

Αθήνα 2008

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΔΡΑΜΑΤΙΚΟΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ - ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΣ

Βασιλική Σπανού
Ιωάννα Καζάνη
Νικόλαος Τριπόδης

Αθήνα 2008

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΔΡΑΜΑΤΙΚΟΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ - ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΣ**

Συγγραφείς:

Βασιλική Σπανού, Ψυχολόγος

Ιωάννα Καζάνη, Παιδοψυχίατρος

Δρ. Νικόλαος Τριπόδης, Σχολικός Σύμβουλος

Επιμέλεια κειμένου:

Εύα Σκλάβου, Επί Πτυχίω Αρχαιολόγος

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΔΡΑΜΑΤΙΚΟΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ - ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	4-28
Επιδημιολογία.....	5-6
Αιτιοπαθογένεια.....	6-10
Κλινική εικόνα – Διάγνωση.....	10-16
Διαφορική Διάγνωση.....	16-17
Συνοσηρότητα.....	18
Πορεία – Πρόγνωση.....	18-20
Θεραπεία.....	20-28
ΙΣΤΡΙΟΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	29-40
Επιδημιολογία.....	29
Αιτιοπαθογένεια.....	30-31
Κλινική εικόνα – Διάγνωση.....	31-36
Διαφορική Διάγνωση.....	36-37
Πορεία – Πρόγνωση.....	37-38
Θεραπεία.....	38-40
ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	41-56
Επιδημιολογία.....	41
Αιτιοπαθογένεια.....	42-43
Κλινική εικόνα – Διάγνωση.....	44-48
Διαφορική Διάγνωση.....	48-50
Συνοσηρότητα.....	50
Πορεία – Πρόγνωση.....	51-53
Θεραπεία.....	54-56
ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	57-91
Επιδημιολογία.....	58-59
Αιτιοπαθογένεια.....	59-74
Κλινική εικόνα – Διάγνωση.....	75-79
Διαφορική Διάγνωση.....	79-83
Συνοσηρότητα.....	83
Πορεία – Πρόγνωση.....	84-89
Θεραπεία.....	89-91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92-102

ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΔΡΑΜΑΤΙΚΟΣ – ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ – ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΣ

▪ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διάγνωση αυτής της κατηγορίας των διαταραχών περιλαμβάνει ασθενείς με μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, που κυμαίνονται από μια μεταβαλλόμενη συμπεριφορά ως υπερεκτιμημένη αυτοεκτίμηση, υπερβολικές συναισθηματικές εκφράσεις και αντικοινωνική συμπεριφορά.(11) Οι ασθενείς αυτοί έχουν σημαντικές δυσκολίες με διαταραχές του εαυτού (ασταθής, παράλογος, ακαθόριστος, απουσία συναίσθησης της ίδιας τους της ταυτότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση). Επίσης μπορεί να αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες και προβλήματα αναφορικά με τον αποχωρισμό από άλλους, και ενοχές ή και συγκρούσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητά τους. Τα προβλήματα, που δημιουργούνται σαν αποτέλεσμα των διαταραχών αυτών, και τα σημεία στα οποία επικεντρώνεται η θεραπεία αφορούν κυρίως τις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών μέσα στην κοινωνία.(32)

▪ **ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ / ΜΕΘΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Ο όρος «Μεταίχμιακή Διαταραχή» είχε χρησιμοποιηθεί αρκετά χρόνια πριν από ερευνητές και θεωρητικούς για να εκφράσει πολλές διαφορετικές έννοιες και συμπτώματα, που είχαν επισημανθεί από το 1930.(32,11) Αρχικά, ο όρος χρησιμοποιήθηκε για ασθενείς, που βρίσκονταν στο μεταίχμιο μεταξύ Νεύρωσης και Σχιζοφρένειας, ήταν δηλαδή ασθενείς που ήταν πολύ ευαίσθητοι για να αντιμετωπιστούν μέσω κλασικών ψυχαναλυτικών τεχνικών ψυχοθεραπείας, αλλά και που τα συμπτώματά τους δεν ήταν τέτοια ώστε να δικαιολογούν την διάγνωση της Σχιζοφρένειας.(32) Οι ασθενείς αυτοί παρουσίαζαν, κάτω από την επίδραση αγχογόνων και στεσογόνων συνθηκών, την τάση για παλινδρόμηση και αποδιοργάνωση, ενώ κάποιοι από αυτούς εμφάνιζαν και ψυχωτικά συμπτώματα, στοιχεία από Διαταραχές του Συναισθήματος, από Διαταραχές της Προσωπικότητας και από Σχιζοφρένεια.(32,15)

Ο όρος, λοιπόν, «Μεθοριακή Σχιζοφρένεια» είχε προταθεί για να περιγράψει τέτοιους ασθενείς, που βρίσκονταν στο μεταίχμιο μεταξύ Νεύρωσης και Ψύχωσης, με κύρια συμπτώματα τις ήπιες διαταραχές στη σκέψη, διαταραχές στον έλεγχο των συναισθημάτων, έντονο άγχος,, νευρωσικές εκδηλώσεις, και ασύδοτη σεξουαλική ζωή. Ο όρος αυτός δεν συμπεριλαμβάνεται πια στο DSM, αλλά με βάση τις τρέχουσες κατηγοριοποιήσεις η ομάδα αυτών των ασθενών μάλλον θα συγκαταλεγόταν στη Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας. (76,32) Η διαγνωστική κατηγορία της Μεθοριακής Διαταραχής Προσωπικότητας εμφανίζεται για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 1980

στο DSM-III. Η αντίληψη και τα κριτήρια, που παρουσιάζονται στο DSM για την Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας προέκυψαν από πλήθος μελετών, ερευνών και συνεντεύξεων από ερευνητές όπως οι Gunderson, Kolb, Aystin (1981) και οι Spitzer, Endicott & Gibbon (1979).(32) Οι ασθενείς, που εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία, εμφανίζουν ως κύρια χαρακτηριστικά την αστάθεια σε επίπεδο συναισθημάτων, σχέσεων και αυτοεικόνας αλλά και την παρορμητικότητα.(76)

- **Επιδημιολογία**

Η διαταραχή αυτή παρουσιάζει υψηλά ποσοστά επιπολασμού καθώς σύμφωνα με το DSM IV αλλά και άλλες πηγές:

- 2% (για άλλους 1%-2% ή 1,1%-4,6%) είναι το ποσοστό για το γενικό πληθυσμό,
- 15% (για άλλους 20%) νοσηλευόμενων, εσωτερικών ψυχιατρικών ασθενών
- 51% ασθενών νοσηλευόμενων για διαταραχή της προσωπικότητας
- 8% (για άλλους 10%) μη νοσηλευόμενων, εξωτερικών ψυχιατρικών ασθενών
- 27% μη νοσηλευόμενων ασθενών με Διαταραχή Προσωπικότητας
- 30%-60% νοσηλευόμενων εσωτερικών ψυχιατρικών ασθενών με Διαταραχή Προσωπικότητας
(12,32,70,76)

