει κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου - στόχου για να αποκτήσει κάτι (π.χ. πληροφορίες,



χρήματα, αγαθά, υπηρεσίες, ασφάλεια), για εκδίκηση ή για επίδειξη (π.χ. «ικανότητας»). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο δράστης λαμβάνει αποφάσεις η επιλογή των οποίων σχετίζεται με τις αναμενόμενες ανταμοιβές, το κόστος και τις πιθανότητες απόκτησης διαφορετικών αποτελεσμάτων. Η θεωρία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης παρέχει μια εξήγηση των επιθετικών πράξεων που υποκινούνται από υψηλότερους (ή τελικούς) στόχους. Ακόμη και η εχθρική επιθετικότητα μπορεί να έχει κάποιο «λογικό» στόχο από πίσω, όπως η τιμωρία του προβοκάτορα προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα μελλοντικών προκλήσεων. Αυτή η θεωρία παρέχει έναν εξαιρετικό τρόπο κατανόησης των πρόσφατων ευρημάτων ότι η επιθετικότητα είναι συχνά το αποτέλεσμα απειλής για την υψηλή αυτοεκτίμηση, ιδιαίτερα για την αδικαιολόγητη υψηλή αυτοεκτίμηση (π.χ. ναρκισσισμός) (Baumeister et al., 1996, Bushman & Baumeister, 1998).

*Το Γενικό Μοντέλο της Επιθετικότητας (GME, Anderson and Bushman, 2002).* Είναι η πιο πρόσφατη και ευρύτερη θεωρία για την επιθετικότητα μέχρι σήμερα. Πρόκειται για ένα βιο-κοινωνικό-γνωστικό μοντέλο που έχει σχεδιαστεί για να αποδίδει τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (αναπτυξιακά) αποτελέσματα ενός ευρέος φάσματος μεταβλητών επί της επιθετικότητας. Το GME μπορεί να εξηγήσει ευρύτερο φάσμα επιθετικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που δεν βασίζονται σε ανατρεπτικά γεγονότα ή αρνητικές επιδράσεις. Επιπλέον, είναι αναμφισβήτητο το μοντέλο που έχει την περισσότερη εμπειρική υποστήριξη. Το GME ενοποιεί τα προηγούμενα μείζονα μοντέλα επιθετικότητας από τον τομέα της κοινωνικής ψυχολογίας σε ένα ενιαίο πλαίσιο, αλλά ενσωματώνει επίσης γνώσεις κι από άλλους κλάδους στην ψυχολογία. Κάθε περίπτωση επιθετικότητας περιλαμβάνει ένα άτομο, με όλα τα χαρακτηριστικά του (π.χ. βιολογία, γονίδια, προσωπικότητα, συμπεριφορές, πεποιθήσεις, σενάρια συμπεριφοράς) που ανταποκρίνονται σε ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα, όπως μια πρόκληση, ένα αποτρεπτικό γεγονός ή μια επίθεση. Αυτές οι μεταβλητές ατόμου και περιβάλλοντος επηρεάζουν την τρέχουσα εσωτερική κατάσταση του ατόμου σε γνωστικό, συναισθηματικό και φυσιολογικό επίπεδο διέγερσης. Ανάλογα με τη φύση των ενεργοποιημένων δομών και τον τρόπο με τον οποίο διεγείρεται το άτομο, η άμεση αντίδρασή του μπορεί να προάγει την επιθετικότητα. Το άτομο μπορεί να ενεργήσει με αυτή την ώθηση, αλλά αν έχει το χρόνο και τις γνωστικές πηγές για να το πράξει και εάν η

άμεση απάντηση είναι ανεπιθύμητη, θα ακολουθήσει μια περίοδος αξιολόγησης και επανεκτίμησης, οπότε εξετάζονται οι συνέπειες, οι εναλλακτικές απαντήσεις και λαμβάνεται υπόψη μια απάντηση. Η επακόλουθη συμπεριφορά μπορεί να είναι ή να μην είναι επιθετική, αλλά σε κάθε περίπτωση όλες οι ενέργειες ανατροφοδοτούν την άμεση κατάσταση και επηρεάζουν επίσης την ψυχολογική σύνθεση του ατόμου, δηλαδή την προσωπικότητά του. Το ΓΜΕ περιλαμβάνει λεπτομερείς υποθέσεις που λαμβάνουν υπόψη μια πληθώρα εσωτερικών παραγόντων, μια σειρά πιθανών αιτιών για επιθετικότητα, γνωστές εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες και τα μέσα με τα οποία ενισχύεται και μαθαίνεται η συμπεριφορά. Από αυτήν την άποψη, δομές γνώσης όπως τα σχήματα (ομαδοποίηση γνώσεων, συναισθήματα, αναμνήσεις, αντιλήψεις και ιδέες για τυπική συμπεριφορά που επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα) και σενάρια (γνώση για το πώς οι άνθρωποι συμπεριφέρονται συνήθως σε μια δεδομένη κατάσταση όπως κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης) είναι παράγοντες που δεν μπορούν μόνο να ωθήσουν ένα άτομο να είναι επιθετικό στη συγκεκριμένη στιγμή, αλλά επίσης να αλλάξει ώστε να αντανakλά τις εμπειρίες του. Έτσι, η εμπειρία οδηγεί σε αλλαγές στον τύπο, το περιεχόμενο και την προσβασιμότητα των δομών γνώσης, οι οποίες θεωρούνται ως βάση της προσωπικότητας. Μαζί, αυτά τα χαρακτηριστικά του ΓΜΕ μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγήσουν τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επιθετικότητα σε μια σειρά μορφών και λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων των τριών βασικών διαστάσεων που έχουν ήδη επισημανθεί: βαθμός εχθρικής / αναταραχής επιρροής, βαθμός αυτοματισμού έναντι συνειδητής σκέψης και βαθμός στον οποίο ο στόχος είναι η βλάβη του θύματος ή το όφελος του δράστη. Διάφορα φαινόμενα από τη σεξουαλική και μη σεξουαλική επιθετικότητα κατά των γυναικών (π.χ. Anderson & Anderson, 2008), οι επιπτώσεις της προσωπικότητας σε βίαια εγκλήματα (Hosie et al., 2014) και δεκάδες άλλα εξηγούνται επαρκώς από το ΓΜΕ. Αυτό το γενικό μοντέλο έχει τουλάχιστον τέσσερα πλεονεκτήματα έναντι των άλλων θεωριών τομέα. Πρώτον, είναι πιο λακωνικό από το σύνολο των υφιστάμενων μονοθεωριών. Δεύτερον, εξηγεί καλύτερα τις επιθετικές πράξεις που βασίζονται σε πολλαπλά κίνητρα, π.χ., τόσο την οργανωμένη όσο και την αντιδραστική επιθετικότητα (Bushman & Anderson 2001). Τρίτον, θα συμβάλει στην ανάπτυξη πιο ολοκληρωμένων παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία ατόμων που είναι χρονίως

επιθετικά – πολλές από τις τρέχουσες προσπάθειες θεραπείας αποτυγχάνουν επειδή εστιάζουν μόνο σε ένα συγκεκριμένο είδος επιθετικότητας ή χρησιμοποιούν μία μονοθεωρητική προσέγγιση στη θεραπεία (Tate, Reppucci & Mulvey, 1995). Τέταρτον, παρέχει ευρύτερες γνώσεις σχετικά με θέματα παιδικής ανατροφής και ανάπτυξης, επιτρέποντας έτσι στους γονείς, τους δασκάλους και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις σχετικά με τις πρακτικές ανατροφής παιδιών (Zigler, Taussig & Black, 1992).

### **3. Νευροβιολογία της επιθετικής συμπεριφοράς**

Η προσχεδιασμένη βία δεν συνοδεύεται πάντα από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και σχεδιάζεται με σαφείς στόχους. Αντίθετα, η παρορμητική επιθετικότητα χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα αυτονομικής δραστηριότητας. Συνήθως, αντιπροσωπεύει μια απάντηση σε ένα αντιληπτό στρεσογόνο αίτιο. Η παρορμητική ή συναισθηματική επιθετικότητα, γίνεται παθολογική όταν η επιθετική απάντηση υπερβαίνει το μέγεθος της συναισθηματική πρόκλησης. Όταν μια απειλή είναι επικίνδυνη ή/και επικείμενη, η επιθετικότητα μπορεί να θεωρηθεί ως αμυντική και ως εκ τούτου μέρος της φυσιολογικής ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επομένως, το όριο στην αντιδραστική επιθετικότητα μεταξύ της παθολογικής και των πιο φυσιολογικών μορφών δεν είναι ξεκάθαρη και τα άτομα με παθολογική επιθετικότητα μπορεί να εκλογικεύσουν ή πράγματι να βιώσουν την βία ή την επιθετικότητα τους ως μέσα στα όρια της κανονικής προστατευτικής ή αμυντικής (Siever, 2008).

Βιολογικά, η επιθετικότητα έχει θεωρηθεί ότι σχετίζεται με ανισορροπία ανάμεσα στον κατιόντα (εκ των άνω προς τα κάτω) έλεγχο του προμετωπιαίου και πρόσθιου υπερμεσολόβιου φλοιού (δομές που ενέχονται στη συμμόρφωση της συμπεριφοράς στα κοινωνικά πρότυπα, στη διαμόρφωση των προσδοκιών ανταμοιβής και τιμωρίας και την καταπίεση των επιθετικών συμπεριφορών) και των επιτακτικών ανιόντων (εκ των κάτω προς τα άνω) ενορμήσεων που πυροδοτούνται από τις μεταιχμιακές δομές, όπως η αμυγδαλή. (Blair, 2004) (π.χ. στο πλαίσιο προμετωπιαίων φλοιικών αλλοιώσεων ως αποτέλεσμα τραύματος, όγκου ή μεταβολικών διαταραχών). Ένα συναισθηματικά προκλητικό ερέθισμα που λειτουργεί ως πυροδοτητής του επιθετικού συμβάντος γίνεται αρχικά αντικείμενο επεξεργασίας από το ακουστικό, το οπτικό και τα άλλα αισθητηριακά

κέντρα επεξεργασίας. Σε αυτό το στάδιο, αισθητηριακές διαστρεβλώσεις (π.χ. λόγω χρήσης ουσιών ή μεταβολικών διαταραχών), μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα διαστρεβλωμένες αισθητηριακές εντυπώσεις, οι οποίες ενδέχεται να αυξήσουν την πιθανότητα το ερέθισμα να εκληφθεί ως απειλητικό ή προκλητικό. Μετά την αισθητηριακή επεξεργασία η αποτίμηση του ερεθίσματος περνά στις δομές οπτικής και ακουστικής διεργασίας και τελικά στις περιοχές υψηλού βαθμού διεργασίας, περιλαμβανομένων του προμετωπιαίου, κροταφικού και βρεγματικού φλοιού (Siever, 2008).

Αυτά τα στάδια επεξεργασίας της πρώιμης πληροφορίας μπορούν να επηρεαστούν από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, που διαμορφώνουν την πρόσληψη της πρόκλησης, καθώς και από γνωσιακές διαστρεβλώσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε παρανοϊκού τύπου πεποιθήσεις. Η επεξεργασία του ερεθίσματος σε σχέση με προηγούμενες συναισθηματικές καταστάσεις που έχουν κωδικοποιηθεί στην αμυγδαλή και τις άλλες σχετιζόμενες μεταιχμιακές δομές, θα πυροδοτήσουν την ενόρμηση για μια επιθετική ενέργεια, ενώ ο προμετωπιαίος φλοιός θα παράσχει την top-down εξομάλυνση αυτών των συναισθηματικών αντιδράσεων, καταπιέζοντας συμπεριφορές με αρνητικές συνέπειες. Η ανισορροπία αυτή μεταξύ των μεταιχμιακών ενορμήσεων και των μηχανισμών προμετωπιαίου ελέγχου μπορεί να αποτελεί μια σημαντική παράμετρο για πολλές ψυχιατρικές διαταραχές (Siever, 2008).

Πολλοί νευροδιαβιβαστές και ορμόνες εμπλέκονται στη ρύθμιση της επιθετικής συμπεριφοράς. Τα περισσότερα από τα σημερινά αποδεικτικά στοιχεία υποστηρίζουν έντονα τους ρόλους της σεροτονίνης και των κατεχολαμινών.

Η σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη, 5-HT) ασκεί ανασταλτικό έλεγχο της παρορμητικής επιθετικότητας. Στο συναπτικό επίπεδο, η επαναπρόσληψη είναι ένας μηχανισμός για τον τερματισμό της δράσης της σεροτονίνης. Αυτή η επαναπρόσληψη επιτυγχάνεται με τον μεταφορέα σεροτονίνης (5HTT). Χαμηλή συγκέντρωση αυτού του δείκτη της σεροτονινεργικής μετάδοσης στο E.N.Y. συσχετίστηκαν θετικά με την παρορμητική βίαιη και αυτοκτονική συμπεριφορά σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας (Brown et al., 1979, Rossel & Siever, 2015). Η σεροτονίνη διευκολύνει τις προμετωπιαίες φλοιικές περιοχές, όπως τον μετωπιαίο φλοιό και τον πρόσθιο υπερμεσολόβιο φλοιό, οι οποίες εμπλέκονται στη ρύθμιση ή και καταπίεση ανάδυσης επιθετικών συμπεριφορών, δρώντας

πρωτίστως στους 5-HT<sub>2</sub> υποδοχείς σεροτονίνης. Έτσι, ανεπάρκεια στη σεροτονινεργική εννεύρωση αυτών των περιοχών αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα την άνευ αναστολών επιθετικότητα μετά από πρόκληση (Siever, 2008).

Η αυξημένη δραστηριότητα των κατεχολαμινών ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη ενισχύει την πιθανότητα για επιθετικότητα με την τελευταία να εμπλέκεται τόσο στην έναρξη όσο και την εκτέλεση της επιθετικής συμπεριφοράς (De Almeida et al., 2005).

Ανωμαλίες στη χολινεργική δραστηριότητα (Steinberg et al., 1997), αυξημένη γλουταμινεργική σε συνδυασμό με μειωμένη γκαμπαεργική δραστηριότητα (Fish et al., 2002), η αυξημένη αγγειοπιεσίνη (Coccaro, 1998) μπορεί να συνεισφέρουν στην υπερδραστηριότητα των υποφλοιωδών μεταιχμιακών περιοχών και σε δυσφορία ή ευερεθιστότητα που ενδέχεται να πυροδοτήσουν επιθετικότητα.

Τέλος, η τεστοστερόνη και τα στεροειδή μπορεί να προκαλούν επιθετικότητα, σε συνδυασμό με τη δράση των νευροδιαβιβαστών, ενισχύοντας την απάντηση του εγκεφαλικού κυκλώματος που σχετίζεται με την κοινωνική επιθετικότητα (Giotakos et al., 2004) ενώ χαμηλές συγκεντρώσεις κορτιζόλης (Fettison et al., 2006) και χοληστερόλης (Golomb et al., 2004) σχετίζονται με επιθετική συμπεριφορά, περιλαμβανομένων βίαιων εγκλημάτων και βίαιων αποπειρών αυτοκτονίας. Ωστόσο, υποστηρίζεται πως η επιθετικότητα που σχετίζεται με την τεστοστερόνη δεν εκδηλώνεται τόσο με βίαιες πράξεις, όσο μάλλον με μη αποδεκτή κοινωνικά συμπεριφορά (Μιχαλοπούλου & Λύκουρας, 2008).

#### **4. Γενικά χαρακτηριστικά – Παράγοντες κινδύνου**

Το προφίλ ενός βίαιου ανθρώπου, όπως έχει καταγραφεί στην βιβλιογραφία, περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά: άνδρας, νέος (ηλικιακή περίοδος κινδύνου 18 – 30 ετών), άγαμος, άνεργος, χαμηλής εκπαίδευση και χαμηλού κοινωνικού – οικονομικού επιπέδου, χαμηλού νοητικού πηλίκου (Pearson et al., 1986, Borum et al., 1996), με προηγούμενο ιστορικό βίας (Meeham et al., 2006), με ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, με χρήση/κατάχρηση αλκοόλ – ουσιών που επιδρούν στο ΚΝΣ (Swanson, 1994), με

αντικοινωνική/ψυχοπαθητική διαταραχή προσωπικότητας (Moffit, 1993, Widiger & Trull, 1994) και με υποτροπή ψυχικής νόσου με διαταραχές σκέψης ή/και αντίληψης.

Τέλος, τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σωματικά είναι περισσότερο πιθανό να γίνουν βίαιοι ως ενήλικες. Έχει φανεί ότι τα κακοποιημένα αγόρια τείνουν να ταυτίζονται με τον επιτιθέμενο, με αποτέλεσμα να γίνονται συχνότερα επιθετικοί, ενώ τα κακοποιημένα κορίτσια τείνουν να επαναλαμβάνουν την θυματοποίησή τους στις σχέσεις τους ως ενήλικες (Carmen et al., 1984).

## **5. Επιθετικότητα και Ψυχοπαθολογία**

Ποικίλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα, η τάση για άγχος, η τάση για αναζήτηση του καινούργιου, η εξάρτηση από την επιβράβευση και η αποφυγή του πόνου παρουσιάζονται σε ποικίλες συμπεριφορές, όπως στην αντικοινωνική/ψυχοπαθητική συμπεριφορά, στην αυτοκτονική συμπεριφορά και στην κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, τα άτομα με τέτοιου είδους συμπεριφορές μπορεί να πάσχουν από ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, εξάρτηση από ουσίες και διαταραχές προσωπικότητας.

### **5.1 Μείζονες ψυχικές διαταραχές**

Σε ό,τι αφορά της μείζονες ψυχικές διαταραχές, η επιθετικότητα απαντάται συχνότερα στη σχιζοφρένεια, όπου είναι ετερογενής. Ένα μέρος της σχετίζεται με την νόσο και μπορεί να μειωθεί με αντιψυχωτική αγωγή. Άλλο κομμάτι της σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, είναι ανεξάρτητο από την ψύχωση και δεν φαίνεται να ανταποκρίνεται στις συνήθεις θεραπείες (Swanson et al., 2006). Οι Fazel & Danesh (2002) υπολόγισαν τον επιπολασμό της ψυχωτικής συνδρομής σε 3,7% για τους άνδρες και 4% για τις γυναίκες ανάμεσα σε έγκλειστους φυλακών από 12 χώρες. Ειδικότερα στα εγκλήματα κατά της ζωής οι δράστες έχουν 5%-10% πιθανότητα να είναι σχιζοφρενείς (Μουρίκης & Δουζένης, 2008).

Η παρουσία παραληρητικής παραγνώρισης (σύνδρομο Capgras, σύνδρομο Fregoli καλ.) στο περιεχόμενο της σκέψης στην σχιζοφρένεια αυξάνει την πιθανότητα ένα άτομο να ενεργήσει επιθετικά και άτομα με τέτοια σύνδρομα

έχουν προκαλέσει σοβαρές σωματικές βλάβες σε τρίτους. Οι ανθρωποκτονίες είναι ασυνήθεις αλλά όχι σπάνιες (Λύκουρας, 2008).

Επιπλέον, οι σταθερά επιθετικοί ασθενείς φαίνεται να διαφέρουν νευροβιολογικά από τους ασθενείς με περιστασιακή επιθετικότητα. Οι Krakowski et al. (1985) υποδεικνύουν ότι ο παρανοειδής τύπος της σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερης επικινδυνότητας για βίαιη συμπεριφορά όταν συγκρίνεται με άλλες διαγνωστικές κατηγορίες της σχιζοφρένειας. Η κλινική εμπειρία οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που έχουν δομημένα παραληρήματα ή/και διατακτικές ακουστικές ψευδαισθήσεις, ένα κοινό εύρημα στην παρανοειδή σχιζοφρένεια, είναι περισσότερο πιθανό να δράσουν στη βάση αυτών των συμπτωμάτων, σε σύγκριση με άτομα που έχουν αποδιοργανωτικού τύπου σχιζοφρένεια. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος βιαιότητας όταν οι ασθενείς βιώνουν αρνητικά συναισθήματα άγχους, θυμού, θλίψης και τρόμου που πηγάζουν από τα συμπτώματά τους. Ασθενείς, δε, με ιστορικό μη συμμόρφωσης με την αγωγή και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες έχουν αυξημένο κίνδυνο βιαιότητας (Joyal et al., 2004).

Οι επιθετικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάθλιψη διακρίνονται:

- στην αλτρουιστική δολοφονία και αυτοκτονία ή επεκτεινόμενη αυτοκτονία
- στην ανθρωποκτονία
- στην παιδοκτονία
- στην κλοπή από τα καταστήματα,

ενώ με την μανία ή την υπομανία συσχετίζονται αδικήματα όπως η μέθη, οι μικροαπάτες, η απρεπής σεξουαλική συμπεριφορά, η ήπια βία και σπανιότερα εμπρησμός, βιασμός, πρόκληση θανατηφόρου τροχαίου δυστυχήματος (Φερεντίνος & Δουζένης, 2008).

## **5.2 Διαταραχές προσωπικότητας**

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνδέονται με βίαιη συμπεριφορά, τα οποία περιλαμβάνουν την παρορμητικότητα, την χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, την μη ανοχή στην κριτική, την απρόσεκτη οδήγηση, την αντικοινωνική συμπεριφορά και τις επιφανειακές

σχέσεις. Τόσο η έρευνα όσο και η κλινική πράξη δείχνουν ότι η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα δύο συγκεκριμένων διαταραχών προσωπικότητας, της οριακής και της αντικοινωνικής. Επιπλέον, το άτομο με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αναζητά συχνά εκδίκηση όταν σχεδιάζει και εκτελεί κάποια βίαιη πράξη. Ένα τέτοιο άτομο μπορεί επίσης να συμπεριφερθεί βίαια μετά από κατανάλωση αλκοόλ, μια ουσία που αυξάνει τα επίπεδα παρορμητικότητας. Επιπρόσθετα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνεισφέρουν στη βιαιότητα είναι η απουσία ενσυναίσθησης και η άρνηση υπευθυνότητας (Moffit, 1993, Widiger & Trull, 1994). Σε επόμενο κεφάλαιο θα συζητηθεί η επίδραση του ναρκισσισμού στην επιθετικότητα.