Το ποσοστό είναι αρκετά υψηλότερο για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες καθώς το 75% όσων έχουν διαγνωστεί με τη διαταραχή αυτή είναι γυναίκες.(12,70,76)

Η Διαταραχή αυτή της Προσωπικότητας απαντάται 5 φορές συχνότερα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, μεταξύ συγγενών α΄ βαθμού μεθοριακών ασθενών. Στα μέλη οικογενειών ατόμων που έχουν διαγνωσθεί ως πάσχοντες από την Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης Συναισθηματικών Διαταραχών, Κατάχρησης Ουσιών ή Αντικοινωνικής Προσωπικότητας.(76)

- **Αιτιοπαθογένεια**

Έχει υποστηριχθεί από κάποιους ερευνητές ότι η ομάδα των ατόμων, που έχουν διαγνωστεί ως πάσχοντες από Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε δύο υποομάδες βάσει της αιτιοπαθογένειάς τους. Η μία από αυτές τις υποομάδες φαίνεται να σχετίζεται στενά με το ευρύτερο «φάσμα των Συναισθηματικών Διαταραχών». Άλλωστε η Μετ αιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας εμφανίζει υψηλή συνοσηρότητα με αρκετές από τις Συναισθηματικές Διαταραχές΄ ενδεικτικά αναφέρονται η Δυσθυμία, η Κυκλοθυμία και η Μείζων Κατάθλιψη. Υψηλή συνοσηρότητα όμως παρατηρείται και με άλλες διαταραχές όπως η Κατάχρηση και Εξάρτηση από Ουσίες, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress, αλλά και με άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας όπως η Ναρκισσιστική, η Ιστριονική και η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας. Τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, που έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας σε μεγαλύτερη ηλικία, είναι η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση, η απώλεια ενός ή και των δύο γονέων και τέλος το διαζύγιο των γονέων.(76) Στοιχεία, που συνδέουν την κακοποίηση στην παιδική ηλικία με την

εκδήλωση της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας έρχονται από έρευνα των Ogata et al.(1990), οι οποίοι αναφέρουν ότι 71% των ατόμων που έχουν λάβει διάγνωση της διαταραχής αυτής είχαν κακοποιηθεί σαν παιδιά.(15)

Το αναπτυξιακό μοντέλο της Ψυχαναλυτικής Θεωρίας προτείνει ότι η εκδήλωση της διαταραχής αυτής σχετίζεται άμεσα με μια σοβαρή δυσλειτουργία στο οικογενειακό περιβάλλον κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Εντοπίζει, δε, αυτή τη δυσλειτουργία στις σχέσεις μεταξύ παιδιού και γονέων, και υποστηρίζει ότι το αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργικής σχέσης είναι να αναπτύσσει και να διατηρεί το παιδί χαρακτηριστικά ευαλωτότητας στον αποχωρισμό, ένα εύθραυστο Εγώ και μια τάση να εγκλωβίζεται μέσα σε μια συγκεχυμένη αίσθηση ταυτότητας.(76)

Σύμφωνα με την Θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων (Kohut & Kernberg), η οποία ασχολείται με τον τρόπο που τα παιδιά εσωτερικοποιούν μέσω ενδοβολής τις αξίες και τις εικόνες των σημαντικών άλλων (ιδίως των γονέων), στην αναζήτηση της αιτιοπαθογένειας αυτής της διαταραχής θα πρέπει να επικεντρωθούμε στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά ταυτίζονται με άτομα, με τα οποία έχουν δυνατή συναισθηματική προσκόλληση. Οι εσωτερικοποιημένες αναπαραστάσεις ή εσωτερικοποιημένα αντικείμενα γίνονται μέρος του Εγώ του παιδιού και συγκρούονται με τις επιθυμίες, τους στόχους και τα ιδανικά του ατόμου καθώς αυτό ενηλικιώνεται.

Σύμφωνα με τη θεωρία, τα άτομα αντιδρούν σε αυτές τις εσωτερικοποιημένες αναπαραστάσεις των σημαντικών προσώπων, κατά κανόνα των γονέων, ιδιαίτερα όταν τα εσωτερικοποιημένα αντικείμενα αντιτίθενται στις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντα του ατόμου. Σύμφωνα με τον Kernberg (1985)

παιδικές εμπειρίες (ενδοβολές και ταυτοποιήσεις) αντιθετικού χαρακτήρα, όπως στις περιπτώσεις που οι γονείς εκδήλωναν σε μη αναμενόμενα χρονικά διαστήματα (σποραδικά) την επιβράβευση, την αγάπη και την προσοχή τους και δεν πρόσφεραν στο παιδί ζεστασιά και συναισθηματική στήριξη, οδηγούν το παιδί στην ανάπτυξη ενός ανασφαλούς Εγώ, που είναι ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά της Μετ αιχμιακής Διαταραχής.

Αν και οι ασθενείς, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή έχουν αδύναμο Εγώ και χρειάζονται συνεχή επιβεβαίωση, διατηρούν την ικανότητα να ελέγχουν και να είναι σε επαφή με την πραγματικότητα, αλλά δεν μπορούν να ανεχθούν αμφίρροπες καταστάσεις.(32,11) Δεδομένα από έρευνες έχουν στηρίξει τη θεωρία του Kernberg (1985). Για παράδειγμα, οι ασθενείς αναφέρουν χαμηλό επίπεδο φροντίδας από τις μητέρες τους.(60) Βλέπουν την οικογένειά τους ως συναισθηματικά ανέκφραστη, με χαμηλά επίπεδα συνοχής και υψηλά επίπεδα αντιθετικών συγκρούσεων. Όπως προαναφέρθηκε συχνά οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν σεξουαλική ή/και σωματική κακοποίηση και πολλοί από αυτούς έχουν βιώσει αποχωρισμό από τους γονείς τους στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.(58,67)

Τα στοιχεία λοιπόν των ερευνών στηρίζουν την υπόθεση ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν κάποιο ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, όπως και ιστορικό που περιλαμβάνει εγκατάλειψη από ή απώλεια των ή σύγκρουση με τους γονείς.(12) Μια άλλη υπόθεση, που έχει διατυπωθεί σε ότι αφορά στην αιτιοπαθογένεια της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας, θέλει την διαταραχή αυτή να είναι μέρος Διαταραχής Μετατραυματικού Stress ή Διασχιστικής Διαταραχής,

που προέκυψε μετά από σοβαρή τραυματική κακοποίηση της παιδικής ηλικίας. (32,11) Σε αυτές τις περιπτώσεις ο θεραπευτής θα πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή στη διάγνωση καθώς και η συμπτωματολογία της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες υπερκαλύπτει και συγχέεται με την συμπτωματολογία της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας.(32)

Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Προσέγγιση εστιάζει στις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που διατηρεί το άτομο για τον κόσμο, τον εαυτό του και τους άλλους. Παραδείγματα τέτοιων δυσλειτουργικών πεποιθήσεων είναι τα ακόλουθα:

- ο κόσμος είναι επικίνδυνος
- ο ίδιος είναι ευάλωτος και αδύναμος
- ο ίδιος δεν είναι αποδεκτός από τους άλλους.(76)

Τέλος, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη σημασία των γενετικών παραγόντων στην πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής.(43) Έχει υποστηριχτεί ότι η διαταραχή αυτή απαντάται συχνά σε μέλη της ίδιας οικογένειας και μάλιστα η διάγνωση είναι 5 φορές πιο συχνή σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών.(4,32)

Υπάρχουν ακόμα στοιχεία να στηρίζουν την υπόθεση ότι η διαταραχή οφείλεται σε κάποια δυσλειτουργία το μετωπιαίου λοβού, ο οποίος φέρεται να ελέγχει την παρορμητική συμπεριφορά. Για παράδειγμα ασθενείς με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν πολύ χαμηλές επιδόσεις σε νευρολογικές δοκιμασίες της λειτουργίας του μετωπιαίου λοβού και έχουν χαμηλά επίπεδα γλυκόζης στους μετωπιαίους λοβούς.(21,74) Επίσης, σχετική με την παρορμητικότητα είναι και η σεροτονίνη, και καθώς χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης έχουν συνδεθεί με την παρορμητικότητα, όταν ασθενείς με αυτή την διαταραχή εντάχθηκαν σε φαρμακευτική αγωγή, που περιελάμβανε αύξηση

των επιπέδων της σεροτονίνης, επέδειξαν σημαντική μείωση στα επίπεδα του θυμού τους.(30)

- **Κλινική Εικόνα – Διάγνωση**

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

1. Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις: Οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, που πάσχει από Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, χαρακτηρίζονται ως ασταθείς, έντονες, καταιγιστικές, περιστασιακές και χαρακτηριστικές σε ότι αφορά στα εναλλασσόμενα συναισθήματα εξιδανίκευσης και υποτίμησης.(11,15,32,76) Η στάση, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του ασθενούς μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά απέναντι στο ίδιο πρόσωπο μέσα σε ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα, και να εμφανίζουν ακραίες εναλλαγές και να κυμαίνονται από την παθιασμένη εξιδανίκευση και την γενναιόδωρη έκφραση θαυμασμού στον έντονο θυμό, την υποτίμηση, την περιφρόνηση ακόμα και τον οίκτο. Επίσης, σε ότι αφορά στην διάθεσή του, το άτομο επιδεικνύει την ίδια αστάθεια και μπορεί από ένα φυσιολογικό επίπεδο ηρεμίας και σταθερότητας να μεταβεί μέσα σε λίγο χρόνο σε μελαγχολία, θυμό ή ευερεθιστότητα. Είναι άνθρωποι παρορμητικοί και απρόβλεπτοι, γεγονός που τους οδηγεί σε αστάθεια στις διαπροσωπικές τους σχέσεις αλλά και στην αυτοεικόνα τους.(11,12,15,32,76) Τόσο η αστάθεια αυτή όσο και η έντονη έκφραση συναισθημάτων είναι τυπικά χαρακτηριστικά της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας.(32) Το

στοιχείο των ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων είναι και το πιο καθοριστικό.(15,51)

2. Παρορμητική συμπεριφορά: Η παρορμητικότητα των ασθενών αυτών εντοπίζεται σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνατό να αποβούν αυτοκαταστροφικοί. Παραδείγματα τέτοιων παρορμητικών συμπεριφορών είναι η αλόγιστη δαπάνη χρημάτων, η ασύδοτη σεξουαλική δραστηριότητα, που μπορεί να φθάσει στο σημείο της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες, η επικίνδυνη οδήγηση, οι αποκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές, όπως η λαιμαργία κ.α. (32,76) Στο κριτήριο αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται ο αυτοκτονικός ιδεασμός, οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι συμπεριφορές που στοχεύουν στον αυτοτραυματισμό.(32) Η απρόβλεπτη και ενστικτώδης συμπεριφορά των ασθενών αυτών αποβαίνει τελικά καταστροφική, και αυτό είναι το στοιχείο που ίσως περισσότερο από όλα δυσκολεύει τους άλλους να συναναστραφούν τους πάσχοντες από αυτή τη διαταραχή.(11,15)
3. Συναισθηματική αστάθεια: Η συναισθηματική αστάθεια στους ασθενείς αυτούς χαρακτηρίζεται από σημαντικές μεταβολές της διάθεσης και έρχεται σαν αποτέλεσμα της αξιοσημείωτης και ευδιάκριτης αντιδραστικότητας στην διάθεσή τους. Η αντιδραστικότητα αυτή μπορεί να περιλαμβάνει έντονη και επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, κατάθλιψη και υπέρμετρο άγχος, το οποίο συνήθως διαρκεί λίγες ώρες αλλά μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να διαρκέσει και λίγες μέρες.(11,15,32,76) Οι εναλλαγές αυτές σε συνδυασμό με την γενικότερη αστάθεια του ατόμου αυτού

μπορεί να επηρεάσει την κρίση και την λήψη αποφάσεων, από την στιγμή που ο ίδιος δεν είναι σε θέση να ελέγξει την «αντιφατικότητα» του.(76) Μερικοί από τους ασθενείς είναι πιθανό να εναλλάσσονται μεταξύ μικρής διάρκειας επεισοδίων Υπομανίας και Κατάθλιψης, σαν αντίδραση σε γεγονότα ζωής.(32)

4. Προσπάθειες αποφυγής της εγκατάλειψης: Το άτομο καταβάλλει απεγνωσμένες προσπάθειες να αποφύγει μια φαντασιωσική ή πραγματική εγκατάλειψη. Στο κριτήριο αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται ο αυτοκτονικός ιδεασμός, οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού.(32,76)
5. Διαταραχή της ταυτότητας: Ο ασθενής, που πάσχει από τη διαταραχή αυτή, εμφανίζει αξιοληστική, ευδιάκριτη και επίμονα ασταθή αυτοεικόνα.(11,15,32,76) Δεν έχει αναπτύξει το άτομο μια ξεκάθαρη συναίσθηση του εαυτού του και παραμένει αβέβαιο για το ποιες είναι τελικά οι αξίες του, οι επαγγελματικές του επιλογές και οι πεποιθήσεις του.(11) Η διαταραχή της ταυτότητας μπορεί ακόμα να αφορά την εικόνα του εαυτού, τη σεξουαλική ταυτότητα, ή τους στόχους του ατόμου.(76)
6. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Στους ασθενείς, που πάσχουν από Μεταχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι συχνή και επανεμφανιζόμενη η τάση για αυτοκτονία, απειλές, απόπειρες και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού.(32,76) Στις περιπτώσεις, που οι ασθενείς είναι θυμωμένοι, αισθάνονται θλίψη ή έχουν πρόσφατα βιώσει έναν χωρισμό είναι πιθανό να ξεπεράσουν τις απειλές για αυτοκτονία και να φθάσουν μέχρι την απόπειρα ή το