### **5.3 Άλλες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς**

Ένα από τα πλέον ισχυρά ευρήματα στη βιβλιογραφία είναι ότι η χρήση ουσιών αυξάνει την πιθανότητα για επιθετική συμπεριφορά. Μεγάλη επιδημιολογική έρευνα έδειξε ότι το 25% αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια για εξάρτηση ή κατάχρηση από αλκοόλ και το 35% αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης ή χρήσης απαγορευμένων εξαρτησιογόνων ουσιών, ήταν βίαιοι κατά το προηγούμενο έτος (Swanson, 1994). Η ίδια έρευνα έδειξε ότι ο συνδυασμός χρήσης ουσιών και ψυχικής διαταραχής προκαλεί περισσότερη βία από κάθε άλλον παράγοντα από μόνο του, καθώς επίσης ότι η οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή προκαλεί λιγότερη βία μόνη της, σε σύγκριση με τη χρήση ουσιών. Σε διερεύνηση του κινδύνου επιθετικότητας στη σχιζοφρένεια βρέθηκε ότι η σχιζοφρένεια από μόνη της αυξάνει δέκα φορές τον κίνδυνο για ανθρωποκτονία, ενώ η συννόσηση με χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο δέκα επτά φορές (McNamara & Finding, 2008).

Η βιβλιογραφία υποδεικνύει, επίσης, ότι ένα άτομο έχει αυξημένες πιθανότητες επιθετικότητας αν έχει ιστορικό διαταραχής υπερκινητικότητας, ιστορικό συλλήψεων για βίαιη συμπεριφορά, ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας πριν από τα 18, καθώς και εμπρησμών και κακοποίησης ζώων (Manuzza et al., 1989).

## **6. Επιθετικότητα στον επαγγελματικό χώρο της υγείας**

### **6.1 Γενικά - Επιδημιολογία**

Η βία προς τους εργαζόμενους, στο χώρο εργασίας τους, έχει



κατηγοριοποιηθεί ανάλογα με τη σχέση του δράστη με το πλαίσιο και τους υπαλλήλους του από το Κέντρο Έρευνας για την Πρόληψη των Τραυματισμών του Πανεπιστημίου της Iowa (Workplace Violence: A Report to the Nation, UIIPRC, 2001, βλ. παράρτημα 1 εικόνα 3). Οι Peek-Asa, Runyan και Zwerling έχουν περιγράψει τις τέσσερις κατηγορίες βίας:

- Τύπος I (Εγκληματική Πρόθεση): Ο δράστης δεν έχει καμία σχέση με τον εργασιακό χώρο και προβαίνει σε μια εγκληματική πράξη (π.χ. ληστεία).
- Τύπος II (πελάτης προς εργαζόμενο): Ο δράστης είναι πελάτης των υπηρεσιών / προϊόντων του εργασιακού χώρου (π.χ. ασθενής, συνοδός, φοιτητής, κρατούμενος).
- Τύπος III (εργαζόμενος προς εργαζόμενο): Ο δράστης και το θύμα είναι συνάδελφοι ή πρώην συνάδελφοι του ίδιου εργασιακού χώρου.
- Τύπος IV (Προσωπική Σχέση): Ο δράστης έχει, συνήθως, προσωπική σχέση με έναν εργαζόμενο (π.χ. συμβάν ενδοοικογενειακής βίας που εκτυλίσσεται στο εργασιακό χώρο του δράστη ή του θύματος).

Η επιθετική συμπεριφορά, λοιπόν, που απευθύνεται από εργαζόμενο σε εργαζόμενο εμπίπτει στη βία τύπου III στο χώρο εργασίας ενώ πιο διαφορούμενες πράξεις κακομεταχείρισης που στερούνται την αυτονόητη πρόθεση της βίας στο χώρο εργασίας χαρακτηρίζονται ως «απρέπεια» στο χώρο εργασίας (Andersson & Pearson, 1999).

Η βία τύπου III περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμβάντων, όπως φυσική επίθεση, λεκτική επίθεση, παρενόχληση, απειλές και τραμπουκισμό (Jackson et al., 2002). Για παράδειγμα, οι νεότερες νοσηλεύτριες μπορεί να εκφοβίζονται από ανώτερα νοσηλευτικά στελέχη (Ditmer, 2010), οι ειδικευόμενοι ιατροί από επιμελητές ιατρούς (Acik et al., 2008) και οι νοσοκόμες μπορεί να στοχοποιούνται από ιατρούς (Rosenstein, 2002, Hegney et al., 2006). Αυτός ο τύπος βίας είναι συνήθως μη σωματικός και περιλαμβάνει λεκτική προσβολή (Rowe & Sherlock 2005), συναισθηματική κακοποίηση (Roche et al., 2010) και εκφοβισμό (Hogh et al., 2011). Η βία τύπου III μπορεί να περιλαμβάνει ή όχι σωματικές βλάβες, αλλά πάντα περιλαμβάνει ψυχολογική συνιστώσα που μπορεί να είναι επιζήμια για την ευεξία των εργαζομένων (Arnetz & Arnetz 2001, Hesketh et al., 2003, Gerberich et al., 2004). Η εκφοβιστική συμπεριφορά στο εργασιακό περιβάλλον (Kivimaki et al., 2000) και η λεκτική προσβολή (Rowe & Sherlock 2005) έχουν συσχετιστεί με

αυξημένη συχνότητα απουσιών από την εργασία, ενώ η διαταραχτική συμπεριφορά έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει αρνητικά τόσο την εργασιακή ικανοποίηση όσο και τον δεσμό μεταξύ των επαγγελματιών (Rosenstein, 2002).

Η «απρέπεια» έχει οριστεί ως απόκλιση συμπεριφοράς, χαμηλής έντασης, με διφορούμενη πρόθεση να προκαλέσει βλάβη (Andersson & Pearson, 1999). Η εμπειρία μια τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης απόδοσης και των αυξημένων απουσιών από την εργασία (Sliter et al., 2012). Απρεπείς συμπεριφορές που «επιτρέπεται» να συνεχιστούν μπορεί να διαιωνίζονται (Andersson & Pearson, 1999) και η κακομεταχείριση να κλιμακώνεται σε πιο επιθετικές συμπεριφορές, ενώ τα θύματα να διστάζουν να αναφέρουν τα συμβάντα (Hesketh et al., 2003), ιδίως επί απουσίας φυσικού τραυματισμού (Arnetz et al., 2011b).

Η σύγκρουση είναι ένα αναπόφευκτο και μερικές φορές επίπονο μέρος της προσωπικής, επαγγελματικής και οργανωτικής ζωής, ειδικά μέσα στις ομάδες. Σύμφωνα με μια έρευνα του Pace (2008), το 85% των εργαζομένων αντιμετωπίζει συγκρούσεις, το 49% πιστεύει ότι οι κύριες αιτίες είναι οι ασυμβατότητες των προσωπικοτήτων και η εχθρότητα μεταξύ εργαζομένων, το 34% το άγχος και το 33% ο μεγάλος φόρτος εργασίας. Ο βαθμός συνεκτικότητας των μελών μιας ομάδας, η ασυμβατότητα των στόχων των ατόμων ή των ομάδων, η αβεβαιότητα, η έλλειψη κατανόησης, οι διαφορές στις αξίες, στις στάσεις, στις ανάγκες, στις πεποιθήσεις, στις αντιλήψεις και στα συμφέροντα αποτελούν πηγές έντασης και συγκρούσεων (Maxwell et al., 2014). Οι Ρούσου και Παυλάκης (2011) αναφέρουν ότι στη μελέτη του Skjorshammer, το 95,75% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι «...οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντά τους και δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά». Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της αλληλοεπικάλυψης ρόλων που αυξάνει τις προστριβές ανάμεσα στους εργαζόμενους. Επίσης, η διαφορετική κουλτούρα και οι διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα επικοινωνίας, π.χ. εμποδίζοντας την καλή ροή των πληροφοριών μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων (Σαπουντζή - Κρέπια, 2001).

Οι υγειονομικές ομάδες, με πολλαπλές ειδικότητες να πρέπει να συνεργαστούν, δεν είναι άνοσες στο φαινόμενο. Η κακομεταχείριση των

συνεργατών υπάρχει διεθνώς, σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η συντριπτική πλειοψηφία των γιατρών αντιμετωπίζει τους άλλους με σεβασμό, τις περισσότερες φορές. Ωστόσο, ορισμένοι δεν το κάνουν. Σε μια πρόσφατη έρευνα, δύο στους τρεις γιατρούς ανέφεραν περιπτώσεις συναδέλφων τους να λειτουργούν διαταραχτικά στις σχέσεις μεταξύ τους ή στην φροντίδα των ασθενών, τουλάχιστον μία φορά το μήνα (McDonald, 2011). Στην ίδια έρευνα, ένας στους εννέα γιατρούς ανέφερε ότι βλέπει καθημερινά μια διαταραχτική συμπεριφορά. Αν και οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι μόνο το 5% ή το 6% των ιατρών εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία (Rosenstein & O'Daniel, 2005), η επιζήμια επίδραση αυτής της μικρής μειονότητας υπερβαίνει κατά πολύ τον αριθμό τους. Οι Lazarus et al. (2008), ανέφεραν πως οι ιατροί των τριών ειδικοτήτων που εμφανίζουν τα πιο επιθετικά στιλ λεκτικής επικοινωνίας, κατά φθίνουσα σειρά, είναι εκείνοι της επεμβατικής ακτινολογίας, της γενικής χειρουργικής και της γενικής ιατρικής.

Μια ποιοτική μελέτη διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές έρχονταν αντιμέτωποι πιο συχνά με βία από συναδέλφους νοσηλευτές παρά από τους ασθενείς (Farrell, 1997). Οι Saxton et al. (2009), διαπίστωσαν πως ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών υπέστησαν αναστάτωση ή κακοποίηση και σε τέσσερις από τις μελέτες που ανασκόπησαν, περισσότερο από το 90% των νοσοκόμων ανέφεραν ότι είχαν υποστεί τέτοια κακοποίηση. Σε μια μεγάλη μελέτη, το 31% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι γνώριζαν έναν συνάδελφο που είχε εγκαταλείψει το νοσοκομείο εξαιτίας καταστροφικής συμπεριφοράς κάποιου γιατρού. Σε μια εθνική έρευνα περίπου 300 Αμερικανών νοσοκόμων, η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης εκφοβισμού βρέθηκε μεταξύ των νοσοκόμων που εργάζονται σε χειρουργικές μονάδες (23%), ακολουθούμενες από μονάδες εντατικής φροντίδας (18%) (Vessey et al., 2009). Στη μελέτη της Kaitelidou et al., (2012), οι νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι οι διαφορές στην εκπαίδευση είναι ισχυρή πηγή συγκρούσεων, δεδομένου ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά διαφορετικά επίπεδα νοσηλευτικής εκπαίδευσης (πανεπιστημιακή, τεχνολογική, διετούς επαγγελματικής κατάρτισης). Στην ίδια μελέτη, οι γιατροί ανέφεραν ότι είχαν περισσότερες συγκρούσεις με νοσηλευτές και ιδιαίτερα με εκείνους υψηλότερης (πανεπιστημιακής) εκπαίδευσης, ενώ το φαινόμενο παρουσιάζεται εντονότερο ανάμεσα σε κατόχους διδακτορικού διπλώματος.

Σύμφωνα με ετήσιες έρευνες της Ένωσης Αμερικανών Ιατρικών Κολλεγίων, το 14% έως το 17% των μεταπτυχιακών φοιτητών αναφέρουν ότι έχουν υποστεί ή καταστεί μάρτυρες κάποια μορφή κακομεταχείρισης. Ωστόσο, άλλες μελέτες υποδηλώνουν ότι η επικράτηση της κακομεταχείρισης των σπουδαστών είναι πολύ υψηλότερες. Οι φοιτητές ιατρικής που εκφοβίστηκαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακομεταχειριστούν ασθενείς στο μέλλον (Moscarello et al., 1994). Πρόσφατες αναφορές καταγράφουν ότι το 53% των φοιτητών ιατρικής αντιμετωπίζουν "εξουθένωση" (Dyrbye, 2010) και ότι το 14% πάσχουν από κλινικά σημαντική κατάθλιψη (Schwenk et al., 2010).

## **6.2 Ειδικά χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας**

Η φροντίδα υγείας ως επάγγελμα φαίνεται να είναι μια ιδιαίτερα σημαντική ευθύνη που, μερικές φορές οδηγεί σε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, δυσφορίας, κατάχρησης ουσιών, κατάθλιψης και προβλημάτων συμπεριφοράς σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα. Αν και κάποιος βαθμός αποστασιοποίησης είναι απαραίτητος και επιθυμητός σε επαγγέλματα που φέρνουν τους ανθρώπους σε στενή επαφή με δυσάρεστες εμπειρίες, οι έρευνες για τη βέλτιστη διαχείριση του άγχους υποδηλώνουν ότι η άρνηση των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να είναι μόνο ένα βραχυπρόθεσμο μέτρο, συνήθως σε ακραίες καταστάσεις. Τα αρνητικά συναισθήματα αντιμετωπίζονται καλύτερα με την αναγνώρισή τους και την έκφρασή τους, σε συνδυασμό με θετικές προτάσεις για διαχείριση και δράση. Η αποστασιοποίηση δεν είναι η ίδια με την άρνηση: έτσι, εάν οι φοιτητές της ιατρικής έχουν να αντιμετωπίσουν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων αλλά επαγγελματικά ενθαρρύνονται να απορρίψουν αυτές τις ανησυχίες από το μυαλό τους, δεν θα έχουν άλλη επιλογή από το να βρουν εναλλακτικούς τρόπους για να εξαλείψουν το άγχος, π.χ. χρησιμοποιώντας ουσίες ή μετατοπίζοντας τη δυσφορία σε άλλους (Adshead, 2014).

### **6.2.1 Επαγγελματική εξουθένωση**

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο που περιλαμβάνει συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης και η επικρατεί διεθνώς. Λόγω της φύσης της εργασίας, οι

εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς έχουν επιλέξει επαγγέλματα που συχνά είναι σωματικά, νοητικά και συναισθηματικά απαιτητικά. Στην πραγματικότητα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά του συνδρόμου (Cimiotti et al., 2012, Morse et al., 2012) μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Το ποσοστό των επιπτώσεων του συνδρόμου που έχουν συσχετιστεί με ανεπιθύμητες ενέργειες για τους ασθενείς και το προσωπικό υπερβαίνει το 50%. Οι επιπτώσεις περιλαμβάνουν φτωχότερες σχέσεις μεταξύ συνεργατών, αρνητικές στάσεις απέναντι στους ασθενείς, την εργασία και το πλαίσιο, παραίτηση από το έργο και αλλαγές στην φύση και την συχνότητα των αλληλεπιδράσεων με τους ασθενείς και τους συναδέλφους (Cordes & Dougherty, 1993). Το πρόβλημα αυτό αντιπροσωπεύει μια κρίση της δημόσιας υγείας και τα αίτια αυτής της «επιδημίας» είναι σε μεγάλο βαθμό κεντρικά και περιλαμβάνουν υπερβολικό φόρτο εργασίας, δυσχερείς συνθήκες εργασίας, γραφειοκρατικές επιβαρύνσεις, ελλειμματικές ή ανύπαρκτες οργανωτικές δομές υποστήριξης, αποτροπή πρωτοβουλιών. Ατομικοί παράγοντες παίζουν, επίσης, ρόλο με υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης που συνήθως αναφέρονται σε γυναίκες και νεότερους γιατρούς. Η εξουθένωση συνδέεται με την αύξηση της πιθανότητας κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ κατά 25% (Oreskovich, 2012), διπλασιάζει τον κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού [Shanefelt et al., 2011, Van Der Heijden, 2008] και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων (West et al., 2012).

Ανεξάρτητα από όποια προσπάθεια επίλυσης υιοθετηθεί, το πρόβλημα αντιμετωπίζεται καλύτερα ως κοινή ευθύνη τόσο των πλαισίων υγείας όσο και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας. Για να εκπληρώσει η ιατρική την αποστολή της για τους ασθενείς και για τη δημόσια υγεία, όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να συνεργαστούν για να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές θεραπείες του συνδρόμου. (West et al., 2018).

### **6.2.2 Αποανθρωποποίηση**

Φαινόμενα κακομεταχείρισης και επιθετικότητας που κατευθύνεται από τους επαγγελματίες υγείας προς τους εξυπηρετούμενους/πελάτες έχουν αρχίσει

να μελετώνται υπό το πρίσμα της αποανθρωποποίησης. Σταθερά δεδομένα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας αποδίδουν στους ασθενείς μια χαμηλότερη ανθρώπινη κατάσταση: οι ασθενείς θεωρούνται λιγότερο μοναδικοί άνθρωποι από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές (Carozza et al., 2015, Trifiletti et al., 2014). Συμπεριφορές που προσβάλλουν την αξιοπρέπεια των ασθενών περιλαμβάνουν το προσωπικό να χρησιμοποιεί παιδόμορφη γλώσσα όταν απευθύνεται σε πρεσβύτερους (O'Connor & Rigby, 1996), το προσωπικό να χρησιμοποιεί διάφορες μορφές επιθετικότητας όταν αλληλεπιδρά με ψυχικά ασθενείς, το προσωπικό να μεταχειρίζεται διαφορετικά ασθενείς που ανήκουν στη δική τους ή σε άλλη φυλετική / εθνική / θρησκευτική ομάδα κ.αλ.

Οι Haque & Waytz (2012) περιέγραψαν λειτουργικές (η αντικειμενοποίηση, η μειωμένη ενσυναίσθηση) και μη λειτουργικές (οι απρόσωπες πρακτικές, οι επώδυνες ή βλαπτικές ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις, η αίσθηση «παντοδυναμίας» ορισμένων επαγγελματιών υγείας) αιτίες για την αποανθρωποποίηση των ασθενών. Στην περίπτωση των λειτουργικών αιτιών, η αποανθρωποποίηση χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες υγείας για να διευκολύνουν την περίθαλψη των ασθενών και την επίλυση κλινικών προβλημάτων καθώς μειώνει την αίσθηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Vaes & Muratore, 2013) και μειώνει τα επίπεδα του αυτοαναφερόμενου άγχους (Trifiletti et al., 2014) με ευεργετικές επιδράσεις στην ευταξία τους και στην απόδοση τους στην εργασία, αν και άλλες έρευνες (Haque & Waytz, 2012, Jack et al., 2013) διαψεύδουν αυτά τα ευρήματα.

Έχει επίσης βρεθεί ότι οι στάσεις και οι πεποιθήσεις αποανθρωποποίησης εκφράζονται μάλλον μη λεκτικά (π.χ. γλώσσα σώματος, βλεμματική επαφή) ή στα αναλογικά χαρακτηριστικά του λόγου (π.χ. ταχύτητα και ένταση ομιλίας), τα οποία μπορεί να μεταφέρουν μηνύματα απόρριψης και προκατάληψης στους ασθενείς. Η λεκτική κυριαρχία συνδέεται με την έμμεση αλλά όχι την άμεση φυλετική προκατάληψη (Hagiwara et al., 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β – ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ

### 1. Ορισμοί

Σύμφωνα με την Ελληνική Μυθολογία, ο Νάρκισσος, γιος της νύμφης Λειριώπης και του ποταμού Κηφισού, καθισμένος κοντά σε μια πηγή είδε το πρόσωπό του στα νερά της. Η εικόνα του που καθρεφτιζόταν στο νερό τον γοήτευσε και θέλησε, βυθίζοντας τον βραχίονα του στο νερό να την αιχμαλωτίσει. Επειδή όμως παρά τις προσπάθειές του δεν το κατόρθωνε παρέμεινε στην θέση αυτή αυτοθαυμαζόμενος μέχρι που μαράζωσε και πέθανε. Στη θέση εκείνη μετά από λίγο φύτρωσε το ομώνυμο άνθος, ως σύμβολο της φθοράς και των χθόνιων θεοτήτων.

Όπως αναφέρουν οι Raskin & Terry (1988) ο ναρκισσισμός εισήχθη για πρώτη φορά στην βιβλιογραφία το 1898, όταν ο Havelock Ellis χρησιμοποίησε τον όρο *Narcissus-like* για να αναφερθεί σε μια «τάση να χαθούν τα σεξουαλικά συναισθήματα και να απορροφηθούν σχεδόν εξ ολοκλήρου στην αυτοεικόνα» στο βιβλίο του «Autoerotism, a psychological study». Λίγο μετά την εμφάνιση αυτής της αναφοράς, το 1899, ο Nacke έγραψε μια γερμανική περίληψη του εγγράφου του Ellis στην οποία χρησιμοποίησε τον όρο *Narcissmus* για να αναφερθεί σε μια σεξουαλική διαστροφή στην οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει το σώμα του ως σεξουαλικό αντικείμενο. Αν και ο Nacke ήταν μια ασαφής φιγούρα στη γερμανική ψυχιατρική τότε, η αναφορά του στον ναρκισσισμό κέντρισε την προσοχή του Freud και, προφανώς, του έκανε βαθιά εντύπωση γιατί μέχρι το 1914 ο ναρκισσισμός είχε γίνει βασική ιδέα της μεταψυχολογικής και κλινικής σκέψης του.

### 2. Ψυχοπαθολογία – Επιδημιολογία

Όλοι οι άνθρωποι έχουμε στοιχεία ναρκισσισμού από τη στιγμή που γεννιόμαστε. Αυτό σημαίνει ότι επικεντρωνόμαστε στον εαυτό μας – στις επιθυμίες και τις ανάγκες μας. Ωστόσο, η αυτοεκτίμηση και η δημόσια εικόνα μας είναι η γέφυρα του ναρκισσισμού με την κοινωνία. Η εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας και τα μηνύματα που δίνουμε στους άλλους για μας είναι συνυφασμένα με τα βιώματα και τα μηνύματα που πήραμε από την οικογένειά μας στην παιδική

ηλικία. Όταν βέβαια αυτό συναντάται στην υπερβολή του, τότε αναφερόμαστε σε διαταραγμένη προσωπικότητα.