σημείο να αυτοτραυματίζονται. Οι αυτοτραυματισμοί μπορεί να περιλαμβάνουν χαρακιές στο σώμα τους με ξυράφι ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο (ψαλίδι, καρφίτσα, γυαλί κ.α.), αλλά και εγκαύματα στα χέρια τους ή σε άλλα σημεία του σώματός τους.(11,15,32) Άλλες εκδοχές για την εξήγηση αυτών των συμπεριφορών αυτοτραυματισμών μπορεί να εστιάζουν στο γεγονός ότι αυτοί οι χαμηλής λειτουργικότητας ασθενείς συχνά επιδίδονται σε τέτοιου είδους πράξεις για να ανακουφιστούν από το υψηλό επίπεδο άγχους ή σαν μια απόπειρα να τιμωρήσουν τον εαυτό τους ή να «αισθανθούν ζωντανοί».(32)

7. Χρόνιο αίσθημα κενού: Τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, βιώνουν χρόνια συναισθήματα κατάθλιψης. Αισθάνονται κενοί, ότι δεν έχουν στόχο, σκοπό και λόγο ύπαρξης.(32,76) Βλέπουν την ζωή τους άδεια, κενή, βαρετή και δεν αντέχουν να μένουν μόνοι, αναπτύσσουν φοβίες εγκατάλειψης και είναι σε μια διαρκή αναζήτηση της προσοχής των άλλων.(11,15,32)
8. Δυσκολία ελέγχου του θυμού: Στους ασθενείς αυτούς παρατηρείται ανάρμοστος, συνεχής, απρόσφορος και μεγάλης έντασης θυμός ή σημαντική δυσκολία να ελέγξουν το θυμό τους. Τα συχνά επεισόδια της εκδήλωσης τέτοιου ανεξέλεγκτου θυμού είναι αποτέλεσμα της κακής διάθεσης και των επανεμφανιζόμενων διαπληκτισμών και καβγάδων.(32,76) Σε τέτοια επεισόδια το άτομο διαπληκτίζεται, εμφανίζεται ευερέθιστο, σαρκαστικό, εύθικτο και γενικότερα δίνει την εικόνα του ατόμου, που πολύ δύσκολα θα συμβίωνε κανείς μαζί του. (11)

9. Παροδικός, συνδεδεμένος με stress παρανοειδής ιδεασμός: Σε περιόδους μεγάλου άγχους και στρες οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανό να εκδηλώσουν παροδικό παρανοειδή ιδεασμό, σύντομα ψυχωτικά επεισόδια και σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα.(11,32) Σε ότι αφορά στα ψυχωτικά συμπτώματα, είναι πιθανό να περιλαμβάνουν ιδέες συσχέτισης, υπναγωγικές ψευδαισθήσεις, παροδικές ψευδαισθήσεις και διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος.(12) Η διάσχιση χαρακτηρίζεται από αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση, που μπορούν να φθάσουν σε τέτοιο σημείο ώστε να αναφέρουν ότι την ώρα που αυτοτραυματίζονται «βρίσκονται έξω από το σώμα τους» και δεν αισθάνονται κανένα πόνο. Ορισμένοι ειδικοί έχουν προτείνει ότι η ενδορφίνη, ένα ενδογενές οπιοειδές πεπτίδιο, που εκκρίνει ο οργανισμός και σχετίζεται με την ανακούφιση του πόνου, είναι υπεύθυνο για την μειωμένη αντίληψη του πόνου στους ασθενείς αυτούς.(32) Οι ασθενείς συνήθως επικοινωνούν με το περιβάλλον γύρω τους, ωστόσο τέτοιου είδους επεισόδια μπορεί να παρουσιαστούν για ένα μικρό χρονικό διάστημα, κατά το οποίο δίνουν δείγματα ότι δεν έχουν επαφή με την πραγματικότητα, έχουν παραληρητικές ιδέες και παρανοϊκές σκέψεις.(55)

Σε γενικές γραμμές η συμπτωματολογία του ασθενούς, που πάσχει από Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, χαρακτηρίζεται από αστάθεια σε ότι αφορά στο συναίσθημα, στις διαπροσωπικές του σχέσεις αλλά και στην αυτοεικόνα του και από μια συμπεριφορά παρορμητική και αυτοκαταστροφική.(76)

Σε ότι αφορά στους αμυντικούς μηχανισμούς, που χρησιμοποιούν οι πάσχοντες από Μετ αιχμιακή Διαταραχή

Προσωπικότητας, ο βασικότερος είναι ο διαχωρισμός. Με βάση αυτό το μηχανισμό οι ασθενείς διαχωρίζουν στοιχεία σε απόλυτα καλά και απόλυτα κακά και αποτυγχάνουν να συνδυάσουν παράλληλα και με αρμονικό τρόπο στο μυαλό και στη σκέψη τους τις θετικές και τις αρνητικές πλευρές ενός ατόμου και να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για αυτούς. Η ανικανότητα αυτή να κατανοήσουν τις αντιθετικές πλευρές των άλλων ατόμων ή και του ίδιου του εαυτού τους οδηγεί σε τεράστιες δυσκολίες των ασθενών να ελέγξουν τα συναισθήματά τους. Αυτό συμβαίνει γιατί στα μάτια των ασθενών αυτών ο κόσμος, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, είναι ασπρόμαυρος. Με κάποιο τρόπο αυτός ο αμυντικός μηχανισμός προστατεύει το αδύναμο Εγώ των ασθενών από το αβάσταχτο άγχος, ίσως γιατί με τους διαχωρισμούς που κάνουν οι ασθενείς και με την τάση τους να αποδέχονται μια μόνο πλευρά των πραγμάτων, απαλλάσσουν τον εαυτό τους από το να έρθουν αντιμέτωποι με αντικρουόμενες σκέψεις και συναισθήματα. Το αποτέλεσμα είναι οι ασθενείς αυτοί να επικεντρώνονται σε ένα μόνο συναίσθημα, το οποίο όμως πολύ εύκολα και με πολύ γρήγορους ρυθμούς εναλλάσσεται με το αντίθετό του συναίσθημα.(11,32)

Ένας άλλος αμυντικός μηχανισμός, που χρησιμοποιείται από τους ασθενείς αυτούς είναι η παλινδρόμηση. Συχνά οι πάσχοντες από Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας αισθάνονται ότι αξίζουν μια ιδιαίτερη μεταχείριση και ειδικότερα μέσα στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου ή μιας κλινικής, όπου καλλιεργείται η εξάρτηση από την φροντίδα των άλλων, δημιουργείται το κατάλληλο υπόστρωμα για την χρήση της παλινδρόμησης και μάλιστα σε νηπιακές ηλικίες. Το περιβάλλον ενός νοσοκομείου είναι πιθανό να βοηθήσει την καλή προσαρμογή του ασθενούς,

ιδιαίτερα αν μοιράζεται το δωμάτιο με κάποιον άλλο ασθενή ή ακόμα καλύτερα αν το δωμάτιο αυτό είναι κοντά στο γραφείο των νοσοκόμων. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτή η τοποθεσία θα τους βοηθήσει να ξεπεράσουν ή να μετριάσουν τον φόβο της εγκατάλειψης, που γίνεται εντονότερο όταν αισθάνονται απομονωμένοι. Επιπρόσθετα, όταν οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται ασφαλείς είναι πιθανότερο να προβάλλουν λιγότερες απαιτήσεις από το προσωπικό της κλινικής.