Η Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας (ΝΔΠ) χαρακτηρίζεται από ένα διάχυτο μοτίβο μεγαλείου (στην φαντασία ή στη συμπεριφορά), την ανάγκη για θαυμασμό και την έλλειψη ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5, για να διαγνωστεί ένα άτομο με ΝΔΠ πρέπει να πληροί, τουλάχιστον, πέντε από τα παρακάτω κριτήρια:

- Έχει μια μεγαλειώδη αίσθηση σπουδαιότητας για τον εαυτό του (π.χ. διογκώνει τα επιτεύγματα και τα ταλέντα του, περιμένει να αναγνωριστεί σαν ανώτερο χωρίς να παρουσιάζει ανάλογες επιτυχίες)
- Έχει έντονη ενασχόληση με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, εξυπνάδας, ομορφιάς ή ιδανικής αγάπης
- Πιστεύει ότι είναι ξεχωριστό και μοναδικό και μπορούν να το καταλάβουν μόνο ή πρέπει να συναναστρέφεται μόνο με άλλα μοναδικά άτομα υψηλού κύρους (ή θεσμούς)
- Απαιτεί υπερβολικό θαυμασμό
- Έχει μια αίσθηση ιδιαίτερων δικαιωμάτων, δηλ. μη λογικές προσδοκίες για ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση ή αυτόματη συμμόρφωση των άλλων με τις προσδοκίες του
- Εκμεταλλεύεται διαπροσωπικά, δηλ. εκμεταλλεύεται τους άλλους για να επιτύχει τους σκοπούς του
- Του λείπει η «ενσυναίσθηση»: είναι απρόθυμο να αναγνωρίσει η να ταυτοποιηθεί με τα αισθήματα και τις ανάγκες των άλλων
- Συχνά, ζηλεύει ή φθονεί τους άλλους ή πιστεύει ότι το φθονούν
- Εμφανίζει αλαζονική, υπεροπτική συμπεριφορά ή στάση

Η διαταραχή εμφανίζεται σε 1% - 1,5% του γενικού πληθυσμού και σε 4%-16% του κλινικού πληθυσμού και σε ίση αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Οι άνθρωποι με αυτή την διαταραχή προσωπικότητας είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στην αποτυχία, την ήττα ή την κριτική και εξοργίζονται όταν δεν κατορθώνουν να ικανοποιήσουν – επιβεβαιώσουν την μεγάλη ιδέα που έχουν για τον εαυτό τους. Θεωρούνται εγωκεντρικοί, αλαζόνες και εγωιστές και μπορούν να γίνουν αγενείς, εριστικοί και επιθετικοί, σε ακραίες συνθήκες. Κριτικάρουν έντονα τους άλλους ενώ είναι ελαστικοί στην αυτοκριτική τους. Δεν δέχονται την



άποψη των άλλων, δεν δέχονται κριτική από τους άλλους, θέτουν ανέφικτους επαγγελματικούς στόχους ενώ δεν είναι συνεπείς στην εργασιακή καθημερινότητα τους: χρησιμοποιούν την εργασία και τον εργασιακό χώρο για να αποκτήσουν αναγνώριση και κύρος παρά για να παράξουν αποτελέσματα.

Στον αντίποδα της ανωτέρω περιγραφείσας μορφής, που αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως «ανοικτός» ή «έκδηλος» ή «εμφανής» ναρκισσισμός ή ως ο «Επιλήσμων Νάρκισσος», βρίσκεται ο συγκεκριμενοποιημένος ναρκισσισμός ή ο «Υπεράγρυπνος Νάρκισσος», ο οποίος δεν εκθέτει τον εαυτό του στο κοινό, μένει στην αφάνεια ανησυχώντας σε μεγάλο βαθμό για την κριτική των άλλων. Στην πραγματικότητα, η προσοχή του είναι συνεχώς στραμμένη προς τους άλλους. Κοινός παρονομαστής, ωστόσο, αποτελεί η βαθιά εσωτερική αίσθηση τρόμου, ανεπάρκειας, ντροπής και ελλειμματικότητας.

Ο νάρκισσος στερείται σεμνότητας, δυνατότητας συνεργασίας και μοιράσματος, δεν διαθέτει γνήσια καλοσύνη και ανεπιτήδευτη ευγένεια, δεν είναι αυθεντικός. Σύμφωνα με τον Kernberg (1975), χαρακτηρίζεται από μια διάσταση ανάμεσα σε μια ασυνείδητη αίσθηση ανεπάρκειας και ένα συνειδητό αίσθημα ανωτερότητας. Όπως γράφει ο Johnson (1987), ναρκισσιστής είναι κάποιος που έχει θάψει την έκφραση του πραγματικού του εαυτού ως απάντηση σε πρόσφατα τραύματα και την έχει αντικαταστήσει με έναν υψηλά ανεπτυγμένο και ικανοποιητικό εαυτό. Επομένως, η αυτοενίσχυση και η μεγαλοπρέπεια θεωρούνται στρατηγικές για την ρύθμιση των εσωτερικών συναισθημάτων της ανεπάρκειας με την αντιμετώπιση των αισθήσεων ανωτερότητας, επιτρέποντας έτσι σε ένα άτομο να διατηρήσει μια αίσθηση υπερηφάνειας και αυτοπεποίθησης.

Η ναρκισσιστική διαταραχή συνυπάρχει πολλές φορές με την κατάθλιψη και την αντικοινωνικότητα όπως και με την παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας στο επίπεδο της αδυναμίας εμπιστοσύνης στους άλλους.

### **3. Ναρκισσισμός και επιθετικότητα**

Οι παραδοσιακές θεωρίες καταγράφουν την χαμηλή αυτοεκτίμηση ως ισχυρή και επικίνδυνη αιτία βίας. Αυτή η άποψη φαίνεται να είναι τόσο ευρέως και άκριτα αποδεκτή που συχνά επιδεικνύεται τυχαία, απουσία άλλων αποδεικτικών στοιχείων ή παρ' όλη την ύπαρξη, προφανώς, αντίθετων στοιχείων: οι έρευνες απεικόνιζαν τους επιτιθέμενους ως εγωιστές και αλαζόνες, αλλά στη

συνέχεια προσέθεταν την συνηθισμένη υπόθεση ότι αυτά τα άτομα πρέπει να υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι Baumeister et al. (1996) καθόρισαν ένα μοντέλο (βλ. παράρτημα 1, εικόνα 4) στο οποίο ο εγωτισμός, μια διογκωμένη, ίσως αβάσιμη & ασταθής, ιδέα εαυτού ως απάντηση ενός απειλούμενου εγώ, οδηγεί σε επιθετικότητα. Υπάρχουν τρεις βασικές μεταβλητές σε αυτό το μοντέλο: το εγώ, η απειλή και η επιθετικότητα και οι ερευνητές απέδειξαν πως, στην πραγματικότητα, όσο υψηλότερη ή, ακριβέστερα, πιο διογκωμένη είναι η αυτοεκτίμηση τόσο μεγαλύτερη είναι η ευπάθεια στις απειλές του εγώ.

Σε μια μετα-ανάλυση σχετικά με τον ναρκισσισμό και την επιθετικότητα οι Bettencourt et al. (2006) διαπίστωσαν ότι ο ναρκισσισμός συνδέεται με την επιθετικότητα μόνο υπό συνθήκες πρόκλησης, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ναρκισσιστές δεν είναι πάντα θυμωμένοι και επιθετικοί. Σε καταστάσεις που απειλούν το εγώ, η επιθετικότητα είναι μια επιλογή (συνήθως λανθασμένη) που στοχεύει στο να κερδίσει «σεβασμό» και να προκαλέσει αντίποινα εναντίον του ατόμου ή της ομάδας που έχει κάνει τον ναρκισσιστή να αισθάνεται προσβεβλημένος ή τραυματισμένος (Twenge & Campbell, 2003). Επιπλέον, οι Jones & Paulhus (2010) διαπίστωσαν ότι οι ναρκισσιστές ανταποκρίνονται επιθετικά σε προκλήσεις που απειλούν την μεγαλοπρέπεια τους (Morf & Rhodewalt, 2001a), αλλά όχι σε άλλα είδη απειλών.

Πράγματι, σήμερα, τα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη πως η εκδήλωση μιας επιθετικής συμπεριφοράς είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν άνθρωποι, με μια ναρκισσιστικά διογκωμένη αίσθηση προσωπικής υπεροχής, αντιμετωπίζουν ανθρώπους που ανοιχτά και με παρρησία αμφισβητούν ή χλευάζουν αυτήν την υπεροχή. Η επιθετικότητα έρχεται να προστατέψει το απειλούμενο εγώ. Πολλοί τύποι απειλών αυξάνουν την επιθετικότητα. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη απειλή του εγώ στην έρευνα επιθετικότητας είναι η αρνητική ανατροφοδότηση ή η κριτική, αλλά υπάρχουν αποδείξεις ότι η κοινωνική απόρριψη (π.χ. η ανυπακοή και η έλλειψη σεβασμού) και ο περιορισμός της ελευθερίας ή της αυτονομίας προκαλούν παρόμοια επιθετικότητα (Konrath, Bushman & Campbell, 2006).

#### **4. Ναρκισσισμός και δημιουργικότητα**

Ο Kris (1956) περιέγραψε την έννοια του προσωπικού μύθου ως μια αυτοβιογραφική ιστορία που χτίζεται γύρω από μια τρυφερή οικογενειακή

φαντασίωση που παρατηρείται, ειδικά, σε εμμονικούς χαρακτήρες και εξυπηρετούν μια αμυντική λειτουργία. Χρησιμοποιώντας την περίπτωση του Ν. Καζαντζάκη, ο Lester (1985) υποστήριξε τον ισχυρισμό ότι ο προσωπικός μύθος λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα κατά του άγχους που προέρχεται από πρώιμα ναρκισσιστικά τραύματα.

Ο Raskin (1980) διαπίστωσε πως, κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρατηρήθηκαν εντυπωσιακές ομοιότητες μεταξύ ορισμένων περιγραφικών χαρακτηριστικών της *δημιουργικής προσωπικότητας* (π.χ. καλλιτέχνες, χειροτέχνες, αρχιτέκτονες) και των περιγραφικών χαρακτηριστικών που χρησιμοποίησε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία για τον ορισμό της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, στο DSM 3 όπως αυτο-απορρόφηση και αυτοπροσανατολισμό, πλούσια εσωτερική ζωή, πρωτογενή σκέψη, παρορμητικότητα, αυτονομία, αυτοπεποίθηση, ισχυρή ανάγκη για κυριαρχία, τάση για εκμετάλλευση, ελλείμματα στο συναίσθημα και την ενσυναίσθηση, επιθετικότητα και ανάγκη επιβεβαίωσης και αναγνώρισης. Πράγματι, ο ερευνητής απέδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ της δημιουργικότητας και του ναρκισσισμού, ανεξάρτητη από το φύλο ή την ηλικία.

Περιγραφές ιδιαίτερα δημιουργικών ανθρώπων υποδεικνύουν ότι είναι, συχνά, ιδιαίτερα ναρκισσιστές, καθοδηγούνται μόνο από τις δικές τους επιθυμίες και δεν είναι ευαίσθητοι στις απόψεις άλλων (MacDonald & Wilson, 2005).

Οι Goncalo et al. (2010) διεξάγοντας τρεις έρευνες, παρατήρησαν πως ο ναρκισσισμός συσχετίστηκε θετικά με την αυτοαναφερόμενη δημιουργικότητα, οι ναρκισσιστές κρίνονται ως πιο δημιουργικοί, εν μέρει λόγω του ενθουσιασμού τους και πως το να έχεις περισσότερους ναρκισσιστές στην ομάδα είναι καλύτερο για τη δημιουργία δημιουργικών αποτελεσμάτων (μολονότι υπάρχουν πάρα πολλοί με μειωμένη απόδοση). Κατέληξαν, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι οι ναρκισσιστές δεν είναι υποχρεωτικά πιο δημιουργικοί από τους άλλους, αλλά, σίγουρα, νομίζουν ότι είναι και είναι ικανοί να πείσουν και τους άλλους για αυτό, καθώς τα υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησής τους μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι άλλοι αξιολογούν τις ιδέες τους.

## 5. Ναρκισσισμός στον επαγγελματικό χώρο της υγείας

Ο Marcus (2003), αναλύοντας τα όνειρα φοιτητών ή ειδικευόμενων Ιατρικής, παρατήρησε την ανάδυση της ασυνείδητης φαντασίωσης του *θεραπευτή - ήρωα* και την εξήγησε ως άμυνα ενάντια στις αναπόφευκτες, οδυνηρές συναισθηματικές εμπειρίες της ιατρικής εκπαίδευσης. Ο Bennet (1987) υποδηλώνει ότι υπάρχει μια ιδιαίτερη «ιατρική» προσωπικότητα, με χαρακτηριστικά όπως η μικρή ανοχή στο άγχος, η απόρριψη των εξωθεσμικών παραγόντων, η προσκόλληση στην ιεραρχία και την εξουσία. Αναφέρεται, επίσης, στο γεγονός ότι οι φοιτητές της ιατρικής είναι λιγότερο ανεκτικοί στην αβεβαιότητα από άλλους φοιτητές και ότι είναι περισσότερο ελεγχόμενοι και επίμονοι. Άλλα προβληματικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας που εντοπίζονται σε γιατρούς περιλαμβάνουν την καταναγκασμό, την τελειομανία, το υπερβολικό αίσθημα ευθύνης και την υπερβολική αυτοπεποίθηση.

Ο ναρκισσισμός έχει συσχετιστεί με μια σειρά προσωπικών και επαγγελματικών επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένου του αντιληπτού άγχους, της κατάθλιψης, της ποιότητας του ύπνου, της αντιπαραγωγικής επαγγελματικής συμπεριφοράς, της εργασιομανίας και του εργασιακού άγχους. Βάσει της βιβλιογραφίας αλλά και της κλινικής εμπειρίας, τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενδέχεται, επίσης, να αυξήσουν τον κίνδυνο συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Von Kanel et al., 2017).

Οι αντιπαραγωγικές επαγγελματικές συμπεριφορές (ΑΕΣ) (Penney & Spector, 2002) είναι συμπεριφορές από υπαλλήλους που σκοπεύουν να βλάψουν το πλαίσιο ή τα μέλη του πλαισίου, όπως κλοπή, δολιοφθορά, διαπροσωπική επιθετικότητα, επιβράδυνση της εργασίας, σπατάλη χρόνου ή/και υλικού και διάδοση φημών. Οι συμπεριφορές αυτές έχουν μελετηθεί με διάφορους όρους όπως η αντικοινωνική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας, η επιθετικότητα στο χώρο εργασίας και οι αποκλίσεις στο χώρο εργασίας. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι αυτές οι συμπεριφορές είναι επιβλαβείς για τους οργανισμούς και τα άτομα που συνδέονται με αυτούς (π.χ. υπάλληλοι, πελάτες).

Ο ναρκισσισμός, δεν έχει ακόμη διερευνηθεί σε σχέση με την ευρύτερη κατηγορία των ΑΕΣ, ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία στη βιβλιογραφία των ΑΕΣ που υποστηρίζουν αρκετά σημεία της θεωρίας του απειλούμενου εγώ και του μοντέλου των Baumeister, Smart & Boden (1996). Ο ευάλωτος χαρακτήρας των

ναρκισσιστών τούς οδηγεί να αναζητούν συνεχώς ανατροφοδότηση από το κοινωνικό ή εργασιακό τους περιβάλλον για να επιβεβαιώνονται (Zeigler - Hill et al., 2010).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το μοντέλο του Spector (1978, 1997), ένα άτομο θα βιώσει απογοήτευση ή ματαιώση αν ερμηνεύσει ένα συμβάν ή μια κατάσταση στην εργασία ως *παρεμβολή στο στόχο*. Για τους ναρκισσιστές, ένας πιθανός στόχος είναι η ανωτερότητά τους από τους άλλους. Η συναισθηματική αντίδραση που συνδέεται με την εμπειρία της απογοήτευσης μπορεί να κυμαίνεται από μικρές ενοχλήσεις μέχρι οργή, που μπορεί να οδηγήσει σε ΑΕΣ. Έτσι, η διαδικασία με την οποία οι ναρκισσιστές μπορεί να συμπεριφερθούν επιθετικά είναι παρόμοια και στα δύο μοντέλα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ – ΤΥΠΟΣ ΔΕΣΜΟΥ

### 1. Θεωρία δεσμού – Τύποι δεσμού

Η θεωρία δεσμού βασίζεται στο κοινό έργο των John Bowlby και Mary Salter-Ainsworth. Η ιστορία ξεκινά την δεκαετία του '30, με το ενδιαφέρον του Bowlby για τη σχέση μεταξύ της απώλειας ή της στέρησης της μητέρας και της μετέπειτα ανάπτυξης της προσωπικότητας του παιδιού και με το ενδιαφέρον της Ainsworth για την θεωρία της ασφάλειας. Αν και ο Bowlby και η Ainsworth εργάστηκαν ανεξάρτητα στην αρχή της σταδιοδρομίας τους, αμφότεροι επηρεάστηκαν από τον Freud και άλλους ψυχαναλυτές (όπως την Melanie Klein) - άμεσα στην περίπτωση του Bowlby, έμμεσα στην Ainsworth (Bretherton, 1992). Η θεωρία δεσμού είναι ένας τρόπος να αντιληφθεί κανείς την τάση των ατόμων να κτίζουν ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς με συγκεκριμένους άλλους και να κατανοήσει τις ποικίλες μορφές συναισθηματικής αναστάτωσης (π.χ. θυμός, απελπισία, απόρριψη). Οι σχέσεις προσκόλλησης στους ανθρώπους, σε αντίθεση με εκείνες των ζώων, αναπτύσσονται αργά κατά το πρώτο έτος της ζωής. Η θεωρία είναι διεπιστημονική και αντλεί από την ψυχανάλυση, την ηθολογία και τη γνωστική επιστήμη για να εξηγήσει την φύση της προσκόλλησης στις ανθρώπινες σχέσεις.

Τόσο ο Bowlby όσο και η Ainsworth προσπάθησαν να εξηγήσουν τις διαδικασίες της πρώιμης κοινωνικής σύνδεσης μέσω μιας θεωρίας που είναι πιο συνεπής με τις αρχές της σύγχρονης βιολογίας και ψυχολογίας από την κοινωνική μάθηση ή την ψυχαναλυτική θεωρία. Προτείνουν ότι τα βρέφη γεννιούνται με μια γενετικά καθορισμένη προδιάθεση να αναζητήσουν την εγγύτητα των ενήλικων μορφών που θα τα προστατεύουν και θα τα φροντίζουν. Οι γονείς, με τη σειρά τους, έχουν προδιάθεση να ανταποκριθούν με συμπεριφορές που λειτουργούν συμπληρωματικά στις συμπεριφορές των βρεφών.

Οι περιγραφές του Ainsworth σχετικά με τους τέσσερις τύπους συμπεριφορών προσκόλλησης (των νηπίων) στην "Παράξενη Κατάσταση" (την πειραματική διαδικασία που ανέπτυξε με τον Wittig, το 1969) είναι:

- ασφαλής
- αγχώδης – αποφευκτικός
- αγχώδης – αμφιθυμικός

- αποδιοργανωμένος.

Κατά την επανεξέταση των ερευνητικών και κλινικών στοιχείων, ο Bowlby κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με αυτοπεποίθηση τείνουν να προέρχονται από στενά συνδεδεμένες, σταθερές και ζεστές οικογένειες που θέτουν όρια σχετικά με τη συμπεριφορά, ανάλογα με την ηλικία. Χαρακτήρισε την αποφυγή στενών διαπροσωπικών σχέσεων ως *καταναγκαστική αυτοπεποίθηση*. Στον χαρακτηρισμό του, τα άτομα αυτά έχουν ουσιαστικά χάσει την ελπίδα είτε να επανακτήσουν επαφή με το πρόσωπο της προσκόλλησης είτε να γίνουν δεκτικά σε ενδεχόμενη επαφή. Η αυτοπεποίθηση που εμφανίζουν είναι σε μεγάλο βαθμό ψευδο-ανεξαρτησία, καθώς προκαλείται από τον φόβο στενών σχέσεων. Ο Liotti (1991b) περιέγραψε το αποφευκτικό άτομο ως "δεσμευμένο στη μοναξιά", βλέποντας τους άλλους απορριπτικά, ως απρόθυμους ή ανίκανους να παράσχουν την απαραίτητη υποστήριξη. Έχοντας μεγαλώσει από απορριπτικούς ή παραμελητικούς γονείς, το παιδί, και ως ενήλικος, μαθαίνει να περιμένει ελάχιστα από τους άλλους και έτσι να αποφεύγει. Οι ανασφαλείς τρόποι σχετιζοσθαι έχουν αποδειχθεί ότι χαρακτηρίζουν τα άκρα, δηλαδή, την πλήρη αποφυγή οικειότητας και την υπερεμπλοκή.

Προτείνεται, γενικά, ότι οι γονείς και οι φροντιστές που προσφέρουν μια ασφαλή βάση τείνουν να αποδίδουν ψυχολογικά υγιή παιδιά που, ως ενήλικες, μπορούν να σχηματίσουν καλές σχέσεις με άλλους, μπορούν να ασκήσουν καλή διαχείριση του άγχους και να διαμορφώσουν τα δικά τους ακραία συναισθήματα χωρίς να χάσουν τον έλεγχο. Η σχέση, δε, μεταξύ πρώιμης παραμέλησης ή κακοποίησης και μεταγενέστερων προβλημάτων έχει πολλάκις αναδειχθεί στην βιβλιογραφία (Ansbro, 2008).

Τα τελευταία 25 χρόνια, η θεωρία δεσμού έχει καταστεί ένα από τα κυρίαρχα θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση των συναφών γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων του ενήλικα που σχετίζονται με την κοινωνική και αναπτυξιακή ψυχολογία (Cassidy & Shaver, 1999). Παρόλο που η θεωρία αναπτύχθηκε αρχικά με επίκεντρο τα παιδιά, οι συμπεριφορές προσκόλλησης ενεργοποιούνται, επίσης, σε ενήλικες όταν εκτίθενται σε απειλές. Εκτιθέμενος σε απειλή (πραγματική ή συμβολική) κάποιος ενήλικος, το σύστημα προσκόλλησης ενεργοποιείται και ο ίδιος θα αισθανθεί την επιθυμία να αναζητήσει και να αποκαταστήσει την εγγύτητα (πραγματική ή

συμβολική) με ένα πρόσωπο προσκόλλησης. Όταν ο στόχος της ασφάλειας επιτυγχάνεται, το σύστημα προσκόλλησης απενεργοποιείται και το άτομο μπορεί να επιστρέψει ειρηνικά σε δραστηριότητες που δεν συνδέονται με τον δεσμό (Mikulincer & Shaver, 2007).

## **2. Δεσμός, προσωπικότητα, ψυχοπαθολογία**

Η ποιότητα της πρώιμης γονικής προσκόλλησης επηρεάζει την γονιδιακή έκφραση και την ανάπτυξη της νευρωνικής αρχιτεκτονικής στον νεοφλοιό, η οποία ρυθμίζει τις κοινωνικές σχέσεις και τα συναισθήματα (Adshead, 2014).

Οι ασφαλείς εμπειρίες προσκόλλησης είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη ενός υγιούς ναρκισσισμού. Ο ασφαλής τύπος δεσμού που χαρακτηρίζεται από άνεση για εγγύτητα και αλληλεξάρτηση και από εμπιστοσύνη στην αγάπη των άλλων, συνδέθηκε με ευτυχισμένες, οικείες και στοργικές σχέσεις, φιλικές και ερωτικές. Τα άτομα τείνουν να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της ζωής και είναι πιο πιθανό είτε να ρυθμίσουν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους και να αποκαταστήσουν μόνοι τους την συναισθηματική ισορροπία ή να ζητήσουν βοήθεια από τους άλλους. Ο αποφευκτικός τύπος που χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια για τις προθέσεις των άλλων και την τάση για απόσταση, συνδέεται με φόβο για οικειότητα και δυσκολίες που, κάθε φορά, εξαρτώνται από τους άλλους. Ο αμφιθυμικός δεσμός που χαρακτηρίζεται από έντονη επιθυμία για οικειότητα και, ταυτόχρονα, ανασφάλεια σχετικά με τις προθέσεις των άλλων, συνδέθηκε με την εξάρτηση από την αγάπη, την παθιασμένη αγάπη και τον φόβο του ατόμου μήπως δεν αγαπηθεί.

Σύμφωνα με τον ίδιο τον Bowlby, οι αγχώδεις διαταραχές των ενηλίκων μπορεί να έχουν, εν μέρει, τις ρίζες τους στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας στις οποίες το παιδί ήταν αβέβαιο για τη διαθεσιμότητα του προσώπου – προστάτη σε στιγμές δυσφορίας. Σε μια ανασκόπηση των Manning et al. (2017) βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του ανασφαλούς δεσμού και της κοινωνικής φοβίας. Διαχρονικά, οι μελέτες υποδηλώνουν ότι τα άτομα με ανασφαλή δεσμό κατά την παιδική ηλικία τείνουν να μεγαλώνουν σε ενήλικες που δημιουργούν ανασφαλείς δεσμούς με τους συνομηλίκους τους και γίνονται ανασφαλείς γονείς στα δικά τους παιδιά. Χωρίς να είναι απόλυτο, όσο πιο ανασφαλής είναι ο δεσμός στην παιδική ηλικία, τόσο πιο πιθανό είναι να παραμείνει ανασφαλής και μετά την ενηλικίωση.



Πολλά χαρακτηριστικά του ανασφαλούς (αποφευκτικού & αμφιθυμικού) δεσμού στην ενήλικη ζωή μοιάζουν με σημεία και συμπτώματα διαταραχής προσωπικότητας και έχει προταθεί από τον Livesley (1998) ότι ο ανασφαλής δεσμός πρέπει να θεωρηθεί ως διάσταση της διαταραχής της προσωπικότητας, λόγω των πολλών και έντονων διαπροσωπικών δυσλειτουργιών των ατόμων αυτών. Οι Adshead & Sarkar (2012) προτείνουν, ως ένδειξη διαταραχής προσωπικότητας, την επίθεση στα πρόσωπα προσκόλλησης (σύντροφοι, παιδιά, φροντιστές). Οι Wiltgen et al. (2014) αναφέρουν μελέτες που καταλήγουν πως ο ανασφαλής δεσμός συνδέεται με τις διαταραχές της προσωπικότητας του συμπλέγματος B, δηλαδή, την αντικοινωνική, την οριακή και την ναρκισσιστική. Συγκεκριμένα, η οριακή διαταραχή συνδέεται με έναν υποτύπο ανασφαλούς δεσμού που ονομάζεται απορροφημένος ή υπερεμπλεκόμενος, όπου το άτομο είναι πολύ αμφιθυμικό με τα πρόσωπα που συνδέεται (με ένα παθητικό ή επιθετικό τρόπο). Τα άτομα που εκδηλώνουν αντικοινωνική, βίαιη συμπεριφορά προς τους άλλους είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ένα πρότυπο απόρριψης, στο οποίο αρνούνται οποιαδήποτε αδυναμία ή ευαλωτότητα και η προσκόλληση σε άλλους θεωρείται περιττή ή ντροπιαστική (Pfafflin & Adshead 2003, Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009).

Σύμφωνα με τον Kohut (1971), ο έκδηλος και προφανής ναρκισσισμός προκύπτει όταν στοιχεία του εαυτού που σχηματίζεται στην παιδική ηλικία αποτυγχάνουν να ενσωματωθούν σωστά με την υπόλοιπη προσωπικότητα, λόγω ανεπαρκούς αντανάκλασης (δηλ. τους επαίνους και τις εκφράσεις αποδοχής που ενημερώνουν το παιδί ότι είναι «καλό») από τον γονέα. Σε μια προσπάθεια να επαναλάβει την ψυχολογική διαδικασία ανάπτυξης και να εκπληρώσει τις ανεκπλήρωτες παιδικές ανάγκες, ο «επιλήσμων νάρκισσος» συνεχίζει να εκφράζει μεγαλοπρέπεια και τάση για επίδειξη στην ενηλικίωση. Αντίστοιχα, η ανικανότητα του «υπεράγρυπνου ναρκισσιστή» να ρυθμίζει τα συναισθήματά του πηγάζει από την αποτυχία των γονέων να ανταποκρίνεται στα στενόχωρα συναισθήματα που εκφράζει το παιδί. Αυτό το έλλειμμα υποστηρικτικού γονέα μπορεί να οδηγήσει στην έλλειψη κατάλληλων στρατηγικών για την αντιμετώπιση έντονων συναισθημάτων και στην υπερβολική εξάρτηση από αμυντικούς μηχανισμούς για τη ρύθμιση της αυτοϊδέας και των συναισθημάτων (Pistole, 1995).

Όλες οι μελέτες, πάντως, καθιστούν σαφές ότι ο ανασφαλής δεσμός δεν είναι από μόνος τους μια παθολογία, αλλά αντιπροσωπεύει μια βιοψυχοκοινωνική ευαλωτότητα θα εκδηλωθεί όταν το άτομο πιεστεί ασυνήθιστα, από εσωτερικούς ή εξωτερικούς λόγους.

### **3. Τύπος δεσμού στον επαγγελματικό χώρο της υγείας**

#### **3.1 Γενικά – Επιδημιολογία**

Οι Hazan & Shaver (1990) ήταν από τους πρώτους ερευνητές που εφάρμοσαν την θεωρία δεσμού απευθείας σε μελέτη για την εργασία. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι, σε σχέση με τους ανασφαλείς εργαζόμενους, οι ασφαλείς εργαζόμενοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα γενικής ευεξίας, βίωναν μεγαλύτερη απόλαυση από το έργο τους και ανησυχούσαν λιγότερο για τις σχέσεις στην εργασία. Αντίθετα, τα αγχώδη άτομα φοβόντουσαν την απόρριψη και την κακή απόδοση και τα αποφευκτικά χρησιμοποιούσαν την εργασία για να αποφύγουν την κοινωνική αλληλεπίδραση και ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν διακοπές. Μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας περιγράφει την εμπειρική σχέση μεταξύ του ασφαλούς δεσμού, των ηγετικών ικανοτήτων, της αποτελεσματικότητας, της εμπιστοσύνης, των θετικών στάσεων, της χαμηλής αίσθησης άγχους, της καλής υγείας, της ισορροπίας μεταξύ εργασίας και οικογένειας και της βελτίωσης της απόδοσης της εργασίας (Harms, 2011).

Για τον γενικό πληθυσμό, οι εργασιακές σχέσεις διαφέρουν από τις σχέσεις προσκόλλησης, αλλά αυτό δεν ισχύει για τους επαγγελματίες υγείας. Μια ποικιλία μελετών σε γιατρούς με προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχικής υγείας έχει επισημάνει υψηλά επίπεδα δυσάρεστων παιδικών ή οικογενειακών εμπειριών.

#### **3.2 Δεσμός και επαγγελματική εξουθένωση**

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις αρνητικές συνέπειες της μακροχρόνιας εμπλοκής σε συναισθηματικά απαιτητικές καταστάσεις. Οι ανασφαλείς εμπειρίες πρώιμης προσκόλλησης μπορεί να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για καταπόνηση και κακή διαχείριση άγχους και προβλημάτων σε φοιτητές ιατρικής και σε γιατρούς που εκτίθενται σε αυξημένες απαιτήσεις ως φροντιστές. Αυτά τα ευρήματα οδηγούν σε προτάσεις για πιθανές παρεμβάσεις έρευνας και υποστήριξης.

Η θεωρία δεσμού κάνει συγκεκριμένες προβλέψεις που μπορεί να εξηγήσει γιατί ορισμένοι εργαζόμενοι βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση ή ψυχική κόπωση και άλλοι όχι. Τα ευρήματα από την ανασκόπηση της West (2015) υποδηλώνουν ότι ο ασφαλής δεσμός συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης ενώ ο αγχώδης με υψηλότερα και ότι η υψηλότερη αποφυγή προέβλεπε υψηλότερη εξουθένωση για μια ποικιλία δημογραφικών και άλλων μεταβλητών.

## **2° ΜΕΡΟΣ**

## **1. Στόχοι της έρευνας**

Ο βασικός στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η επιθετικότητα των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον ναρκισσισμό και τις διαστάσεις δεσμού τους (άγχος και αποφυγή).

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν βρέθηκαν στοιχεία που να φανερώνουν πως έχει γίνει κάποια έρευνα που να συνδέει την επιθετικότητα με τον ναρκισσισμό και τις διαστάσεις του δεσμού.

Στην συνέχεια, παρουσιάζονται αναλυτικά οι στόχοι και οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας:

1. Να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος
2. Να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην επιθετικότητα, τον ναρκισσισμό και τις διαστάσεις δεσμού
3. Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη επαγγελματιών κατηγοριών (ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό, λοιπό επιστημονικό προσωπικό)
4. Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο
5. Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το πλαίσιο εργασίας
6. Να διερευνηθούν οι διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το φύλο

## **2. Μέθοδος**

### **2.1 Συμμετέχοντες**

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 192 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας, από 23 Φεβρουαρίου 2018 μέχρι 31 Μαΐου 2018. Το δείγμα αποτελούνταν από 43 άνδρες (22,4%) και 149 γυναίκες (77,6%). Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από τα 20 έως τα 60 έτη και συγκεκριμένα το 24,5% ήταν άτομα ηλικίας 20-30 ετών, το 43,8% 31-40 ετών, το 26,6% 41-50 ετών και το 5,1% 51-60 ετών. Από τους συμμετέχοντες 41,7% ήταν άγαμοι, 48,9% έγγαμοι και 9,4% διαζευγμένοι. Εκατό συμμετέχοντες (52,1%) ήταν

επαγγελματίες ψυχικής υγείας και 92 (47,9%) επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων.

## 2.2 Διαδικασία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση των κατάλληλων ερωτηματολογίων που περιγράφονται στην συνέχεια (παράρτημα 3), τα οποία μετατράπηκαν σε ηλεκτρονική μορφή από τον ερευνητή με το Google Forms και διαμοιράστηκαν μέσω πρόσκλησης στα μέλη σελίδων μέσω κοινωνικής δικτύωσης υγειονομικού ενδιαφέροντος. Οι σελίδες αυτές αποτελούν «κλειστές» ομάδες, κατά την έννοια πως τα μέλη τους είναι επιβεβαιωμένοι επαγγελματίες υγείας.

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν εθελοντικά να συμπληρώσουν τρία ερωτηματολόγια, αφού πρώτα ενημερώνονταν από τον ερευνητή ότι τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια: «αποτελούν μέρος έρευνας στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών», καθώς, επίσης, τους διαβεβαίωνε για την εμπιστευτικότητα και για την ανωνυμία των απαντήσεων και ότι η χρήση αυτών θα είναι μόνο για ερευνητικό σκοπό (παράρτημα 3). Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ήταν:

1. Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Buss & Perry, 1992), στην ελληνική έκδοση (Tsorbatzoudis, 2006),
2. Ερωτηματολόγιο ναρκισσιστικής προσωπικότητας (Raskin & Hall, 1979), στην ελληνική έκδοση (Κοκκώση και συν, 1998) και
3. Κλίμακα δεσμού ενηλίκων (Fraley et al., 2000), στην ελληνική έκδοση (Tsagarakis et al., 2007) (παράρτημα 3).

Επιπλέον, υπήρχε μία φόρμα που περιείχε στην οποία συμπληρώνονταν δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, πλαίσιο εργασίας, επαγγελματική εμπειρία. Επίσης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν έχουν υπάρξει μάρτυρες επιθετικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας τους κι αν ναι τι αυτό αφορούσε, δηλαδή λεκτική ή σωματική επιθετικότητα.

### 2.3 Εργαλεία

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά και τα τρία εργαλεία μέτρησης, με βάση τη σειρά με την οποία χορηγήθηκαν, το Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Buss & Perry, 1992), στην ελληνική έκδοση (Tsorbatzoudis, 2006), το Ερωτηματολόγιο ναρκισσιστικής προσωπικότητας (Raskin & Hall, 1979), στην ελληνική έκδοση (Κοκκώση και συν, 1998) και η Κλίμακα δεσμού ενηλίκων (Fraley et al., 2000), στην ελληνική έκδοση (Tsagarakis et al., 2007).

*Το Ερωτηματολόγιο επιθετικότητας (Buss & Perry, 1992), στην ελληνική έκδοση (Tsorbatzoudis, 2006)*

Το ερωτηματολόγιο επιθετικότητας δημιουργήθηκε από τους Buss & Perry, το 1992 και χρησιμοποιείται για να μετρήσει την επιθετικότητα. Πρόκειται για μία κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία αποτελείται από είκοσι εννέα θέματα: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό («δεν με χαρακτηρίζει καθόλου», «μάλλον δεν με χαρακτηρίζει», «είναι και δεν είναι χαρακτηριστικό μου», «μάλλον με χαρακτηρίζει» και τέλος «με χαρακτηρίζει απόλυτα») στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος.

Η κλίμακα διαχωρίζει την επιθετικότητα σε «Σωματική Επιθετικότητα» (9 θέματα) και ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας (Cronbach's  $\alpha$ ) ήταν .691, «Θυμό» (7 θέματα) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .807, «Εχθρικότητα» (8 θέματα) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .750, και «Λεκτική Επιθετικότητα» (5 θέματα) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .674, στη παρούσα έρευνα.

*Το Ερωτηματολόγιο ναρκισσιστικής προσωπικότητας (Raskin & Hall, 1979), στην ελληνική έκδοση (Κοκκώση και συν, 1998)*

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό την μελέτη των ατομικών διαφορών στο ναρκισσισμό ως σταθερού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, με βάση την απουσία της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας κατά DSM III.

Στην αρχική του μορφή, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ζεύγη προτάσεων αναγκαστικής επιλογής. Στην ελληνική εκδοχή, απομακρύνθηκαν δέκα ζεύγη, ώστε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου να περιλαμβάνει 30 ζεύγη. Οι συμμετέχοντες επιλέγουν από κάθε ζεύγος προτάσεων εκείνη που τους εκφράζει περισσότερο και η βαθμολόγηση προκύπτει από την άθροιση των βαθμών στις

προτάσεις που υποδηλώνουν την παρουσία του ναρκισσισμού. Ο δείκτης Cronbach α για όλο το ερωτηματολόγιο των 40 ζευγών προτάσεων βρέθηκε ίσος με .810, στη παρούσα έρευνα.

*Κλίμακα δεσμού ενηλίκων (Fraleley et al., 2000), στην ελληνική έκδοση (Tsagarakis et al., 2007)*

Για τη μελέτη του δεσμού χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (Fraleley et al., 2000), στην ελληνική έκδοση (Tsagarakis et al., 2007), η οποία περιλαμβάνει 36 προτάσεις. Ο συμμετέχων καλείται να καταδείξει κατά πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί με κάθε πρόταση σημειώνοντας την επιλογή του σε μια κλίμακα που βαθμολογείται από 1 (= διαφωνώ απόλυτα) μέχρι 7 (= συμφωνώ απόλυτα). Έχει δύο διαστάσεις: άγχος / εμμονή με Cronbach α = .925 και αποφυγή με Cronbach α = .892, στη παρούσα έρευνα.

## **2.4 Αναλύσεις**

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν, καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν με τη βοήθεια του Στατιστικού Πακέτου Κοινωνικών Επιστημών (SPSS). Για τα κλινικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική (κατανομή συχνοτήτων και δείκτες κεντρικής τάσης). Για τις αναλύσεις συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Για την μελέτη των διαφορών χρησιμοποιήθηκε η one way ANNOVA. Για τις επιδράσεις η ανάλυση regression.

## **3. Αποτελέσματα**

### **3.1 Αξιοπιστίες και Μέσοι όροι των κλιμάκων του συνολικού δείγματος (N=192)**

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρεις κλίμακες. Η πρώτη κλίμακα που αφορούσε την μέτρηση της επιθετικότητας, χωριζόταν σε 4 υποκλίμακες: σωματικής επιθετικότητας, θυμού, εχθρικότητας και λεκτικής επιθετικότητας. Η υποκλίμακα της σωματικής επιθετικότητας αποτελούταν από 9 θέματα, ο μέσος όρος της υποκλίμακας, για το συνολικό δείγμα, στην συγκεκριμένη έρευνα, ήταν 1.57 (τυπική απόκλιση .488) και ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας (Cronbach's α) ήταν .691. Η υποκλίμακα θυμού αποτελούταν από 7



θέματα, ο μέσος όρος της, για το συνολικό δείγμα, ήταν 2.06 (τυπική απόκλιση .733) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .807. Η υποκλίμακα της εχθρικότητας αποτελούταν από 8 θέματα. Ο μέσος όρος της, για το συνολικό δείγμα, ήταν 2.04 (τυπική απόκλιση .639) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .750. Η υποκλίμακα της λεκτικής επιθετικότητας αποτελούταν από 5 θέματα. Ο μέσος όρος της, για το συνολικό δείγμα, ήταν 2.64 (τυπική απόκλιση .614) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .674.

Η δεύτερη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση του ναρκισσισμού είχε μέσο όρο, για το συνολικό δείγμα στη συγκεκριμένη έρευνα, .2722 (τυπική απόκλιση .14319) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .810.

Τέλος, η τρίτη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η κλίμακα δεσμού ενηλίκων, η οποία χωριζόταν σε δύο υποκλίμακες: άγχους και αποφυγής. Η υποκλίμακα του άγχους αποτελούταν από 18 θέματα, ο μέσος όρος της υποκλίμακας, για το συνολικό δείγμα, στην συγκεκριμένη έρευνα, ήταν 2.86 (τυπική απόκλιση 1.177) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .925. Η υποκλίμακα της αποφυγής αποτελούταν από 18 θέματα, ο μέσος όρος της υποκλίμακας, για το συνολικό δείγμα, στην συγκεκριμένη έρευνα, ήταν 2.76 (τυπική απόκλιση .983) και ο Cronbach  $\alpha$  ήταν .892.

Πίνακας 1: Αξιοπιστίες και μέσοι όροι των κλιμάκων για το συνολικό δείγμα  
(N=192)

	<b>MO</b>	<b>SD</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Αριθμός ερωτήσεων</b>	<b>Cronbach a</b>
<b>Σωματική επιθετικότητα</b>	1.57	.488	1	4	9	.691
<b>Θυμός</b>	2.06	.733	1	4	7	.807
<b>Εχθρικότητα</b>	2.04	.639	1	4	8	.750
<b>Λεκτική επιθετικότητα</b>	2.64	.614	1	5	5	.574
<b>Ναρκισσισμός</b>	.2722	.14319	0	.85	30	.822
<b>Άγχος</b>	2.86	1.177	1	6	18	.925
<b>Αποφυγή</b>	2.76	.983	1	6	18	.892

### 3.2 Περιγραφικά στατιστικά του συνολικού δείγματος (N=192)

Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων και των θεματικών ενοτήτων που αφορούσαν τα στοιχεία φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, πλαίσιο εργασίας (ειδικό/γενικό νοσοκομείο), επαγγελματική εμπειρία, μαρτυρία επιθετικής συμπεριφοράς έγινε με τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής.