Ο φόβος της εγκατάλειψης μπορεί να αναπτυχθεί και σε ασθενείς που μεταφέρονται συχνά από νοσοκομείο σε νοσοκομείο ή και στο φυσικό τους περιβάλλον. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εκφράσουν τον φόβο τους για εγκατάλειψη με μια ποικιλία αντιδράσεων όπως η άρνηση συναισθημάτων, οι εξάρσεις οργής ακολουθούμενες από επιθέσεις, υποτίμηση και προσβολή του ατόμου που θεωρούν οι ασθενείς ότι πρόκειται να τους εγκαταλείψει. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι επιθέσεις και η οργή αυτή μπορεί να μην διοχετεύονται σε άλλους αλλά στον ίδιο τον εαυτό τους.(32)

- **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ακόλουθες διαταραχές:

1. Ιστριονική, Ναρκισσιστική, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Με τις διαταραχές αυτές συχνά συνυπάρχει η Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, γεγονός που καθιστά τη διαφορική διάγνωση ιδιαίτερα δύσκολη. Στη Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, βέβαια, επικρατεί το στοιχείο της παρορμητικότητας.(76)

2. Παρανοειδής Διαταραχή Προσωπικότητας.

Στην περίπτωση αυτή απουσιάζουν η συναισθηματική αστάθεια και η έντονη παρορμητικότητα, ενώ η καχυποψία και η παρανοειδής ετοιμότητα του ατόμου έχουν μια σταθερότητα στο χρόνο.(76)

3. Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Στην περίπτωση αυτή, το άτομο αντιδρά στην εγκατάλειψη με στενοχώρια και άμεση αναζήτηση άλλου ατόμου για υποστήριξη και όχι με έντονο θυμό και διεκδικήσεις, όπως στην περίπτωση ατόμου με Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.(76)

4. Συναισθηματικές Διαταραχές.

Συχνά η Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας συνυπάρχει με Συναισθηματική Διαταραχή, ενώ ακόμη σε κάποιες περιόδους, άτομα με Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, που μιμείται ένα πρωτογενές επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής. Η διαφορική διάγνωση θα στηριχθεί στην πρώιμη έναρξη και στη μακρά διαδρομή των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας (συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα, έντονες διαπροσωπικές σχέσεις).(76) Έτσι το στοιχείο που βοηθά την διαφοροδιάγνωση είναι το γεγονός ότι τα συμπτώματα της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία και συνεχίζουν καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Βέβαια, αυτή η ειδοποιός διαφορά παύει να διευκολύνει την διάγνωση στις περιπτώσεις χρόνιας Διαταραχής της Συναισθηματικής Διάθεσης.(12)

- **Συνοσηρότητα**

Η διαταραχή έχει συνδεθεί με την Κατάχρηση Ουσιών (8,32) και με διαταραχές όπως η Παρανοειδής, Αποφευκτική, Δραματική-Ιστριονική, Ναρκισσιστική, και Εξαρτητική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(52) Οι ασθενείς έχουν μεγάλες πιθανότητες να έχουν και κάποια διαταραχή Συναισθηματικής Διάθεσης και Διαταραχές στον Έλεγχο των Παρορμήσεων.(12,47) Επιπλέον, και οι συγγενείς τους έχουν μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξουν κάποια Διαταραχή Συναισθηματικής Διάθεσης (κυκλοθυμία, διπολική διαταραχή), διαταραχές που συνδέονται με την Κατάχρηση Ουσιών, και Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(32,77)

Επιπρόσθετα, πολλοί από τους ασθενείς στους οποίους έχουν διαγνωστεί Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, Διαταραχές του Συναισθήματος, Διαταραχές σχετικές με Χρήση Ουσιών, Διασχιστικές Διαταραχές ή Αγχώδεις Διαταραχές, υποφέρουν και από Μετ αιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις και σε ό τι αφορά τη θεραπεία θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη τα στοιχεία της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας και η πιθανή τους επίδραση στη θεραπεία και να συνυπολογιστούν, όταν η οργανώνεται η θεραπεία του ασθενούς.(32)

- **Πορεία – Πρόγνωση**

Η διαταραχή ξεκινά στην περίοδο της πρώιμης ενήλικης ζωής του ατόμου (11,76). Στην παιδική ηλικία οι ασθενείς είναι πολύ πιθανό να είναι συναισθηματικά ασταθείς, παρορμητικοί, γεμάτοι θυμό και επιθετικοί. Η χαοτική τους παρορμητικότητα καθώς και η ένταση των συναισθημάτων τους πιθανόν να είναι παράγοντες,

που συμβάλλουν στο να εμπλακούν σαν παιδιά και σαν έφηβοι σε επαναστατικές ομάδες και μάλιστα να απολαμβάνουν τον θαυμασμό των μελών και την δημοτικότητα μέσα σε τέτοιες ομάδες. Υπάρχει κίνδυνος όλη αυτή η δραστηριότητα να παρεξηγηθεί και να θεωρηθεί ως μέρος των φυσιολογικών αντιδράσεων της ηλικίας αυτής ή να θεωρηθεί κρίση ταυτότητας.

Σαν ενήλικοι οι ασθενείς είναι πιθανόν να έχουν νοσηλευτεί επανειλημμένα εξαιτίας της ανικανότητάς τους να ελέγξουν τις παρορμήσεις και τα συναισθήματά τους, καθώς και εξαιτίας των ψυχωτικών και διασχιστικών συμπτωμάτων τους, όπως και εξαιτίας του αυτοκτονικού ιδεασμού τους ή μιας απόπειρας αυτοκτονίας.(12,32) Οι σχέσεις τους τείνουν να είναι ασταθείς και εκρηκτικές και όσον αφορά τον επαγγελματικό τομέα η κατάσταση τους συνήθως δεν είναι ιδιαίτερα καλή. Η συναισθηματικότητα και η παρορμητικότητα μπορεί να αρχίσει να μειώνεται καθώς το άτομο πλησιάζει την ηλικία των 30 ή όταν διατηρεί σχέση με άτομο που δείχνει μεγάλη υπομονή και συμπαράσταση.(12) Οι ασθενείς είναι πιθανό να έχουν χαμηλές αποδόσεις όσον αφορά την καθημερινή τους λειτουργικότητα, ή αντίθετα να λειτουργούν καλά στην καθημερινότητά τους αλλά είναι με δυσοίωνες προβλέψεις για τη μελλοντική τους δραστηριότητα και λειτουργικότητα μέσα στην κοινωνία.(32) Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμπτωματολογία της διαταραχής αυτής αρχίζει να υποχωρεί σημαντικά μετά την ηλικία των 40 ετών.(76)

Τα άτομα, που πάσχουν από Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, συνήθως ταλαιπωρούνται από τη διαταραχή για πολλά χρόνια, κατά την διάρκεια των οποίων μπορεί να σημειωθούν παρεμβολές επεισοδίων Συναισθηματικής Διαταραχής και παρεμβολές επεισοδίων, που χαρακτηρίζονται από έντονα