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε (πίνακας 2α) ότι από τους συμμετέχοντες ποσοστό 77.6% ήταν γυναίκες και 22.4% ήταν άνδρες, 24.5% ήταν ηλικίας 20-30 ετών, 43.8% 31-40 ετών, 26.6% 41-50 ετών και 5.2% 51-60 ετών. 42.2% του δείγματος ήταν άγαμοι, 48.4% ήταν έγγαμοι και 9.4% διαζευγμένοι. Ποσοστό 2.1% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και μέσης εκπαίδευσης (δημοτικού, γυμνασίου ή λυκείου), 4.2% απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (IEK ή άλλη ανώτερη σχολή), 43.2% απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ και 50.5% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.

Αναφορικά με το επάγγελμα, το 28.6% ήταν ιατροί, 31.3% ήταν νοσηλεύτες, 22.9% παραϊατρικό προσωπικό και 17.2% λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Συνολικά, 46.8% των επαγγελματιών που συμμετείχαν, εργάζονταν σε νοσοκομεία με το 19.3% να εργάζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία και το 37.5% σε γενικά νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος ανέρχονταν σε 52.1% και οι επαγγελματίες υγείας άλλης ειδικότητας σε 47.9%. Από τους συμμετέχοντες, 53.1% εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία, 6.8% σε πανεπιστημιακά, 5.2% σε ιδιωτικά νοσοκομεία/κλινικές, 19.7% σε ιδιωτικά ιατρεία, 8.3 σε υγειονομικές μονάδες κοινωφελούς σκοπού.

Το 33.3% δήλωσε εμπειρία 0-5 ετών, το 21.4% 6-10 ετών, το 34.9% 11-20 ετών και το 10.4% είχε εμπειρία περισσότερων των 20 ετών ως επαγγελματίες υγείας.

Πίνακας 2α: Δημογραφικά στοιχεία για το συνολικό δείγμα (N=192)

		N	Ποσοστό %
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	43	22.4
	Γυναίκες	149	77.6
	Total	192	100.0
<b>Ηλικία</b>	20-30	47	24.5
	31-40	84	43.8
	41-50	51	26.6
	51-60	10	5.2
	Total	192	100.0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος	81	42.2
	Έγγαμος	93	48.4
	Διαζευγμένος	18	9.4
	Total	192	100.0
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό-Γυμνάσιο-Λύκειο	4	2.1
	ΙΕΚ-ανώτερη σχολή	8	4.2
	ΤΕΙ-ΑΕΙ	83	43.2
	Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	97	50.5
	Total	192	100.0
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρός	55	28.6
	Νοσηλεύτης	60	31.3
	Παραϊατρικό προσωπικό	44	22.9
	Λοιπό επιστημονικό	33	17.2
	Total	192	100.0
<b>Επαγγελματίας ΨΥ</b>	Ναι	100	52.1
	Όχι	92	47.9
	Total	192	100.0
<b>Πλαίσιο εργασίας</b>	Δημόσιο	102	53.1
	Πανεπιστήμιο	13	6.8
	Ιδιωτικό	10	5.2
	Κοινωφελούς σκοπού	16	8.3
	Ιδιωτικό ιατρείο	36	18.8
	Άλλο	6	3.1
	Total	192	100.0
<b>Ειδικό ψυχιατρικό ή γενικό νοσοκομείο</b>	Ειδικό ψυχιατρικό	37	19.3
	Γενικό	72	37.5
	Όχι νοσοκομείο	83	43.2
	Total	192	100.0
<b>Εμπειρία (έτη)</b>	0-5	64	33.3
	6-10	41	21.4
	11-20	67	34.9
	>20	20	10.4
	Total	192	100.0

Από το συνολικό δείγμα, 73.4% ανέφεραν πως υπήρξαν μάρτυρες επιθετικής συμπεριφοράς από επαγγελματία υγείας, στον χώρο εργασίας, και συγκεκριμένα 20.3% προς συνάδελφο, 13.5% προς εξυπηρετούμενο και 39.6% προς αμφοτέρους συνάδελφους και εξυπηρετούμενους. Αντίθετα, 26.6% του δείγματος δεν έχουν υπάρξει μάρτυρες οποιασδήποτε επιθετικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας. Τα περιστατικά επιθετικής συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν, αφορούσαν λεκτική επιθετικότητα σε ποσοστό 50.0%, 3.6% σε σωματική και 19.8% σε αμφοτέρες λεκτική και σωματική επιθετικότητα (πίνακας 2β).

Πίνακας 2β: *Μαρτυρία επιθετικής συμπεριφοράς επαγγελματία υγείας για το συνολικό δείγμα (N=192)*

		<b>N</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>Μαρτυρία επιθετικής συμπεριφοράς</b>	Ναι, προς συνάδελφο	39	20.3
	Ναι, προς εξυπηρετούμενο	26	13.5
	Αμφότερα	76	39.6
	Όχι	51	26.6
	Total	192	100.0
<b>Το περιστατικό αφορούσε</b>	Λεκτική επιθετικότητα	96	50.0
	Σωματική επιθετικότητα	7	3.6
	Αμφότερα	38	19.8
	Όχι	51	26.6
	Total	192	100.0

### 3.3 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων για το συνολικό δείγμα (N=192)

Για να μπορέσουμε να διερευνήσουμε τον δεύτερο στόχο της συγκεκριμένης έρευνας, δηλαδή την σχέση ανάμεσα στην επιθετικότητα, τον ναρκισσισμό και τις διαστάσεις δεσμού πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του κριτηρίου Pearson  $r$ .

Στον πίνακα 3, φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση του θυμού με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.459, p=.000$ ), την λεκτική επιθετικότητα ( $r=.496, p=.000$ ), την εχθρικότητα ( $r=.562, p=.001$ ) καθώς, επίσης, την διάσταση του άγχους στον τύπο δεσμού ( $r=.258, p=.000$ ). Στον ίδιο πίνακα, παρατηρείται θετική συσχέτιση της λεκτικής επιθετικότητας με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.255, p=.000$ ). Επίσης, η εχθρικότητα έχει θετική συσχέτιση με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.459, p=.000$ ) και την λεκτική επιθετικότητα ( $r=.296, p=.000$ ).

Η διάσταση της αποφυγής στον τύπο δεσμό έχει θετική συσχέτιση με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.269, p=.000$ ) και την εχθρικότητα ( $r=.301, p=.000$ ) ενώ η διάσταση του άγχους στον τύπο δεσμού φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με τον θυμό ( $r=.258, p=.000$ ), την σωματική επιθετικότητα ( $r=.251, p=.000$ ), την εχθρικότητα ( $r=.495, p=.000$ ) και την διάσταση της αποφυγής ( $r=.540, p=.000$ ).

Τέλος, ο ναρκισσισμός φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την σωματική επιθετικότητα ( $r=.157, p=.032$ ) και με την λεκτική επιθετικότητα ( $r=.302, p=.000$ ).

Επομένως, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επιθετικότητας, του τύπου δεσμού και του ναρκισσισμού. Επιπλέον, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις υποκλίμακες της επιθετικότητας (θυμός, σωματική επιθετικότητα, λεκτική επιθετικότητα, εχθρικότητα) και μεταξύ των διαστάσεων του τύπου δεσμού (αποφυγή, άγχος).

Πίνακας 3: Δείκτες συνάφειας (Pearson *r*) μεταξύ της επιθετικότητας, τύπου δεσμού και ναρκισσισμού στους επαγγελματίες υγείας

	ΘΥΜΟΣ	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΦΥΓΗ	ΑΓΧΟΣ	ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ
<b>ΘΥΜΟΣ</b>							
<b>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,459**						
<b>ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,496**	,255**					
<b>ΕΧΘΡΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,562**	,459**	,296**				
<b>ΑΠΟΦΥΓΗ</b>	,140	,269**	,125	,301**			
<b>ΑΓΧΟΣ</b>	,258**	,251**	,111	,495**	,540**		
<b>ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΣ</b>	,098	,157*	,302**	,080	-,006	,030	

\*\*Correlation is significant at the .001 level

\* Correlation is significant at the .005 level



### 3.4 Διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη επαγγελματικών κατηγοριών (N=192)

Για τον έλεγχο του ερευνητικού ερωτήματος για το αν υπάρχουν διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη επαγγελματικών κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε One-Way ANOVA ανάλυση.

Παρατηρείται στον πίνακα 4 ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς την εχθρικήτητα μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικού προσωπικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού [ $F(3,188)=5.416, p=.001$ ]. Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιων επαγγελματικών ομάδων υφίσταται σημαντική, ανά δύο, διαφορά πραγματοποιήθηκε post hoc multiple comparison. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, οι νοσηλευτές ( $M=2.30, SD=.724$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικήτητα από τους ιατρούς ( $M=1.92, SD=.583$ ), από το παραϊατρικό προσωπικό ( $M=1.93, SD=.563$ ) και από το λοιπό επιστημονικό ( $M=1.89, SD=.530$ ).

Ως προς τις άλλες διαστάσεις της επιθετικότητας, δηλαδή θυμό, σωματική και λεκτική επιθετικότητα, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη επαγγελματικών ομάδων, δηλαδή μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, για τον θυμό [ $F(3,188)=.787, p>.05$ ], για την σωματική επιθετικότητα [ $F(3,188)=1.445, p>.05$ ] και για την λεκτική επιθετικότητα [ $F(3,188)=.591, p>.05$ ].

Πίνακας 4: Επίδραση των ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού στις μεταβλητές: εχθρικότητα, θυμός, σωματική επιθετικότητα και λεκτική επιθετικότητα.

Επιθετικότητα	Δείγμα	N	Mean	SD	df	F	sig
Εχθρικότητα	Ιατρός	55	1.92	.583	3	5.416	<b>.001</b>
	Νοσηλευτής	60	2.30	.724	188		
	Παραϊατρικό πρόσωπο	44	1.93	.563			
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	33	1.89	.530			
	Total	192	2.04	.639	192		
Θυμός	Ιατρός	55	1.99	.734	3	.787	.502
	Νοσηλευτής	60	2.16	.767	188		
	Παραϊατρικό πρόσωπο	44	2.08	.755			
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	33	1.96	.638			
	Total	192	2.06	.733	192		
Σωματική Επιθετικότητα	Ιατρός	55	1.55	.367	3	1.445	.231
	Νοσηλευτής	60	1.67	.625	188		
	Παραϊατρικό πρόσωπο	44	1.53	.507			
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	33	1.47	.312			
	Total	192	1.57	.488	192		
Λεκτική Επιθετικότητα	Ιατρός	55	2.63	.574	3	.591	.622
	Νοσηλευτής	60	2.73	.703	188		
	Παραϊατρικό πρόσωπο	44	2.59	.621			
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	33	2.58	.498			
	Total	192	2.64	.614	192		

p<.05, p<.001, p<.0001

### 3.5 Διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο (N=192)

Για τον έλεγχο του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος για το αν υπάρχουν διαφορές ως προς την επιθετικότητα των υπό μελέτη ομάδων ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο χρησιμοποιήθηκε One-Way ANOVA ανάλυση.

Παρατηρείται στον πίνακα 5 ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς την σωματική επιθετικότητα μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου, αποφοίτων ΙΕΚ-ανώτερης σχολής, αποφοίτων ΤΕΙ-ΑΕΙ και κατόχων μεταπτυχιακού-διδακτορικού τίτλου [ $F(3,188)=5.416, p=.029$ ]. Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιων εκπαιδευτικών επιπέδων υφίσταται σημαντική, ανά δύο, διαφορά πραγματοποιήθηκε post hoc multiple comparison. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, οι απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτερης σχολής ( $M=1.88, SD=.736$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη σωματική επιθετικότητα από τους απόφοιτους δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου ( $M=1.75, SD=.475$ ), από τους απόφοιτους ΤΕΙ-ΑΕΙ ( $M=1.64, SD=.580$ ) και από τους κάτοχους μεταπτυχιακού-διδακτορικού τίτλου ( $M=1.47, SD=.344$ ).

Ως προς τις άλλες διαστάσεις της επιθετικότητας, δηλαδή θυμό, εχθρικότητα και λεκτική επιθετικότητα, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη ομάδων, δηλαδή μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου, αποφοίτων ΙΕΚ-ανώτερης σχολής, αποφοίτων ΤΕΙ-ΑΕΙ και κατόχων μεταπτυχιακού-διδακτορικού τίτλου. Συγκεκριμένα, για τον θυμό [ $F(3,188)=1.607, p>.05$ ], για την εχθρικότητα [ $F(3,188)=1.225, p>.05$ ] και για την λεκτική επιθετικότητα [ $F(3,188)=.734, p>.05$ ].

Πίνακας 5: Επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου των αποφοίτων δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου, αποφοίτων ΙΕΚ-ανώτερης σχολής, αποφοίτων ΤΕΙ-ΑΕΙ και κατόχων μεταπτυχιακού-διδακτορικού τίτλου στις μεταβλητές: εχθρικότητα, θυμός, σωματική επιθετικότητα και λεκτική επιθετικότητα.

Επιθετικότητα	Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	Mean	SD	df	F	sig
Εχθρικότητα	Απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου	4	1.72	.581	3	1.225	.302
	Απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτατης σχολής	8	2,28	.891	188		
	Απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ	83	2.09	.621			
	Κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού	97	1.98	.633			
	Total	192	2.04	.639	192		
Θυμός	Απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου	4	2.11	.713	3	1.607	.189
	Απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτατης σχολής	8	2.39	.886	188		
	Απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ	83	2.15	.789			
	Κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού	97	1.96	.662			
	Total	192	2.06	.733	192		
Σωματική Επιθετικότητα	Απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου	4	1.75	.475	3	3.084	<b>.029</b>
	Απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτατης σχολής	8	1.88	.736	188		
	Απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ	83	1.64	.580			
	Κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού	97	1.47	.344			
	Total	192	1.57	.488	192		
Λεκτική Επιθετικότητα	Απόφοιτοι δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου	4	2.45	.191	3	.734	.533
	Απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτατης σχολής	8	2.65	.583	188		
	Απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ	83	2.71	.594			
	Κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού	97	2.59	.644			
	Total	192	2.64	.614	192		

p<.05, p<.001, p<.0001

### **3.6 Διαφορές ως προς την επιθετικότητα των εργαζομένων σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, σε Γενικό Νοσοκομείο και εκτός Νοσοκομείου. (N=192)**

Για τον έλεγχο του ερευνητικού ερωτήματος για το αν υπάρχουν διαφορές ως προς την επιθετικότητα των εργαζομένων σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, των εργαζόμενων σε Γενικό Νοσοκομείο και των εργαζόμενων εκτός Νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκε One-Way ANOVA ανάλυση.

Παρατηρείται στον πίνακα 6 ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς την εχθρικήτητα μεταξύ των εργαζομένων σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, σε Γενικό Νοσοκομείο και ιδιωτικά [ $F(3,188)=4.292, p=.015$ ]. Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιων εργαζομένων υφίσταται σημαντική, ανά δύο, διαφορά πραγματοποιήθηκε post hoc multiple comparison. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, οι εργαζόμενοι σε Γενικό Νοσοκομείο ( $M=2.19, SD=.662$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικήτητα από τους εργαζόμενους σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ( $M=1.84, SD=.555$ ) και από τους εργαζόμενους εκτός Νοσοκομείων ( $M=1.98, SD=.629$ ).

Ως προς τις άλλες διαστάσεις της επιθετικότητας, δηλαδή θυμό, σωματική και λεκτική επιθετικότητα, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη ομάδων, δηλαδή μεταξύ των εργαζομένων σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, των εργαζόμενων σε Γενικό Νοσοκομείο και των εργαζόμενων εκτός Νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, για τον θυμό [ $F(3,188)=1.039, p>.05$ ], για την σωματική επιθετικότητα [ $F(3,188)=1.538, p>.05$ ] και για την λεκτική επιθετικότητα [ $F(3,188)=.827, p>.05$ ].

Πίνακας 6: Επίδραση του πλαισίου εργασίας των εργαζομένων σε Ειδικό Ψυχιατρικό, των εργαζομένων σε Γενικό Νοσοκομείο και των εργαζομένων εκτός Νοσοκομείου στις μεταβλητές: εχθρικότητα, θυμός, σωματική επιθετικότητα και λεκτική επιθετικότητα.

Επιθετικότητα	Πλαίσιο εργασίας	N	Mean	SD	df	F	sig
Εχθρικότητα	Ειδικό Ψυχιατρικό	37	1.84	.555	3	4.292	<b>.015</b>
	Γενικό Νοσοκομείο	72	2,19	.662	188		
	Εκτός Νοσοκομείου	83	1.98	.622			
	Total	192	2.04	.639	192		
Θυμός	Ειδικό Ψυχιατρικό	37	2.18	.794	3	1.039	.356
	Γενικό Νοσοκομείο	72	2.09	.759	188		
	Εκτός Νοσοκομείου	83	1.98	.681			
	Total	192	2.06	.733	192		
Σωματική Επιθετικότητα	Ειδικό Ψυχιατρικό	37	1.66	.657	3	1.538	.218
	Γενικό Νοσοκομείο	72	1.50	.462	188		
	Εκτός Νοσοκομείου	83	1.59	.415			
	Total	192	1.57	.488	192		
Λεκτική Επιθετικότητα	Ειδικό Ψυχιατρικό	37	2.75	.549	3	.827	.439
	Γενικό Νοσοκομείο	72	2.65	.671	188		
	Εκτός Νοσοκομείου	83	2.59	.591			
	Total	192	2.64	.614	192		

p<.05, p<.001, p<.0001

### **3.7 Διαφορές ως προς την επιθετικότητα μεταξύ των ανδρών και γυναικών επαγγελματιών υγείας (N=192)**

Για τον έλεγχο του ερευνητικού ερωτήματος για το αν υπάρχουν διαφορές ως προς την επιθετικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών επαγγελματιών χρησιμοποιήθηκε το Independent-Samples T test.

Παρατηρείται στον πίνακα 7 ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ως προς την σωματική επιθετικότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών επαγγελματιών [ $t(190)=2.046, p=.042$ ]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης, οι άνδρες ( $M=1.70, SD=.602$ ) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη σωματική επιθετικότητα από τις γυναίκες ( $M=1.53, SD=.445$ ).

Ως προς τις άλλες διαστάσεις της επιθετικότητας, δηλαδή θυμό, εχθρικότητα και λεκτική επιθετικότητα, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα, για τον θυμό [ $t(190)=-.367, p>.05$ ], για την λεκτική επιθετικότητα [ $t(190)=.215, p>.05$ ] και για την εχθρικότητα [ $t(190)=-.315, p>.05$ ].

Πίνακας 7: Επίδραση του φύλου στις μεταβλητές: εχθρικότητα, θυμός, σωματική επιθετικότητα και λεκτική επιθετικότητα.

Επιθετικότητα	Φύλο	N	Mean	SD	df	t	sig																																
Εχθρικότητα	Άνδρες	43	2.01	.595	190	-.315	.753																																
	Γυναίκες	149	2.04	.653				Θυμός	Άνδρες	43	2.02	.765	190	-.367	.714	Γυναίκες	149	2.07	.726	Σωματική επιθετικότητα	Άνδρες	43	1.70	.602	190	2.046	<b>.042</b>	Γυναίκες	149	1.53	.445	Λεκτική επιθετικότητα	Άνδρες	43	2.66	.687	190	.215	.830
Θυμός	Άνδρες	43	2.02	.765	190	-.367	.714																																
	Γυναίκες	149	2.07	.726				Σωματική επιθετικότητα	Άνδρες	43	1.70	.602	190	2.046	<b>.042</b>	Γυναίκες	149	1.53	.445	Λεκτική επιθετικότητα	Άνδρες	43	2.66	.687	190	.215	.830	Γυναίκες	149	2.64	.594								
Σωματική επιθετικότητα	Άνδρες	43	1.70	.602	190	2.046	<b>.042</b>																																
	Γυναίκες	149	1.53	.445				Λεκτική επιθετικότητα	Άνδρες	43	2.66	.687	190	.215	.830	Γυναίκες	149	2.64	.594																				
Λεκτική επιθετικότητα	Άνδρες	43	2.66	.687	190	.215	.830																																
	Γυναίκες	149	2.64	.594																																			



#### 4. Παλινδρόμηση

Στο τελευταίο μέρος των αναλύσεων με την παλινδρόμηση διερευνώνται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στον Θυμό;
2. Ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στην Σωματική Επιθετικότητα;
3. Ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στην Λεκτική Επιθετικότητα;
4. Ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στην Εχθρική;

Για να εξεταστεί κατά πόσο ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στον Θυμό πραγματοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (πίνακας 8). Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με .074. Δηλαδή, 7.4% της διασποράς του χαρακτηριστικού «Θυμός» μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η διάσταση του Άγχους του δεσμού ενηλίκων συμβάλλει σημαντικά θετικά στην πρόβλεψη του Θυμού ( $\beta=.162$ ,  $t=3.015$ ,  $p=.003$ ), ενώ η διάσταση της αποφυγής και ο ναρκισσισμός δεν συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη του Θυμού διότι τα αντίστοιχα  $p>.05$ . Συνεπώς, στο πρώτο ερώτημα η απάντηση είναι πως μόνο η διάσταση του άγχους ασκεί επίδραση στον θυμό.

Πίνακας 8: Επίδραση των διαστάσεων άγχος και αποφυγή, και του ναρκισσισμού στον Θυμό

Μεταβλητές	B	Std. Error	Beta	t	sig
(Constant)	1.940	.195		7.650	.000
Ναρκισσισμός	.468	.370	.090	1.264	.208
Άγχος	.162	.054	.256	3.015	<b>.003</b>
Αποφυγή	-.004	.064	-.006	-.069	.945

Dependent Variable: Θυμός

Predictors: (Constant), Ναρκισσισμός, Άγχος, Αποφυγή

\* $p<.05$  \*\* $p<.001$  \*\*\* $p<.0001$  ,  $R^2=.074$

Για να εξεταστεί κατά πόσο ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στην Σωματική Επιθετικότητα πραγματοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (πίνακας 9). Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με .108. Δηλαδή, 10.8 % της διασποράς του χαρακτηριστικού «Σωματική Επιθετικότητα» μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι ο Ναρκισσισμός συμβάλλει σημαντικά θετικά στην πρόβλεψη της Σωματικής Επιθετικότητας ( $\beta=.530, t=2.213, p=.028$ ). Επίσης, η διάσταση της Αποφυγής του δεσμού ενηλίκων συμβάλλει σημαντικά θετικά στην πρόβλεψη της Σωματικής Επιθετικότητας ( $\beta=.102, t=1.418, p=.014$ ) ενώ η διάσταση του άγχους δεν συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της διότι το αντίστοιχο  $p>.05$ . Συνεπώς, στο δεύτερο ερώτημα η απάντηση είναι πως ο ναρκισσισμός και η διάσταση της αποφυγής ασκούν επίδραση στον σωματική επιθετικότητα.