παρορμητική συμπεριφορά.(76) Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτοί οι ασθενείς να αναπτύξουν Διαταραχές Καταθλιπτικές, σχετικές με τη Χρήση Ουσιών, Βουλιμικές, και Διαταραχή Μετατραυματικού Stress.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής υποφέρει ταυτόχρονα και από Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματόμορφες Διαταραχές ή Διαταραχή σχετική με την Χρήση Ουσιών, οι πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας αυξάνονται.(12,32) Άλλωστε, για τους ασθενείς που πάσχουν από Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, ο κίνδυνος να γίνουν αυτόχειρες είναι μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού.(76) Μάλιστα, σύμφωνα με τα δεδομένα των ερευνών 3%-10% των ασθενών αυτών έγιναν αυτόχειρες μέχρι την ηλικία των 30 ετών.(12) Σε ότι αφορά δε την Κατάθλιψη των ασθενών αυτών παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες και μπορεί να εκφράζεται άτυπα. Ο όρος που χρησιμοποιείται για να αποδοθεί η Κατάθλιψη αυτή είναι «Ασυναισθηματική Κατάθλιψη» (Affectless Depression) και τα προεξάρχοντα συμπτώματα είναι η ανηδονία, η ανία, το αίσθημα κενού, ο θυμός και η έλλειψη ενοχικού ιδεασμού.(76) Στην περίπτωση της Κατάθλιψης αυτών των ασθενών παράπωνα για σωματικές ενοχλήσεις, ενοχές, ανημπόρια, έλλειψη καλής διάθεσης και όρεξης είναι στοιχεία που δεν παρατηρούνται συχνά.(65)

- **Θεραπεία**

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία του ασθενούς με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, ποικίλει και εξαρτάται κυρίως από κυρίαρχα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής και μπορεί να συμπεριλαμβάνουν άγχος, παραισθήσεις,

παραληρητικές ιδέες, κατάθλιψη και διασχίσεις.(12) Η φαρμακευτική αγωγή, λοιπόν, θα στοχεύσει σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Στην περίπτωση, που επικρατούν συναισθηματικής τάξης συμπτώματα, χορηγούνται αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. (11,76) Ωστόσο, κάποιιοι αναφέρουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν έχουν δείξει ιδιαίτερα αποτελέσματα στην θεραπεία της διαταραχής.(11) Στην περίπτωση, που επικρατεί η παρορμητική συμπεριφορά, ο θυμός, και η επιθετικότητα χρησιμοποιούνται καβαμαζεπίνη, άλατα λιθίου ή αντιψυχωσικά (σε μικρές δόσεις).(76) Τα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν δείξει κάποια αποτελεσματικότητα όσον αφορά στο άγχος, στις τάσεις αυτοκτονίας και στα ψυχωσικά συμπτώματα.(14) Στην περίπτωση, που υπάρχουν αγχώδεις εκδηλώσεις, χορηγούνται βουσπιρόνη ή ελάσσονα ηρεμιστικά (κυρίως αλπραζολάμη), ενώ σε περιόδους έξαρσης του παρανοϊκού ιδεασμού η χορήγηση αντιψυχωσικών βοηθά σημαντικά.(11,76)

Στην χορήγηση φαρμάκων είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής να επηρεάζεται από την τάση να αντιμετωπιστούν σύντομα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να είναι παροδικά ή συμπτώματα, που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν και με υποστηρικτικές τεχνικές ψυχοθεραπείας.(12) Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί οι ασθενείς αυτοί αναπτύσσουν εξάρτηση από τα φάρμακα και έχουν τάσεις αυτοκτονίας και είναι πολύ σημαντικό να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην δοσολογία των ψυχοφαρμάκων.(75)

Η θεραπεία της Μετ αιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους θεραπευτές.

Όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί στις σχέσεις τους με τους άλλους μεταφέρονται και μέσα στη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, οι δυσκολίες στο να αναπτύξουν και να διατηρήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης αντικατοπτρίζονται και στη σχέση με το θεραπευτή και αυτό κάνει τη θεραπεία εξαιρετικά δύσκολη. (11) Πιο συγκεκριμένα, καθώς οι ασθενείς αυτοί έχουν την τάση να διαμορφώνουν σχέσεις έντονες, επιθετικές, ασταθείς και ακόμα σχέσεις εκμετάλλευσης και εξάρτησης με τους ανθρώπους γύρω τους, οι θεραπευτές τους δεν θα αποτελέσουν εξαίρεση. Τη μια στιγμή μπορεί να είναι συγκαταβατικοί, συνεργάσιμοι και να ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τρόπο ιδανικό. Αντιθέτως, την επόμενη στιγμή μπορεί να παρουσιάζονται θυμωμένοι, να κατηγορούν τον θεραπευτή τους και να δείχνουν συναισθήματα απαξίωσης, υποτίμησης και περιφρόνησης στο πρόσωπό του.(12,32)

Ο ασθενής άλλοτε εξιδανικεύει το θεραπευτή και άλλοτε τον μειώνει και τον προσβάλλει, άλλοτε ζητά το ενδιαφέρον του και απαιτεί την αμέριστη προσοχή του, πολλές φορές ζητώντας συνάντηση σε ακατάλληλες ώρες, και άλλοτε αποδεικνύεται ασυνεπής στα ραντεβού. Άλλες φορές δείχνει να είναι συνεργάσιμος και να θέλει να ανακαλύψει πράγματα για τον εαυτό του και το τι του συμβαίνει και άλλοτε αρνείται να μιλήσει για κάποια θέματα και αποκλείει έστω και την αναφορά τους στη θεραπευτική διεργασία.(11)

Πολλοί από τους θεραπευτές, ακόμα και οι πλέον έμπειροι, έχουν έντονες, αυτόματες συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι αμφιταλαντευόμενα, θετικά ή αρνητικά και συχνά περιλαμβάνουν θυμό, την αίσθηση ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην

συγκεκριμένη περίπτωση ασθενούς, αμφισβήτηση των ικανοτήτων τους, υποτίμηση της αξίας τους κ.α.(32) Το να αντιμετωπίζει κανείς τέτοιους ασθενείς είναι πολλές φορές αγχογόνο για τον ίδιο το θεραπευτή, ο οποίος μπορεί να χρειαστεί να μιλήσει με κάποιον συνάδελφό του είτε για συμπαράσταση και συμβουλές είτε για να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τα δικά του συναισθήματα, που προκύπτουν από την αντιμετώπιση ενός τέτοιου ασθενούς (αντιμεταβίβαση).(11)

Τα συναισθήματα του θεραπευτή, θετικά ή αρνητικά, επίσης μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο μέσα από ομαδική θεραπεία, όπου ο χρόνος που διατίθεται στον ασθενή μπορεί να ελεγχθεί καλύτερα.(32) Πάντως, ο Linehan (1985, 1987, 1993 a,b) θεωρεί τις συνεδρίες του θεραπευτή με κάποιον συνάδελφό του πολύ σημαντικό στοιχείο της θεραπείας των Μετ αιχμιακών Διαταραχών της Προσωπικότητας. Μια από τις σημαντικότερες δυσκολίες στη θεραπεία της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι η πιθανότητα αυτοκτονίας, η οποία είναι πάντα παρούσα ως ένα πολύ σοβαρό ενδεχόμενο αλλά και μια κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη στην αντιμετώπισή της από το θεραπευτή. Η αιτία για αυτό είναι ότι ο θεραπευτής δεν μπορεί να είναι σε θέση να διαχωρίσει για παράδειγμα πότε ένα τηλεφώνημα στις 2:00 τα ξημερώματα είναι μια κραυγή για βοήθεια ή ένας τρόπος που χρησιμοποιεί ο θεραπευόμενος για να ανακαλύψει πόσο ξεχωριστός είναι για το θεραπευτή του, ποια είναι τα όρια της βοήθειας που του παρέχεται και σε ποιο σημείο θα έφθανε ο θεραπευτής για να τον βοηθήσει. Η τάση των ασθενών αυτών να χρησιμοποιούν ακόμα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοτραυματισμούς) με σκοπό να ελέγχουν, να χρησιμοποιούν και να χειρίζονται τους ανθρώπους γύρω τους είναι συμπτώματα

ιδιαίτερα στρεσογόνα για τον θεραπευτή τους και δύσκολα στην αντιμετώπιση και την εξάλειψή τους.(11)

Πολλές φορές κρίνεται αναγκαίος ο εγκλεισμός του ασθενούς σε κλινική είτε γιατί η κατάσταση είναι πλέον ανεξέλεγκτη, είτε γιατί οι πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας είναι μεγάλες κατά την διαδρομή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου με αισθητή την παρουσία αυτοκαταστροφικών τάσεων και συμπεριφορών. Το κλινικό περιβάλλον είναι ο καταλληλότερος χώρος για να μπορεί να βρίσκεται ο ασθενής κάτω από στενή παρακολούθηση. Άλλες περιπτώσεις, που κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα ή σε νοσοκομείο ημέρας, είναι αυτές στις οποίες ο ασθενής βρίσκεται σε συνθήκες έντονου stress και διατρέχει κίνδυνο ψυχωσικής αποδιοργάνωσης ή σε περιόδους έξαρσης της παρορμητικής/επιθετικής συμπεριφοράς του, κατά τις οποίες γίνεται επικίνδυνος όχι μόνο για τον εαυτό του αλλά και για τους άλλους.(11,76) Ανεξάρτητα από τις δυσκολίες που εγείρονται μέσα στη διαδικασία της θεραπείας αυτών των ασθενών, φαίνεται ότι οι τελευταίοι έχουν κίνητρα για να αναζητήσουν θεραπεία και οι θεραπευτικές συνεδρίες είναι ταυτόχρονα και ένα σημείο αναφοράς για τον ασθενή, ένας χώρος στον οποίο βρίσκουν συμπαράσταση και μπαίνουν στην διαδικασία να διερευνήσουν τον εαυτό τους.(11)

Σε ότι αφορά στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η ψυχαναλυτικού προσανατολισμού θεραπεία (ατομική ή ομαδική) σε συνδυασμό με την φαρμακοθεραπεία θεωρείται ως θεραπεία εκλογής για την Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η οποία στην αρχική φάση εστιάζει στο «εδώ και τώρα», κάποιοι υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να αποφεύγονται οι ερμηνείες βάθους στη μεταβίβαση γιατί διατρέχουμε τον κίνδυνο ο ασθενής να αποδιοργανωθεί. Αντίθετα

άλλοι ειδικοί ισχυρίζονται ότι υπάρχει ανάγκη να αναλύονται και να ερμηνεύονται οι παθολογικές άμυνες (προβολή, διάσπαση) και οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Η υιοθέτηση αυτής της τακτικής από τον θεραπευτή μπορεί να συμβάλλει στην συγκρότηση της προσωπικότητας και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Ο πάσχων μπορεί να εμφανίζει εκρήξεις οργής, χειριστικές συμπεριφορές (εκδραμάτιση) ακόμα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως προαναφέρθηκε. Αυτά τα στοιχεία καθιστούν την θεραπευτική σχέση και διαδικασία εξαιρετικά δύσκολη. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες η εφαρμογή υποστηρικτικής–συμβουλευτικής πρακτικής με έμφαση στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων μπορεί να αποδειχθεί βοηθητική.(76)

Οι Kohut & Kernberg ανέπτυξαν μια στρατηγική θεραπείας των Μεταιχμιακών Διαταραχών Προσωπικότητας, την Θεραπεία Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση στοχεύει στο να ενδυναμώσει το Εγώ του ασθενούς, προκειμένου να σταματήσει να χρησιμοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου μηχανισμού είναι ο διαχωρισμός, κατά τον οποίο ενδοβολές και ταυτοποιήσεις αντιθετικού χαρακτήρα παραμένουν ξεχωριστές και εμποδίζεται η σύνθεση ολοκληρωμένου εαυτού και σταθερής ταυτότητας και έτσι το άτομα επιμένει να διακρίνει πρόσωπα και καταστάσεις σε απόλυτα καλές και απόλυτα κακές. Ο θεραπευτής θα πρέπει να επισημαίνει στον ασθενή ότι αφήνει αμυντικούς μηχανισμούς, όπως αυτός του διαχωρισμού, να ελέγχουν τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του. Με αυτό τον τρόπο ο θεραπευτής βοηθά το πάσχον άτομο να έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα. Σε αυτή την κατεύθυνση βοηθά και το να προτείνει ο θεραπευτής μεθόδους

ώστε το άτομο να συμπεριφέρεται με πιο ευέλικτους τρόπους και να προσαρμόζεται στα πραγματικά δεδομένα. Μέσα από αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση, υποστηρίζουν οι Kohut & Kernberg, ο ασθενής αρχίζει να αποδέχεται και τις δύο πλευρές, θετικές και αρνητικές, τόσο των άλλων όσο και του εαυτού του και των καταστάσεων που αντιμετωπίζει.(11)

Η Linehan (1987) ανέπτυξε μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία ονομάζεται Διαλλακτική Συμπεριφοριστική Θεραπεία και στηρίζεται στην βαθιά και εκτεταμένη γνώση και κατανόηση της φύσης της διαταραχής και των συμπτωμάτων από την πλευρά του θεραπευτή. Ο στόχος είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς και κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους επίλυσης των καθημερινών προβλημάτων του και ελέγχου των συναισθημάτων άγχους και θυμού. Ο θεραπευτής, που υιοθετεί αυτή την θεραπευτική προσέγγιση, επικεντρώνεται περισσότερο στο να αναπτύξει ο ασθενής δεξιότητες που θα τον βοηθήσουν στις διαπροσωπικές του συναλλαγές και σχέσεις.(11)