Πίνακας 9: Επίδρασή των διαστάσεων άγχος και αποφυγή, και του ναρκισσισμού στην Σωματική Επιθετικότητα

Μεταβλητές	B	Std. Error	Beta	t	sig
(Constant)	.994	.126		7.880	,000
Ναρκισσισμός	.530	.240	.155	2.213	<b>,028</b>
Άγχος	.049	.035	.118	1.418	,158
Αποφυγή	.102	.041	.207	2.486	<b>,014</b>

Dependent Variable: Σωματική Επιθετικότητα  
 Predictors: (Constant), Ναρκισσισμός, Άγχος, Αποφυγή  
 \* $p<.05$  \*\* $p<.001$  \*\*\* $p<.0001$  ,  $R^2=.108$

Για να εξεταστεί κατά πόσο ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στη Λεκτική Επιθετικότητα πραγματοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (πίνακας 10). Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με .107. Δηλαδή, 10.7 % της διασποράς του χαρακτηριστικού «Λεκτική Επιθετικότητα» μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι ο Ναρκισσισμός συμβάλλει σημαντικά θετικά στην πρόβλεψη της λεκτικής επιθετικότητας ( $\beta=1.281, t=4.295, p=.00001$ ). Η διάσταση του άγχους και της αποφυγής δεν συμβάλλουν σημαντικά στην

πρόβλεψη της Λεκτικής Επιθετικότητας διότι τα αντίστοιχα  $p > .05$ . Συνεπώς, στο τρίτο ερώτημα η απάντηση είναι πως μόνο ο ναρκισσισμός ασκεί επίδραση στην λεκτική επιθετικότητα.

Πίνακας 10: Επίδραση των διαστάσεων άγχος και αποφυγή, και του ναρκισσισμού στην Λεκτική Επιθετικότητα

Μεταβλητές	B	Std. Error	Beta	t	sig
(Constant)	2.081	.157		13.256	.000
Ναρκισσισμός	1.281	.298	.301	4.295	<b>.000</b>
Άγχος	.022	.043	.043	.518	.605
Αποφυγή	.059	.051	.096	1.152	.251

Dependent Variable: Λεκτική Επιθετικότητα  
 \* $p < .05$  \*\* $p < .001$  \*\*\* $p < .0001$  ,  $R^2 = .107$

Για να εξεταστεί κατά πόσο ο ναρκισσισμός, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής ασκούν επίδραση στην Εχθρικότητα πραγματοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (πίνακας 11). Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού  $R^2$  είναι ίσος με .249. Δηλαδή, 24.9 % της διασποράς του χαρακτηριστικού «Εχθρικότητα» μπορεί να ερμηνευθεί από την επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώθηκε ότι η διάσταση του Άγχους συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της Εχθρικότητας ( $\beta = .254$ ,  $t = 6.096$ ,  $p = .00001$ ), ενώ η διάσταση της αποφυγής και ο ναρκισσισμός δεν συμβάλλουν, διότι τα αντίστοιχα  $p > .05$ . Συνεπώς, στο τέταρτο ερώτημα η απάντηση είναι πως μόνο η διάσταση του άγχους ασκεί επίδραση στην εχθρικότητα.

Πίνακας 11: Επίδραση των διαστάσεων άγχος και αποφυγή, και του ναρκισσισμού στην εχθρικότητα

Μεταβλητές	B	Std. Error	Beta	t	sig
(Constant)	1.143	.152		7.540	.000
Ναρκισσισμός	.299	.288	.067	1.038	.301
Άγχος	.254	.042	.466	6.096	<b>.000</b>
Αποφυγή	.030	.049	.046	.598	.550

Dependent Variable: Εχθρικότητα  
 \* $p < .05$  \*\* $p < .001$  \*\*\* $p < .0001$  ,  $R^2 = .107$

## 5. Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στις υποκλίμακες της επιθετικότητας (θυμός, σωματική επιθετικότητα, λεκτική επιθετικότητα, εχθρικότητα) αλλά και μεταξύ των διαστάσεων του τύπου δεσμού (αποφυγή, άγχος). Συγκεκριμένα:

- Υπάρχει θετική συσχέτιση του θυμού με την σωματική και την λεκτική επιθετικότητα και την εχθρικότητα, ακριβώς όπως είχε αναδειχθεί και από τους Buss & Perry (1992), αν και το συγκεκριμένο εύρημα το είχαν χαρακτηρίσει «απροσδόκητο».
- Αντίθετα, η θετική συσχέτιση της λεκτικής επιθετικότητας και της εχθρικότητας με την σωματική επιθετικότητα, η οποία, επίσης, επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα, δεν είχε θεωρηθεί απρόσμενη από τους Buss & Perry (1992).
- Η διάσταση του άγχους στον τύπο δεσμού έχει θετική συσχέτιση με την διάσταση της αποφυγής, κάτι που παρατηρήθηκε και στην μελέτη του Sibley (2005).

Στην βιβλιογραφία δεν ανευρέθηκαν μελέτες που να εξετάζουν την σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων της επιθετικότητας με τον ναρκισσισμό και τις διαστάσεις του δεσμού, παρά ελάχιστες και αποσπασματικές αναφορές σε μοτίβα συμπεριφορών στον γενικό πληθυσμό. Έτσι, η παρούσα συγγραφή αποτελεί πρωτότυπη προσπάθεια στην βάση των ερευνητικών ερωτημάτων/στόχων της, ως προς την αναζήτηση τέτοιων συσχετίσεων, ειδικά στους επαγγελματίες υγείας:

- Από την ανάλυση αναδεικνύεται πως η διάσταση της αποφυγής έχει θετική συσχέτιση με την εχθρικότητα και την σωματική επιθετικότητα. Ο Mikulincer (1998) βρήκε ότι οι ενήλικες με αποφευκτικό δεσμό δεν αναφέρουν έντονο θυμό ως απάντηση σε προκλήσεις, αλλά εκφράζουν την δυσαρέσκειά τους με έμμεσους τρόπους και τείνουν να αποδίδουν εχθρική πρόθεση στον άλλον, ακόμη και όταν η «βλαπτική» συμπεριφορά του ήταν μη ηθελημένη.
- Η διάσταση του άγχους έχει θετική συσχέτιση με τον θυμό, την σωματική επιθετικότητα και την εχθρικότητα. Οι Mikulincer & Shaver (2011) παρατήρησαν ότι τα άτομα με αγχώδη τύπο δεσμού, εξαιτίας της τάσης

τους να εντείνουν την αγωνία και να μηρυκάζουν τις δυσάρεστες εμπειρίες, είναι ευάλωτα σε έντονες και παρατεταμένες περιόδους οργής.

- Τέλος, ο ναρκισσισμός φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την σωματική και την λεκτική επιθετικότητα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι άνδρες εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη σωματική επιθετικότητα από τις γυναίκες, οι απόφοιτοι ΙΕΚ-ανώτερης σχολής εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη σωματική επιθετικότητα από τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαιδευτικού επιπέδου της μελέτης, οι νοσηλευτές εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικότητα σε σχέση με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες της μελέτης και οι εργαζόμενοι σε Γενικό Νοσοκομείο εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη εχθρικότητα από τους εργαζόμενους σε Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και από τους εργαζόμενους εκτός Νοσοκομείων. Από τα παραπάνω, φαίνεται να διαμορφώνεται το προφίλ του εργαζόμενου με τον υψηλότερο κίνδυνο έκφρασης επιθετικότητας: άνδρας, νοσηλευτής, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εργαζόμενος σε Γενικό Νοσοκομείο.

## **6. Συζήτηση**

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, υπάρχουν χιλιάδες δημοσιεύσεων στην παγκόσμια βιβλιογραφία για την βία που στοχεύει στο υγειονομικό προσωπικό και προέρχεται από ασθενείς – εξυπηρετούμενους ή/και το οικείο περιβάλλον αυτών, καθώς και χιλιάδες προτάσεων – μέτρων – οδηγιών για την πρόληψη, την αποφυγή και την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων. Ασφαλώς, χρειάζεται περισσότερη έρευνα των συμπεριφορών έλλειψης σεβασμού και της επιθετικότητας των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους. Σύμφωνα, ωστόσο, με τις περιορισμένες μελέτες που έχουν γίνει επ' αυτού, συμπεριφορές τέτοιου τύπου είναι ιδιαίτερα συχνές στον τομέα υγείας, ο οποίος έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά βίας στο χώρο εργασίας. Ανάλογα με τον ορισμό που δίνεται στην επιθετικότητα και δη στην προμελετημένη, έχουν αναφερθεί ποσοστά από 3% ως 44%, ενώ στους φοιτητές ιατρικής στις Η.Π.Α. φθάνει το 84%. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας εκτιμάται ότι πάνω από το ένα τρίτο των γιατρών και νοσηλευτών έχουν τέτοιες αρνητικές ψυχολογικές εμπειρίες. Το φαινόμενο έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική υγεία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα

νοσοκομεία, καθώς τα θύματα εμφανίζουν ψυχοσωματικά προβλήματα, άγχος, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοπεποίθηση, έλλειψη ικανοποίησης από την δουλειά και από τη ζωή τους, στρες και αίσθημα εξάντλησης, μυοσκελετικά προβλήματα, αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, αυτοκτονικές τάσεις, χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ κ.α. Επίσης, οδηγεί σε αύξηση απουσιών από την εργασία, προβλήματα εξέλιξης στην καριέρα, μικρότερη απόδοση στα ιατρικά – νοσηλευτικά καθήκοντα και σε συχνότερα λάθη.

Κανείς δεν ξέρει με σιγουριά πόσο εκτεταμένο είναι το πρόβλημα της επιθετικότητας στην επιστημονική κοινότητα παγκοσμίως, επειδή δεν έχει υπάρξει καμία ολοκληρωμένη έρευνα μέχρι σήμερα. Η γενική εκτίμηση είναι ότι θύματα πέφτουν το ένα τέταρτο έως ένα τρίτο των ερευνητών και πανεπιστημιακών κάθε χρόνο, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από άλλους επαγγελματικούς χώρους. Κανείς επίσης δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα αν και σε ποιο βαθμό η κατάσταση χειροτερεύει από χρονιά σε χρονιά. Είναι σημαντικό η βία στο χώρο εργασίας να αναγνωριστεί ως ελλοχεύων επαγγελματικός κίνδυνος και όχι μόνο ως θέμα ποινικής δικαίου.

Χρειάζονται περισσότερες έρευνες για την μελέτη του φαινομένου ώστε να γίνει περισσότερο κατανοητό, να διερευνηθούν οι αιτίες που το προκαλούν και το συντηρούν καθώς και να διαμορφωθούν προτάσεις και μέτρα πρόληψης, αποφυγής και αντιμετώπισής του. Οι προϊστάμενοι πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου για τη βία στο χώρο εργασίας και να λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη βίαιων γεγονότων.

Η τεκμηριωμένη πρόληψη είναι η πιο αποτελεσματική προσέγγιση και απαιτεί συγκεκριμένα βήματα που περιλαμβάνουν (Peek-Asa et al, 2001):

- Εποπτεία των πληθυσμών που βρίσκονται σε κίνδυνο και του εύρους του προβλήματος.
- Προσδιορισμός παραγόντων που θέτουν ορισμένους εργαζομένους σε υψηλότερο κίνδυνο.
- Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση των προγραμμάτων παρέμβασης.

Η Peek-Asa (2001) στην μελέτη της «Workplace Violence: A Report to the Nation», καταλήγει σε τρεις, γενικές προσεγγίσεις για την αποτροπή της βίας στο χώρο εργασίας:

- Περιβάλλον: προσαρμογή φωτισμού, είσοδοι και έξοδοι, υλικό ασφαλείας και άλλα μηχανικά στοιχεία ελέγχου για την αποθάρρυνση των πιθανών επιθέσεων
- Οργανωτική/Διοικητική: ανάπτυξη προγραμμάτων, πολιτικών και πρακτικών εργασίας με στόχο τη διατήρηση ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος
- Συμπεριφορική/Διαπροσωπική: Εκπαίδευση προσωπικού για την πρόβλεψη, αναγνώριση και αντιμετώπιση των συγκρούσεων και της πιθανής βίας στο χώρο εργασίας

Στις Η.Π.Α. η Υπηρεσία για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA) έχει αναπτύξει εθελοντικές κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη της βίας στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένων κατευθυντήριων γραμμών για συγκεκριμένους κλάδους, όπως λιανική πώληση, υγειονομική περίθαλψη, κοινωνικές υπηρεσίες αργά το βράδυ και εργαζόμενους στην κοινότητα.

## **7. Περιορισμοί**

Παρόλο που τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έχουν σημαντικά ευρήματα για την μελέτη της επιθετικότητας και της σχέσης της με τον ναρκισσισμό και τον τύπο δεσμού των επαγγελματιών υγείας και φαίνεται να υπάρχει καλή εκπροσώπηση από το σύνολο των συμμετεχόντων, υπάρχουν μεθοδολογικά ζητήματα που πρέπει να επισημανθούν.

Καταρχάς, αυτή καθαυτή η διενέργεια ηλεκτρονικών ερευνών είναι μία διαδικασία με μειονεκτήματα, από τα οποία το πιο αξιοσημείωτο είναι το σφάλμα κάλυψης (Τσάντας και συν, 1999): Μία έρευνα η οποία περιλαμβάνει πληθυσμό που δεν έχει πρόσβαση στον υπολογιστή ή στο διαδίκτυο μπορεί εύκολα να χαρακτηριστεί ως αναξιόπιστη. Αυτό, επίσης, ισχύει ακόμη και εάν ο ερευνητής ζητήσει μεθόδους όπως η στάθμιση ή η ανθεκτική μορφή συσχετισμού υπόθεσης για να ουδετεροποιήσει τις επιδράσεις του καλυμμένου λάθους (Best & Krueger, 2002). Σε τέτοιες περιπτώσεις ένας συνδυασμός ηλεκτρονικής – παραδοσιακής μεθόδου θα έπρεπε να εξεταστεί καλύτερα. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει πάντα η ανησυχία για περιπτώσεις απάτης (ένας χρήστης που δεν πληροί τις προϋποθέσεις της έρευνας ή που μιμείται πολλαπλούς ερωτώμενους). Επιπλέον μειονεκτήματα μιας ηλεκτρονικής έρευνας σε σχέση με μια συμβατική έρευνα

είναι η δυσκολία στον καθορισμό και στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, η δυσκολία επίτευξης ενός τυχαίου δείγματος, η απουσία προσωπικής επαφής, τα ζητήματα ασφαλείας κατά την χρήση του διαδικτύου.

Όσον αφορά στην υγειονομική κοινωνία, όμως, μπορούμε να δεχθούμε ότι όλο και περισσότεροι από τους εργαζόμενους εισάγονται στις νέες τεχνολογίες και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Επιπλέον, η πρόσβαση στο διαδίκτυο παρέχει σχεδόν πλήρη ανωνυμία, κάνοντας τους αποκρινόμενους να αισθάνονται άνετα όταν δίνουν τις προσωπικές τους απόψεις. Η εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος αποδεικνύεται πολύτιμη στην όλη διαδικασία, ενώ η προσφερόμενη δυνατότητα επαναχρησιμοποίησης της έρευνας μπορεί να ενθαρρύνει την εκτεταμένη έρευνα. Επιπλέον πλεονεκτήματα είναι η απουσία της μεροληπτικότητας του ερευνητή, η ευκολότερη προσέγγιση απομακρυσμένων πληθυσμών.

Τέλος, το αποτελούμενο από 192 συμμετέχοντες δείγμα, καίτοι ικανοποιητικό για την εξαγωγή συμπερασμάτων, θα μπορούσε να αυξηθεί σε μελλοντική έρευνα για ακόμη ασφαλέστερα και περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

- Abelson RP. 1981. Psychological status of the script concept. *Am. Psychol.* 36:715–29
- Adshead G & Sarkar J (2012). The nature of personality disorder, *Advances in psychiatric treatment*, vol. 18, 162–172.
- Anderson CA (1983). Imagination and expectation: the effect of imagining behavioral scripts on personal intentions. *J. Pers. Soc. Psychol.* 45:293–305
- Anderson CA & Godfrey S (1987). Thoughts about actions: the effects of specificity and availability of imagined behavioral scripts on expectations about oneself and others. *Soc. Cogn.* 5:238–58
- Anderson CA, Deuser WE, DeNeve K. (1995). Hot temperatures, hostile affect, hostile cognition and arousal: tests of a general model of affective aggression. *Pers. Soc. Psychol. B* 21:434–48
- Anderson CA, Anderson KB, Deuser WE. (1996a). Examining an affective aggression framework: weapon and temperature effects on aggressive thoughts, affect, and attitudes. *Pers. Soc. Psychol. B* 22:366–76
- Anderson CA & Anderson KB (2008). Men who target women: specificity of target, generality of aggressive behavior. *Aggressive Behavior* 34, 605–622.
- Anderson CA & Bushman BJ (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology* 53, 27–51.
- Ansbro, M. (2008). Using Attachment Theory with Offenders, *Probation Journal* Vol 55 No. 3 231-244.
- Atkin, E.L. (1979). *Παιδική Επιθετικότητα*, Εκδ. Τάμασος, Αθήνα.
- Bandura A. (1983). Psychological mechanisms of aggression. *See Geen & Donnerstein*, pp. 11–40
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu. Rev. Psychol.* 52:1–26
- Baron RA, Richardson DR. (1994). *Human Aggression*. New York: Plenum. 2nd ed.
- Baumeister RF, Smart L, Boden JM (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychol. Rev.* 103:5–33

- Bennet G (1987). *The Wound and the Doctor: Healing Technology and Power in Modern Medicine*. London: Secker & Warburg; 91-2.
- Berkowitz L (1993). Pain and aggression: some findings and implications. *Motiv. Emot.* 17:277-93
- Best, S.J. & Krueger, B. (2002), New approaches to assessing opinion: The prospects for electronic mail surveys, *International Journal of Public Opinion Research*, 14(1), 73-92
- Bettencourt B, Talley A, Benjamin AJ & Valentine J (2006). Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 132, 751-777.
- Blair RJ (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain Cog*, 55:198-208
- Borum R, Swartz M & Swanson J (1996). Assessing and managing violence risk in clinical practice. *J Pract Psychiatry Behav Health*, 2:205-215
- Bouchard C, Clarkson M & Tessier R (1996). *Méthodes*. In C. Lavallée, M. Clarkson et L. Chenard (dir.), *Conduites à caractère violent dans la résolution de conflits entre proches*, Québec. Enquête sociale et de santé 1992-1993, chapitre 1, 7-20.
- Bretherton I (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth, *Developmental Psychology* /fol. 28, No. 5, 759-775.
- Brown GL et al (1979). Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res*, 1:131-139.
- Bushman BJ & Baumeister RF (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *J. Pers. Soc. Psychol.* 75:219-29
- Bushman BJ & Anderson CA (2001). Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychol. Rev.* 108:273-79
- Bushman BJ & Anderson CA (2002). Human aggression. *Annu. Rev. Psychol.* 2002. 53:27-51.
- Buss AH & Perry M (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Carmen E, Reiker P & Mills T (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 141:378-379

- Capozza D, Visintin EP, Falvo R & Testoni I (2015). Deumanizzazione del paziente oncologico nei contesti medici [Dehumanization of the oncological patient in medical contexts] *Salute e Società*, 14, 74-86.
- Coccaro EF, Kavoussi RJ, Hauger RL, Cooper TB, Ferris CF (1998). Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 55:708–714
- Collins AM & Loftus EF (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychol. Rev.* 82:407–28
- Cordes CL & Dougherty TW (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621–656.
- De Almeida RM, Ferrari PF, Parmigiani S, Miczek KA (2005) Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA. *Eur J Pharmacol*, 526:51–64
- Dyrbye LN (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among U.S. medical students. *JAMA*; 304:1173–1177.
- Eron, LD, Walder LO & Lefkowitz MM (1971). The Learning of Aggression in Children. *Little Brown*, Boston.
- Fazel S & Danesh J (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys, *The Lancet*; 359:545–50.
- Fetisov SO, Hallman J, Nilsson I, Lefvert AK, Oreland L, Hokfelt T (2006) Aggressive behavior linked to corticotrophin-reactive autoantibodies. *Biol Psychiatry*, 60:799–802
- Fish EW, DeBold JF, Miczek KA. Aggressive behavior as a reinforcer in mice: activation by allopregnanolone. *Psychopharmacology (Berl)*, 163:459–466.
- Fraley RC, Waller NG, Brennan KA (2000). An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 78, No. 2, 350-365
- Geen RG. 2001. *Human Aggression*. Taylor & Francis. 2nd ed.
- Giotakos O, Markianos M, Vaidakis N, Christodoulou GN (2004). Sex Hormones and amine turnover of sex offenders, in relation to their Temperament and Character dimensions. *Psychiatry Res*, 127:185–193
- Γιωτάκος Ο (2014). Επιθετική και βίαιη συμπεριφορά: αιτιολογία και δυνατότητα πρόβλεψης (<https://www.psychologynow.gr/psychic->

health/psychopathology/11-epithetiki-ke-biei-siberifora-etologia-ke-dinatotita-problepsis-tu-oresti-yotaku.html, τελευταία επίσκεψη: 31/7/2018).

- Golomb BA, Criqui MH, White H, Dimsdale JE (2004). Conceptual foundations of the UCSD statin study: a randomized controlled trial assessing the impact of statins on cognition, behavior, and biochemistry. *Arch Intern Med*, 164:153–162
- Goncalo JA, Flynn FJ & Kim SH (2010). Are Two Narcissists Better Than One? The Link Between Narcissism, Perceived Creativity, and Creative Performance. *Personality and Social Psychology Bulletin* 36(11) 1484–1495
- Griffin RS & Gross AM (2003). Childhood bullying: Current empirical findings and future directions for research. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 1-22.
- Hagiwara N, Penner LA, Gonzalez R, Eggly S, Dovidio JF, Gaertner SL Albrecht TL (2013). Racial attitudes, physician-patient talk time ratio, and adherence in racially discordant medical interactions, *Social Science & Medicine*, 87, 123-131.
- Haque OS & Waytz A (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 176-186.
- Herbert M(1998) *Η κακή συμπεριφορά*. (επιμέλεια: Β. Παπαδιώτη – Αθανασίου), Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Hosie J, Gilbert F, Simpson K & Daffern M (2014). An examination of the relationship between personality and aggression using the general aggression and five factor models. *Aggressive Behavior* 40, 189–196.
- Huesmann LR, (1982). Information processing models of behavior. In: Hirschberg, N., Humphreys, L. (Eds.), *Multivariate Applications in the Social Sciences*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 261–288.
- Huesmann LR (1986). Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer. *J. Soc. Issues* 42:125–40.
- Huesmann LR. 1998. The role of social information processing and cognitive schema in the acquisition and maintenance of habitual aggressive behavior. See Geen & Donnerstein 1998, pp. 73–109.
- Jack AI, Dawson AJ & Norr ME (2013). Seeing human: Distinct and overlapping neural signatures associated with two forms of dehumanization. *NeuroImage*, 79, 313-328.
- Johnson S (1987). *Humanizing the Narcissistic Style*. W. W. Norton & Company.

- Jones DN & Paulhus DL (2010). Different provocations trigger aggression in narcissists and psychopaths. *Social Psychological and Personality Science*, 1, 12–18.
- Joyal C, Putkonen A, Paavola (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med*, 34:433–442.
- Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P et al. (2012) Conflict management and job satisfaction in pediatric hospitals in Greece. *J of Nurs Manag*, 20: 571–578
- Kernberg O (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.
- Kohut H (1971). *The analysis of the self*. NY: International Universities Press.
- Κοκκώση Μ, Βασιλαματζής Γ, Αναγνωστόπουλος Φ & Μαρκίδης Μ (1998). Το Ερωτηματολόγιο Ναρκισσιστικής Προσωπικότητας NPI: Προσαρμογή & μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του, *Ψυχιατρική*, 9:119-133.
- Konrath S, Bushman BJ & Campbell WK (2006). Attenuating the Link Between Threatened Egotism and Aggression *Psychological Science* 17: 995.
- Krawkowski, M, Volavaka J, Brizer D (1985). Psychopathology and violence: a review of the literature. *Compr Psychiatry*, 27:131–148.
- Lambe S, Hamilton-Giachritsis C, Garner E & Walker J (2016). The Role of Narcissism in Aggression and Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-22.
- Lazarus JL, Hosseini M, Kamangar F, Levien DH, Rowland PA & Kowdley GC (2016). Verbal Aggressiveness Among Physicians and Trainees. *J of Surg Educ* Vol.73, 4:756-760
- Leape, LL, Shore, MF, Dienstag, JL, Mayer, RJ, Edgman-Levitan, S, Meyer, GS et al. (2012). A Culture of Respect, Part 1: The Nature and Causes of Disrespectful Behavior by Physicians. *Academic Medicine*, Vol. 87, No7.
- Lester EP (1985). Narcissism and the personal myth. *Psychoanal Q.*;55(3):452-73.
- Livesley J (1998). Suggestions for a framework for empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 43:137–47.

- Λύκουρας Λ (2008). «Σύνδρομο παραληρητικής παραγνώρισης – Βίαιη συμπεριφορά» στο Αθ. Δουζένης & Λ. Λύκουρας *Ψυχιατροδικαστική*, 130-132, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης
- MacDonald O (2011). Disruptive Physician Behavior, ([http://www.quantiamd.com/q-qcp/Disruptive\\_Physician\\_Behavior.pdf](http://www.quantiamd.com/q-qcp/Disruptive_Physician_Behavior.pdf), τελευταία επίσκεψη: 1/8/2018).
- Manning RP, Dickson JM, Palmier-Claus J et al. (2017). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *J Affect Disord*; 211: 44-59.
- Manuzza S, Klein R, Konig P. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1073–1079
- Marcus ER, (2003). Medical student dreams about medical school: the unconscious developmental process of becoming a physician. *Int J Psychoanal.*; 84(Pt 2):367-86.
- Marsh RL, Hicks JL & Bink ML (1998). Activation of completed, uncompleted, and partially completed intentions. *J. Exp. Psychol. Learn.* 24:350–61.
- Maxwell L, Odukoya OK, Stone JA and Chui MA (2014). Using a Conflict Conceptual Framework to Describe Challenges to Coordinated Patient Care from the Physicians' and Pharmacists' Perspective. *Res Social Adm Pharm*; 10(6): 824–836.
- McNamara N & Finding R (2008). Guns, adolescents and mental illness. *Am J Psychiatry*, 165:190–194
- Meeham J, Flynn S, Hunt J et al (2006). Perperators of homicide with Schizofrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*, 57:1648–1651
- Μητσιώρη Μ (2008). Η επιθετικότητα. Εργασία στο μάθημα Κοινωνικοποίηση του παιδιού. Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής κι Εκπαίδευσης, Α.Π.Θ. ([https://www.specialeducation.gr/files4users/files/doc/epi8etikotHta\\_mHtsiw rH.doc](https://www.specialeducation.gr/files4users/files/doc/epi8etikotHta_mHtsiw rH.doc), τελευταία επίσκεψη 29/7/2018).
- Mikulincer M (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524.
- Mikulincer M & Shaver PR (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Guildford Press: New York.

- Mikulincer M & Shaver PR (2011). *Attachment, anger, and aggression*. In P. R. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Herzilya series on personality and social psychology. Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences* (pp. 241-257). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Mischel W. 1973. Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychol. Rev.* 80:252–83.
- Mischel W (1999). *Personality coherence and dispositions in a cognitive-affective personality (CAPS) approach*. In *The Coherence of Personality: Social-Cognitive Bases of Consistency, Variability, and Organization*, ed. D Cervone, Y Shoda, pp. 37–60. New York: Guilford.
- Mischel W, Shoda Y. 1995. A cognitive affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychol. Rev.* 102:246–68 .
- Μιχαλοπούλου Π & Λύκουρας Λ (2008). «Νευροβιολογία της επιθετικής συμπεριφοράς» στο Αθ. Δουζένης & Λ. Λύκουρας *Ψυχιατροδικαστική*, 42-51, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης.
- Moffit T (1993). Adolescence limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev*, 100:674–701
- Morf, C. C., & Rhodewalt, F. (2001a). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12, 177–196.
- Moscarello R, Margaittai KJ & Rossi M (1994). Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. *Can Med Assoc J* 1994;150:357–63.
- Μουρίκης Η & Δουζένης Αθ. (2008). «Σχιζοφρένεια και έγκλημα / παραβατικότητα» στο Αθ. Δουζένης & Λ. Λύκουρας *Ψυχιατροδικαστική*, 120-129, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης
- Μπακιρτζόγλου Σ (2013). Ο ενορμητικός άξονας της επιθετικότητας: περί της ενορμήσεως του θανάτου. ([http://www.epekeina.gr/a\\_files/2013/EnormisiEpith.pdf](http://www.epekeina.gr/a_files/2013/EnormisiEpith.pdf), τελευταία επίσκεψη 29/7/2018).
- O'Connor BP & Rigby H (1996). Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk and self-esteem among community and nursing home residents, *Psychology and Aging*, 11, 147-154.

- Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM et al. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg*; 147: 168-74.
- Pace A (2008). Make conflict your ally. *Training & Development*, 62(12): 14-15.
- Patterson GR, DeBaryshe BD & Ramsey E (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *Am. Psychol.* 44:329–35.
- Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ (1992). *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pearson M, Wilmot E & Padi M (1986). A study of violent behavior among in-patients in psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry*, 149:232–235
- Peek-Asa C, Runyan CW & Zwerling C (2001) The role of surveillance and evaluation research in the reduction of violence against workers. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 20, 141-148.
- Penney LM & Spector PE (2002). Narcissism and Counterproductive Work Behavior: Do Bigger Egos Mean Bigger Problems? *International Journal of Selection and assessment*, Vol. 10
- Pfafflin F & Adshead G (2003). *A Matter of Security: Attachment Theory in Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley.
- Pistole MC (1995). Adult attachment style and narcissistic vulnerability. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 115 – 126.
- Price JM & Dodge KA (1989). Reactive and proactive aggression in childhood: Relations to peer status and social context dimension. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 455 – 471.
- Raskin R & Hall CS (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45, 590.
- Raskin R & Terry H (1988). A Principal-Components Analysis of the Narcissistic Personality Inventory and Further Evidence of Its Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, No. 5, 890-902.
- Rosenstein A & O’Daniel M (2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs.*; 105:54–64.
- Ρούσου Ε & Παυλάκης Α (2011) Αξιολόγηση συγκρούσεων μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στα τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*, 12(1): 36-50



- Σαπουντζή-Κρέπια Δ (2001). Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία, συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων. *Νοσηλευτική*; 40(1):75-81
- Saxton R, Hines T & Enriquez M (2009). The negative impact of nurse-physician disruptive behavior on patient safety: A review of the literature. *J Patient Saf.* ;5:180–183.
- Schank RC, Abelson RP (1977). *Scripts, Plans, Goals and Understanding: An Inquiry into Human Knowledge Structures*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schwenk T, Davis L & Wimsatt L (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA.*;304:1181–1186.
- Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye LN et al. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg*; 146: 54-62.
- Siever LJ (2008). Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*, 165:429–442.
- Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ & Ρούσση Π (2002). «Ερωτηματολόγιο Ναρκισσιστικής Προσωπικότητας» στο Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, 93-94, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Steinberg BJ, Trestman R, Mitropoulou V et al (1997). Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacology*, 17:264–273
- Swanson J (1994). Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman H (eds) *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. University of Chicago Press, Chicago, :101–136
- Swanson J, Swartz M, van Dorn R (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63:490–499
- Tate DC, Reppucci ND & Mulvey EP (1995). Violent juvenile delinquents: treatment effectiveness and implications for future action. *Am. Psychol.* 50:777–81
- Trifiletti E, Di Bernardo GA, Falvo R & Capozza D (2014). Patients are not fully human: A nurse’s coping response to stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 44, 768-777.
- Tsagarakis M, Kafetsios K & Stalikas A (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of

Adult Attachment, *European Journal of Psychological Assessment*. Vol. 23(1):47–55.

- Τσάντας, Ν., Μωυσιάδης, Χ., Μπαγιατίης Ν. & Χατζηπαντελής, Θ. (1999), *Ανάλυση δεδομένων με τη βοήθεια στατιστικών πακέτων*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη
- Tsorbatzoudis H (2006). Psychometric evaluation of the greek version of the Aggression Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 102, 703-718.
- Twenge JM & Campbell WK (2003). Isn't it fun to get the respect that we're going to deserve? Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 261–2
- Vaes J & Muratore M (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52, 180-190.
- van IJzendoorn M & Bakermans-Kranenburg M (2009). The first 10000 Adult Attachment Interviews: distribution of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development* 11: 223–63.
- Van Der Heijden F, Dillingh G, Bakker A & Prins J (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*; 12: 344-6.
- Vessey JA, DeMarco RF, Gaffney DA & Budin WC (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: A preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy work environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 299–306.
- Von Kanel R, Herr RM, Van Vianen AEM & Schmidt B (2017). Association of adaptive and maladaptive narcissism with personal burnout: findings from a cross-sectional study. *Industrial Health*, 55, 233-242.
- West CP, Dyrbye LN & Shanafelt TD (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*;283(6):516-529
- Widiger T & Trull T (1994). "Personality disorders and violence." In: Mona han J, Steadman H (eds) *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. University of Chicago Press, Chicago, 1994:203–226
- Wiltgen A, Adler H, Smith R et al. (2014). Attachment insecurity and obsessive – compulsive personality disorder among inpatients with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 174 411–415

- Webster, CD, Douglas, K, Eaves D & Hart S (1997) *HCR-20: Assessing risk for violence*, Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- West CP, Tan AD & Shanafelt TD (2012). Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. *Mayo Clin Proc*; 87: 1138-44.
- Φερεντίνος Π & Δουζένης Α (2008). «Συναισθηματικές διαταραχές και παραβατικότητα» στο Αθ. Δουζένης & Α. Λύκουρας Ψυχιατροδικαστική, 133-141, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης
- Ψούνη Α (2015). Παθητική επιθετικότητα, (<https://psychinfo.gr/2015/01/29/>, τελευταία επίσκεψη: 29/7/2018).
- Zillmann D, (1983). Arousal and aggression. See Geen & Donnerstein 1983 pp. 75-102.
- Zigler E, Taussig C & Black K (1992). Early childhood intervention: a promising preventative for juvenile delinquency. *Am. Psychol.* 47:997-1006

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Εικόνα 1. Κατηγοριοποίηση της επιθετικής συμπεριφοράς των ζώων κατά Moyer και σύγκριση με μορφές ανθρώπινης επιθετικής συμπεριφοράς (τροποποιημένος από Taylor, 1999).<sup>1</sup>

Τύπος θίας	Ζώα	Άνθρωπος
Εξωειδική (predatory)	Τυπικά ανάμεσα σε ζώα διαφορετικού είδους(π.χ. το λιοντάρι που κυνηγάει τη ζέβρα), αλλά περιστασιακά και ο καννιβαλισμός που παρατηρείται σε μερικά τρωκτικά	Τυπικά ανάμεσα στον άνθρωπο και σε άλλα είδη (π.χ. κυνήγι ελαφιού), αλλά περιστασιακά και ανάμεσα σε ανθρώπους (π.χ. καννιβαλισμός, μερικοί δολοφόνοι κατά συρροή)
Μεταξύ αρσενικών (intermale)	Ανταγωνισμός για την πρόσβαση στα θηλυκά, συχνά με τελετουργικό χαρακτήρα και προκαλώντας ή όχι τραυματισμό	Ανταγωνισμός για την πρόσβαση στα άτομα θηλυκού γένους (π.χ. διαπληκτισμοί σε μπαρ)
Μητρική επιθετικότητα (maternal)	Εναντίον εισβολέων που πλησιάζουν τα μικρά τους, τυπικά κατά την περίοδο του θηλασμού	Παρόμοια απάντηση, αλλά η φυγή (flight) είναι πιο πιθανή από τη μάχη (fight), εκτός αν το ερέθισμα είναι πολύ έντονο (π.χ. μεγαλύτερο άτομο να επιτεθεί στο παιδί)
Επιθετικότητα αρσενικών (male)	Τυπικά κατευθύνεται στα νεογέννητα και οδηγεί στον θάνατό τους, έτσι ώστε το θηλυκό να επιστρέψει στον οίστρο	Τα θετά παιδιά είναι αρκετές φορές πιο πιθανό να κακοποιηθούν και να πεθάνουν από τον θετό πατέρα από ό,τι τα παιδιά που ζουν με τον βιολογικό τους πατέρα
Επιθετικότητα μετά ερεθίσματος (irritable)	Πιο συχνή στα αρσενικά. Σχετίζεται με τον πόνο, την πείνα ή τη ματαίωση (αρουραίοι, πουλιά και τρωκτικά του εργαστηρίου μπορεί να επιτεθούν το ένα στο άλλο, αν δεν τους δοθεί η επιβράβευση στα πλαίσια μιας καλά μαθημένης συμπεριφοράς μέσω επεμβατικής εξάρτησης· ο συνωστισμός των αρουραίων μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των βιαιών επιθέσεων	Η ψυχαναλυτική ιδέα της μετάθεσης, η αύξηση της βίας σε περιπτώσεις συνωστισμού, πείνας και καύσωνος
Σχετιζόμενη με τη γενετήσια λειτουργία (sex related)	Επιθετικό φλερτ που καταλήγει σε τυχαίο τραυματισμό, επιθέσεις κατά τη διάρκεια της ερωτοτροπίας και του ζευγαρώματος· αρσενικές πάπιες εξαναγκάζουν σε συνουσία διά της βίας θηλυκές που είχαν πρόσφατη συνουσία με άλλο αρσενικό	Βιασμός, σαδομαζοχισμός
Χωροκτητική (territorial)	Τυπικά με τελετουργικό χαρακτήρα και χωρίς τραυματισμό, αλλά περιστασιακά και με τραυματισμούς όταν μια ομάδα εισβάλλει στην περιοχή άλλων	Πόλεμοι, βίαιες μεταναστεύσεις ανά τους αιώνες (π.χ. γοθτικές φυλές που εισέβαλλαν στη Ρωμαϊκή αυτοκρατορία)
Αμυντική-προκαλούμενη από φόβο (fear-induced)	Πολλά είδη ζώων θα υπερασπιστούν τον εαυτό τους, αν η αποφυγή είναι αδύνατη ή δεν ήταν επιτυχής (π.χ. το ελάφι θα τρέξει για να ξεφύγει από τους λύκους, αλλά αν στριμωχθεί θα υπερασπιστεί αποφασιστικά τον εαυτό του, ενίοτε με επιτυχία	Όταν δεχθούν επίθεση, πολλά άτομα θα επιτεθούν, επίσης, ενίοτε με επιτυχία

Εικόνα 2. T.J. Rippon Eight different types of aggression (Buss 1961)

---

Type of aggression	Example
Physical-active-direct	Stabbing, punching, shooting
Physical-active-indirect	Setting a mine or booby-trap, or hiring an assassin
Physical-passive-direct	Physically preventing another person from obtaining a desired goal or performing a desired act (e.g. a sit-in demonstration)
Physical-passive-indirect	Refusing to perform necessary tasks
Verbal-active-direct	Insulting or causing a person to 'lose face' in public
Verbal-active-indirect	Spreading malicious rumours or gossip about another individual
Verbal-passive-direct	Refusing to speak to another person, or to answer a question
Verbal-passive-indirect	Failing to make specific verbal comments (e.g. failing to speak up in another person's defence when he/she is unfairly criticized or accused)

---

Εικόνα 3. Types of Workplace Violence (UIIPRC, 2001)

---

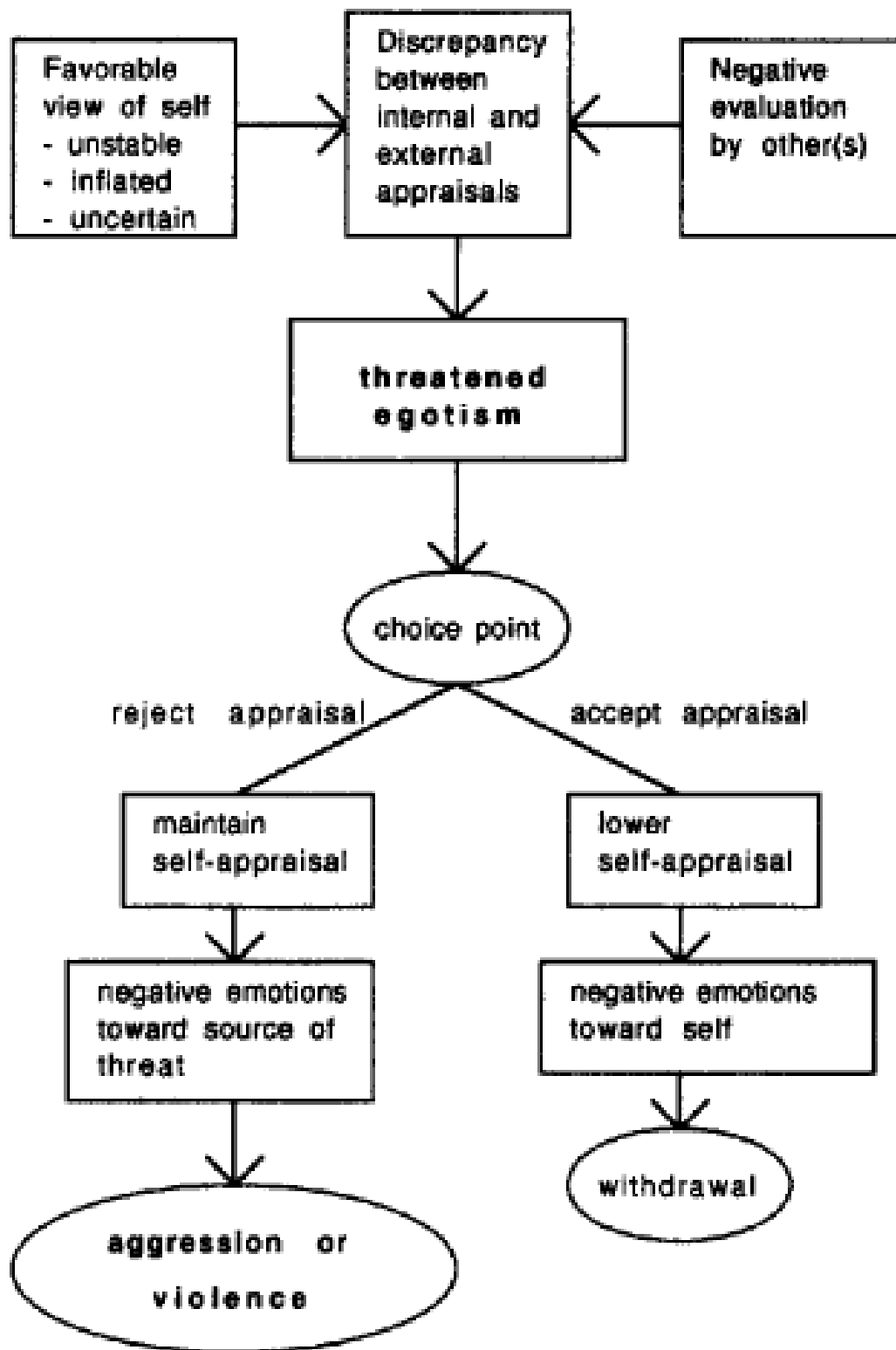
**Type I (Criminal Intent):** Results while a criminal activity (e.g., robbery) is being committed and the perpetrator has no legitimate relationship to the workplace.

**Type II (Customer/client):** The perpetrator is a customer or client at the workplace (e.g., health care patient) and becomes violent while being served by the worker.

**Type III (Worker-on-Worker):** Employees or past employees of the workplace are the perpetrators.

**Type IV (Personal Relationship):** The perpetrator usually has a personal relationship with an employee (e.g., domestic violence in the workplace).

**Εικόνα 4.** Schematic representation of the relation of threatened egotism to violent behavior. (Baumeister, Smart & Boden, 1996)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

**ΔΕΛΤΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ** στην ερευνητική εργασία με τίτλο: *«ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΔΕΣΜΟΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*, στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχιατροδικαστική» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αυτό το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα εξηγεί την ερευνητική μελέτη στην οποία σάς έχει προταθεί να συμμετέχετε εθελοντικά. Πριν δώσετε τη συγκατάθεσή σας για να λάβετε μέρος σε αυτήν τη μελέτη, παρακαλείσθε να διαβάσετε τα παρακάτω και να κάνετε όσες ερωτήσεις θεωρείτε ότι είναι απαραίτητες για να κατανοήσετε τί ακριβώς περιλαμβάνει η συμμετοχή σας. Μπορείτε επίσης να εκφράσετε τυχόν απορίες και μετά την έναρξη της μελέτης. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι προαιρετική.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η σχέση επιθετικότητας, ναρκισσισμού και διαστάσεων δεσμού στους επαγγελματίες υγείας. Θα καταγραφούν στοιχεία που αφορούν: δημογραφικά στοιχεία, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική εμπειρία. Η επιθετικότητα, ο ναρκισσισμός και ο

δεσμός θα μελετηθούν με την συμπλήρωση αντίστοιχων ερωτηματολογίων που έχουν σταθμιστεί για τον Ελληνικό πληθυσμό.

Με βάση το επισυναπτόμενο ερευνητικό πρωτόκολλο δεν απαιτείται καμιά παρεμβατική διαδικασία και η συμμετοχή σας στη συγκεκριμένη μελέτη δεν επηρεάζει με κανένα τρόπο την υγεία σας. Τέλος, δεν υπάρχει καμία οικονομική επιβάρυνση για εσάς.

Ενδέχεται να μην υπάρξουν άμεσα οφέλη για εσάς ή για την οικογένειά σας από τη συμμετοχή σας σε αυτήν την μελέτη. Αναμένεται πως οι πληροφορίες που θα αποκτηθούν μέσω αυτής και άλλων μελετών θα αυξήσουν την κατανόησή μας για τις συνθήκες εργασίας και συνεργασίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον ώστε μελλοντικά, να βελτιωθούν αυτές αλλά και οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Όλα τα στοιχεία που θα δώσετε είναι απόρρητα και θα είναι γνωστά μόνο στους βασικούς ερευνητές. Οι πληροφορίες αυτές δε θα σας αναφέρουν με το όνομά σας. Τα αποτελέσματα της μελέτης προορίζονται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και δεν θα κοινοποιηθούν σε εσάς, σε μέλη της οικογένειάς σας, ή σε οποιονδήποτε τρίτο.

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την μελέτη ή την συμμετοχή σας σε αυτή, παρακαλείσθε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο ερευνητή στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail): [spyrosbaras@med.uoa.gr](mailto:spyrosbaras@med.uoa.gr).

«Κατανοώ ότι η επιλογή μου να συμμετέχω σε αυτήν την μελέτη έγινε γιατί είμαι επαγγελματίας υγείας. Αποδέχτηκα ελεύθερα να καταγραφούν τα στοιχεία μου για τους σκοπούς της μελέτης. Ενημερώθηκα ότι η αποδοχή της πρόσβασης στα στοιχεία μου είναι εντελώς εθελοντική. Η ατομικότητα μου και το απόρρητο θα προστατεύονται κάθε στιγμή. Επίσης, πληροφορήθηκα πως η συμμετοχή μου ή η άρνηση μου να συμμετέχω δεν θα έχει επιπτώσεις στην εργασία μου.»



### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

#### 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα
- Άλλο:

Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε (σε έτη);

- 20 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- Άνω των 60

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Άγαμος /-η
- Έγγαμος /-η
- Διαζευγμένος /-η
- Χήρος /-α
- Άλλο:

Αριθμός τέκνων (αριθμητικά)

- 

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΙΕΚ - Ανώτερη σχολή
- ΤΕΙ - ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες επαγγελμάτων ανήκει το δικό σας;

- Ειδικός /-ή Ιατρός
- Ειδικευόμενος /-η Ιατρός

- Νοσηλεύτης /-τρια
- Παραϊατρικό προσωπικό
- Άλλο:

Είστε επαγγελματίας ψυχικής υγείας;

- Ναι
- Όχι

Το κύριο πλαίσιο εργασίας σας είναι:

- Κλινική - Νοσοκομείο - Ιατρεία Δημοσίου (Ε.Σ.Υ., Π.Ε.Δ.Υ., ΔΗΜΩΝ κτλ)
- Κλινική - Νοσοκομείο - Ιατρεία Πανεπιστημίου
- Κλινική - Νοσοκομείο - Ιατρεία Ιδιωτικών Συμφερόντων
- Ιατρείο Κοινωνοφελούς Σκοπού (πχ ΜΚΟ, Κέντρα φιλοξενίας)
- Ατομικό ιδιωτικό ιατρείο
- Άλλο:

Εργάζεστε σε Ειδικό Ψυχιατρικό ή Γενικό Νοσοκομείο (είτε Δημόσιο είτε Ιδιωτικό); \*

- Ειδικό Ψυχιατρικό
- Γενικό
- Δεν εργάζομαι σε Νοσοκομείο

Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει ο συνολικός χρόνος εμπειρίας σας στο επάγγελμά σας;

- Λιγότερο από 1 έτος
- 1 - 5 έτη
- 6 - 10 έτη
- 10 - 20 έτη
- Περισσότερα από 20 έτη

Έχετε υπάρξει μάρτυρας εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς επαγγελματία υγείας προς συνάδελφο ή/& εξυπηρετούμενο /-η:

- Ναι, προς συνάδελφο
- Ναι, προς εξυπηρετούμενο
- Αμφότερα τα ανωτέρω
- Όχι

Το περιστατικό αφορούσε:

- Λεκτική Επιθετικότητα (πχ εμπαιγμός, βλασφημία, απειλή)
- Σωματική Επιθετικότητα (πχ χειροδικία, σωματική βλάβη)
- Αμφότερα τα ανωτέρω
- Δεν έχω υπάρξει μάρτυρας ανάλογου περιστατικού
- Άλλο:

## 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Χρησιμοποιώντας την 5-βαθμη κλίμακα που φαίνεται παρακάτω, η οποία υποδεικνύει πόσο χαρακτηριστική ή μη χαρακτηριστική είναι η περιγραφή καθεμιάς από τις ακόλουθες δηλώσεις, τοποθετήστε την βαθμολογία σας στο τέλος της κάθε δήλωσης.

1	2	3	4	5
Εξαιρετικά μη χαρακτηριστικό για μένα		Ουδέτερα		Εξαιρετικά χαρακτηριστικό για μένα

1. Μερικοί από τους φίλους μου πιστεύουν ότι είμαι ευέξαπτος. -----
2. Εάν πρέπει να καταφύγω στην βία για να προστατεύσω τα δικαιώματά μου, θα το κάνω.-----
3. Όταν οι άνθρωποι είναι ιδιαίτερα καλοί μαζί μου, αναρωτιέμαι τι θέλουν.-----
4. Το λέω στους φίλους μου ανοιχτά όταν διαφωνώ μαζί τους.-----
5. Έχω θυμώσει τόσο που έχω σπάσει πράγματα. -----
6. Δεν μπορώ να μην εμπλακώ σε διαπληκτισμούς, όταν οι άνθρωποι διαφωνούν μαζί μου.-----
7. Αναρωτιέμαι γιατί μερικές φορές αισθάνομαι τόσο πικρόχολος για τα πράγματα.--
8. Κάποιες φορές, δεν μπορώ να ελέγξω την επιθυμία να χτυπήσω ένα άλλο άτομο.---
9. Είμαι ένα ήρεμο άτομο.-----
10. Είμαι καχύποπτος για ξένους που φέρονται υπερβολικά φιλικά.-----
11. Έχω απειλήσει ανθρώπους που γνωρίζω.-----
12. Φουντώνω γρήγορα, αλλά το ξεπερνώ γρήγορα.-----
13. Αν με προκαλέσει κάποιος μπορεί να τον χτυπήσω.-----
14. Όταν με ενοχλούν οι άνθρωποι, μπορώ να τους πω τι σκέφτομαι γι' αυτούς.----
15. Μερικές φορές με κατατρώει η ζήλια.-----
16. Δεν μπορώ να σκεφτώ κανέναν λόγο για να χτυπήσω ποτέ ένα άτομο.-----
17. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι έχω αδικηθεί από την ζωή.-----
18. Έχω πρόβλημα να ελέγξω την ψυχραιμία μου.----
19. Όταν ματαιώνομαι, αφήνω τον εκνευρισμό μου να φανεί.-----

20. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι οι άνθρωποι γελούν με μένα πίσω από την πλάτη μου.-----
21. Συχνά διαφωνώ με τους ανθρώπους.-----
22. Αν κάποιος με χτυπήσει, το ανταποδίδω.-----
23. Μερικές φορές αισθάνομαι σαν μια πυριτιδαποθήκη έτοιμη να εκραγεί.-----
24. Οι άλλοι άνθρωποι φαίνονται πάντα να έχουν την τύχη με το μέρος τους.-----
25. Υπάρχουν άνθρωποι που με βγάζουν τόσο εκτός εαυτού ώστε να «ερχόμαστε στα χέρια» .-----
26. Ξέρω ότι οι «φίλοι» μιλάνε για μένα πίσω από την πλάτη μου.-----
27. Οι φίλοι μου λένε ότι διαφωνώ συνεχώς.-----
28. Μερικές φορές γίνομαι έξω φρενών χωρίς κανένα λόγο.-----
29. Έχω μπει σε καυγάδες λίγο περισσότερο από ό, τι το μέσο άτομο.-----

### 3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΥ

Παρακάτω παρατίθεται μια σειρά προτάσεων που περιγράφουν συναισθήματα και αντιλήψεις που ενδεχομένως να έχετε σχετικά με τον εαυτό σας. Διαβάστε προσεκτικά κάθε ζευγάρι προτάσεων και *κυκλώστε είτε το Α είτε το Β*, ανάλογα με την πρόταση που σας εκφράζει περισσότερο. Αν καμία από τις δύο προτάσεις δεν σας εκφράζει πλήρως, κυκλώστε εκείνη που σας αντιπροσωπεύει πιο πολύ.

1. α) Έχω το ταλέντο να ασκώ επιρροή στους άλλους.  
β) Δεν είμαι καλός στο να επηρεάζω τους άλλους.
2. α) Η μετριοφροσύνη είναι κάτι που δεν με χαρακτηρίζει.  
β) Ουσιαστικά είμαι ένας μετριόφρων χαρακτήρας.
3. α) Στις πράξεις μου είμαι σχεδόν πάντα τολμηρός.  
β) Συνήθως, είμαι αρκετά επιφυλακτικός.
4. α) Όταν μου κάνουν φιλοφρονήσεις, μερικές φορές αισθάνομαι αμηχανία.  
β) Ξέρω ότι είμαι καλός διότι μου το λένε όλοι.
5. α) Η ιδέα ότι θα μπορούσα να κυβερνήσω με τρομάζει πολύ.  
β) Αν κυβερνούσα εγώ τον κόσμο, όλα θα ήταν καλύτερα.
6. α) Συνήθως, μπορώ να πείσω τους άλλους ότι εγώ δε φταίω.  
β) Γενικά, αποδέχομαι τις συνέπειες των πράξεών μου.
7. α) Προτιμώ να είμαι ανακατεμένος μες το πλήθος.  
β) Μου αρέσει να είμαι το επίκεντρο της προσοχής.
8. α) Θα γίνω επιτυχημένος.  
β) Δεν με απασχολεί πολύ η επιτυχία.
9. α) Δεν είμαι ούτε καλύτερος ούτε χειρότερος σε σύγκριση με τους περισσότερους ανθρώπους.  
β) Νομίζω ότι είμαι ένας ξεχωριστός άνθρωπος.
10. α) Δεν είμαι σίγουρος ότι θα μπορούσα να γίνω καλός αρχηγός.  
β) Πιστεύω ότι θα μπορούσα να γίνω καλός αρχηγός.
11. α) Ξέρω να διεκδικώ.  
β) Μακάρι να ήμουν πιο διεκδικητικός.
12. α) Θέλω να έχω εξουσία πάνω στους άλλους.  
β) Δεν με πειράζει να ακολουθώ τις εντολές των άλλων.
13. α) Είναι εύκολο για μένα να χειρίζομαι τους άλλους.

- β) Δεν μου αρέσει να ανακαλύπτω ότι χειρίζομαι τους άλλους.
14. α) Επιμένω να μου δείχνουν τον απαιτούμενο σεβασμό.  
β) Συνήθως λαμβάνω τον σεβασμό που μου αξίζει.
15. α) Δε μου αρέσει ιδιαίτερα να επιδεικνύω το σώμα μου.  
β) Μου αρέσει να επιδεικνύω το σώμα μου.
16. α) Διαβάζω τους ανθρώπους σαν ανοιχτό βιβλίο.  
β) Είναι δύσκολο να καταλάβεις τους άλλους.
17. α) Μόνο όταν αισθάνομαι ικανός, αναλαμβάνω την ευθύνη να παίρνω αποφάσεις.  
β) Μου αρέσει να παίρνω την ευθύνη των αποφάσεων.
18. α) Μου αρκούν απλά πράγματα στη ζωή για να είμαι ικανοποιημένος.  
β) Θέλω να είμαι «κάποιος» στα μάτια των άλλων.
19. α) Το σώμα μου δεν είναι κάτι το ιδιαίτερο.  
β) Μου αρέσει να κοιτάζω το σώμα μου.
20. α) Προσπαθώ να μην επιδεικνύομαι.  
β) Μου αρέσει να επιδεικνύομαι, όταν μου δίνεται η ευκαιρία.
21. α) Πάντα ξέρω τι κάνω.  
β) Μερικές φορές δεν είμαι σίγουρος για αυτό που κάνω.
22. α) Μερικές φορές στηρίζομαι στους άλλους προκειμένου να γίνει η δουλειά μου.  
β) Σπάνια στηρίζομαι στους άλλους για να γίνει η δουλειά μου.
23. α) Μερικές φορές μπορεί να πω κάτι αρκετά έξυπνο.  
β) Σε όλους αρέσουν οι ιστορίες που διηγούμαι.
24. α) Περιμένω αρκετά από τους άλλους.  
β) Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους άλλους.
25. α) Δεν θα είμαι ικανοποιημένος, παρά μόνον όταν πάρω αυτό που μου αξίζει.  
β) Δέχομαι τις ικανοποιήσεις έτσι όπως έρχονται στην ζωή.
26. α) Οι φιλοφρονήσεις με φέρνουν σε δύσκολη θέση.  
β) Μου αρέσει να μου κάνουν φιλοφρονήσεις.
27. α) Θέλω πολύ να έχω εξουσία στα χέρια μου.  
β) Δεν με ενδιαφέρει ιδιαίτερα η «εξουσία για την εξουσία».
28. α) Δεν δίνω σημασία στις νέες τάσεις και στην μόδα.  
β) Θα μου άρεσε να «λανσάρω» μια καινούρια μόδα.

29. α) Μου αρέσει να βλέπω τον εαυτό μου στον καθρέπτη.  
β) Δεν με ενδιαφέρει ιδιαίτερα να κοιτάζομαι στον καθρέπτη.
30. α) Μου αρέσει πολύ να είμαι το επίκεντρο της προσοχής.  
β) Δεν αισθάνομαι άνετα όταν είμαι στο επίκεντρο της προσοχής.
31. α) Μπορώ να ζω την ζωή μου, όπως εγώ θέλω.  
β) Οι άνθρωποι δεν μπορούν πάντα να ζήσουν την ζωή τους, όπως θέλουν.
32. α) Το να ασκώ εξουσία δεν είναι σημαντικό για μένα.  
β) Οι άλλοι πάντα δείχνουν ότι αναγνωρίζουν την εξουσία μου.
33. α) Θα προτιμούσα να ήμουν αρχηγός.  
β) Δεν με ενδιαφέρει καθόλου είτε γίνω είτε δε γίνω αρχηγός.
34. α) Θα γίνω σίγουρα σπουδαίος άνθρωπος.  
β) Ελπίζω να πετύχω στην ζωή μου.
35. α) Ορισμένες φορές οι άλλοι πιστεύουν αυτό που τους λέω.  
β) Έχω τον τρόπο να κάνω τους άλλους να πιστεύουν οτιδήποτε λέω.
36. α) Είμαι γεννημένος αρχηγός.  
β) Οι ηγετικές ικανότητες είναι ένα προσόν που παίρνει πολύ καιρό για να αναπτυχθεί.
37. α) Μακάρι κάποτε κάποιος να έγραφε την βιογραφία μου.  
β) Δεν μου αρέσει καθόλου να σκαλίζουν οι άλλοι την προσωπική μου ζωή.
38. α) Με ενοχλεί, όταν στις κοινωνικές εκδηλώσεις οι άλλοι δεν προσέχουν την εξωτερική μου εμφάνιση.  
β) Δεν με πειράζει να ανακατεύομαι με το πλήθος στις κοινωνικές εκδηλώσεις.
39. α) Είμαι περισσότερο ικανός από άλλους ανθρώπους.  
β) Υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορώ να μάθω από τους άλλους.
40. α) Είμαι ένας άνθρωπος σαν όλους τους άλλους.  
β) Είμαι ένα σπάνιο άτομο.



#### 4. ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΕΣΜΟΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Οι 36 προτάσεις που ακολουθούν αφορούν το πώς αισθάνεστε μέσα σε ερωτικές σχέσεις/δεσμούς, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνετε γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Σημειώστε δίπλα από την κάθε πρόταση το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτήν με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

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

1. \_\_ Προτιμώ να μην δείχνω στο/στην σύντροφό μου τι αισθάνομαι κατά βάθος.
2. \_\_ Φοβάμαι ότι θα χάσω την αγάπη του/της συντρόφου μου.
3. \_\_ Αισθάνομαι άνετα να μοιράζομαι προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα με τον/την σύντροφό μου.
4. \_\_ Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δεν θα θέλει να μείνει μαζί μου.
5. \_\_ Το βρίσκω δύσκολο ν' αφήσω τον εαυτό μου να στηριχθεί σε ερωτικούς συντρόφους.
6. \_\_ Ανησυχώ συχνά με την ιδέα ότι ο/η σύντροφός μου δεν με αγαπάει πραγματικά.
7. \_\_ Αισθάνομαι πολύ άνετα να είμαι συναισθηματικά κοντά με ερωτικούς συντρόφους.
8. \_\_ Ανησυχώ ότι οι ερωτικοί μου σύντροφοι δεν θα νοιάζονται για μένα όσο εγώ γι' αυτούς.
9. \_\_ Δεν αισθάνομαι άνετα να «ανοίγομαι» σε ερωτικούς συντρόφους.
10. \_\_ Συχνά εύχομαι τα αισθήματα του/της συντρόφου μου για μένα να ήταν τόσο δυνατά όσο τα δικά μου γι' αυτήν/αυτόν.
11. \_\_ Προτιμώ να μην είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά σε ερωτικούς συντρόφους.
12. \_\_ Ανησυχώ πολύ για τις σχέσεις μου.
13. \_\_ Αισθάνομαι άβολα όταν ο/η ερωτικός μου σύντροφος θέλει να είναι συναισθηματικά πολύ κοντά μου.

14. \_\_ Όταν ο / η σύντροφός μου είναι μακριά μου, ανησυχώ ότι μπορεί ν' ενδιαφερθεί για κάποια /ον άλλη /ον.
15. \_\_ Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με τον/την σύντροφό μου.
16. \_\_ Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα.
17. \_\_ Δεν μου είναι δύσκολο να πλησιάσω συναισθηματικά τον/την σύντροφό μου.
18. \_\_ Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει.
19. \_\_ Συνήθως συζητώ τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με τον/την σύντροφό μου.
20. \_\_ Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.
21. \_\_ Με βοηθάει να στραφώ στον/στην σύντροφό μου σε ώρες ανάγκης.
22. \_\_ Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.
23. \_\_ Λέω στον/στην σύντροφό μου σχεδόν τα πάντα.
24. \_\_ Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.
25. \_\_ Συζητώ τα πράγματα που με απασχολούν με τον/την σύντροφό μου.
26. \_\_ Μερικές φορές οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματά τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.
27. \_\_ Αισθάνομαι νευρικότητα όταν ένας / μία σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.
28. \_\_ Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.
29. \_\_ Αισθάνομαι άνετα να στηριχθώ στον/στην ερωτικό μου σύντροφο.
30. \_\_ Φοβάμαι ότι μόλις ένας / μία ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δεν θα του αρέσει το ποια / ος πραγματικά είμαι.
31. \_\_ Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.
32. \_\_ Θυμώνω που δεν παίρνω την στοργή και την στήριξη που χρειάζομαι από τον/την σύντροφό μου.
33. \_\_ Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.
34. \_\_ Ανησυχώ ότι υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.
35. \_\_ Ο/Η σύντροφός μου πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.

36. \_\_ Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφός μου με προσέχει μόνο όταν είμαι θυμωμένος.