Σε έρευνα, που αφορούσε στην αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, φάνηκε ότι η παρέμβαση είχε σημαντικά, θετικά και μεγάλης διάρκειας αποτελέσματα σε συμπτώματα όπως οι αυτοτραυματισμοί, οι τάσεις αυτοκτονίας, η τάση να εγκαταλείπουν την θεραπεία πριν το τέλος της. Οι ασθενείς, σε μεταγενέστερη έρευνα, αποδείχθηκε ότι είχαν καλύτερες επαγγελματικές δραστηριότητες, ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και θυμού και αξιολογήθηκαν γενικότερα ως καλύτερα προσαρμοσμένοι στο περιβάλλον τους.(11,42)

Ο Turner (1993,1994) ανέπτυξε την Δυναμική/Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, η οποία επικεντρώνεται περισσότερο στην παρορμητικότητα και το θυμό των ασθενών αυτών. Ο

αρχικός στόχος του θεραπευτή είναι να δώσει στον ασθενή να καταλάβει με ποιους τρόπους αντιστέκεται ο τελευταίος στη θεραπεία και στην διάθεση του θεραπευτή να τον βοηθήσει. Η θεραπεία εστιάζει στο να βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει τρόπους να ελέγχει το άγχος του, να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της ζωής, που αναπόφευκτα θα παρουσιαστούν στη ζωή του, και να αναπτύξει λιγότερο παρορμητικές διαπροσωπικές σχέσεις. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης ήταν θετικά.(11)

Ο Beck και οι συνεργάτες του (1990), που υιοθετούν επίσης την Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία, θεωρούν ότι οι ασθενείς με Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας λειτουργούν με ένα ή και περισσότερα από τα παρακάτω αρνητικά σχήματα:

- ο κόσμος είναι επικίνδυνος και κακόβουλος
- οι ίδιοι είναι εύθραυστοι και αδύναμοι
- οι ίδιοι δεν είναι αποδεκτοί από τους άλλους

Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι περισσότερο ευέλικτος από ότι με οποιονδήποτε άλλο ασθενή, υιοθετώντας διαφορετικές τεχνικές για να ανταποκριθεί στις ιδιοσυγκρασίες του ασθενούς. Μια προσέγγιση του θεραπευτή που φαίνεται να αποσκοπεί στο να κατευθύνει τον ασθενή και να προβάλλει τις απαιτήσεις του θεραπευτή μπορεί να δημιουργήσει θυμό στον ασθενή και την εντύπωση ότι ο θεραπευτής ασκεί κριτική και απορρίπτει τον τρόπο σκέψης του. Θα ήταν ίσως χρησιμότερο ο θεραπευτής να προσπαθήσει να εξηγήσει στον ασθενή ότι ο ασπρόμαυρος τρόπος με τον οποίο βλέπει τα πράγματα είναι δυσλειτουργικός και θα ήταν πιο εποικοδομητικό για τον ίδιο να κάνει μια προσπάθεια να δει τον κόσμο και τους ανθρώπους γύρω του με γκρίζα χρώματα και με το σκεπτικό ότι αυτά που αντιμετωπίζει έχουν

πάντα μια θετική και μια αρνητική όψη. Η αλλαγή αυτή στον τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης των καταστάσεων μπορεί να βοηθήσει και στην καταστολή των συναισθημάτων θυμού και άγχους. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση έχει θετικά αποτελέσματα, αλλά το μειονέκτημά της είναι ότι είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα σε ότι αφορά στους ασθενείς με Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, αφού συνήθως τα αποτελέσματα αρχίζουν να γίνονται εμφανή τουλάχιστον δύο χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας.(11)

▪ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ (ΙΣΤΡΙΟΝΙΚΗ) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο όρος Δραματική / Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας περιγράφει την προσωπικότητα που παλαιότερα ονόμαζαν «Υστερική».(12,76) Οι ασθενείς, που πάσχουν από Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από:

- δραματικές και έντονα συναισθηματικές εκδηλώσεις
- διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις με συνεχή αναζήτηση της προσοχής του «άλλου», με υποβολιμότητα, αλλά και με ερωτικοποίηση των συνήθων αλληλεπιδράσεων.(76)

• Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός της Δραματικής / Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 2%-3%.(10,12,76) Σε ότι αφορά στον πληθυσμό των ατόμων, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Προσωπικότητας, η συγκεκριμένη διαταραχή αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 10% των περιπτώσεων (76). Ακόμα, σε ότι αφορά τους ασθενείς, που δεν νοσηλεύονται, το ποσοστό αυτής της διαταραχής φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 10%-15%.(12)

Η διαταραχή αυτή φαίνεται να είναι συχνότερη ανάμεσα στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες.(10,12,76) Επίσης, είναι περισσότερο συχνή αυτή η διαταραχή ανάμεσα σε διαζευγμένους ή άτομα που έχουν χωρίσει από μακροχρόνιες σχέσεις, και αυτό γιατί η διαταραχή αυτή είναι συνδεδεμένη με υψηλά ποσοστά Κατάθλιψης και κακής κατάστασης της υγείας.(53)

- **Αιτιοπαθογένεια**

Λίγες έρευνες έχουν διεξαχθεί σε ότι αφορά στην αιτιοπαθογένεια αυτής της διαταραχής.(11) Η συμβολή γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της Δραματικής Διαταραχής Προσωπικότητας δεν έχει επιβεβαιωθεί από έρευνες. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι κάποια από τα βασικά ιστορionικά χαρακτηριστικά (π.χ. εξωστρέφεια, υπερ-εκφραστικότητα) αποτελούν ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία του ατόμου και με αυτή την έννοια είναι πολύ πιθανό να προσδιορίζονται έστω και μερικώς από έναν «γενετικά» καθορισμένο παράγοντα.(76)

Σε ότι αφορά στην ψυχαναλυτική προσέγγιση, θεωρείται η διαταραχή αυτή σαν αποτέλεσμα αναπτυξιακών ψυχικών συγκρούσεων.(76) Σύμφωνα με την θεωρητική αυτή προσέγγιση, αναφορικά με τη συναισθηματικότητα και την τάση των ατόμων αυτών να αποπλανούν τους άλλους, θα πρέπει να ανατρέξει κανείς στις σχέσεις με τους γονείς.(11) Η ψυχαναλυτική θεωρία προτείνει την υπόθεση της άλυτης και έντονα βιωμένης Οιδιποδειακής ψυχοσύγκρουσης ως αιτιοπαθογενετικού παράγοντα.

Σε ότι αφορά στην πάσχουσα από Ιστορionική Διαταραχή Προσωπικότητας, ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη σχέση πατέρα και κόρης και διερευνηθεί η πιθανότητα αυτά τα χαρακτηριστικά να οφείλονται σε γονεϊκή αποπλάνηση.(11,76) Η υπόθεση είναι ότι ως παιδί είχε βιώσει συναισθήματα μαινώσεων από τη μητέρα και αυτό την είχε στρέψει στο να προσκολληθεί στον πατέρα για την ικανοποίηση των εξαρτητικών αναγκών της. Αυτή η στροφή προς τον πατέρα συνδυασμένη με την ερωτικοποίηση, που συμβαίνει κατά την Οιδιποδειακή φάση της εξέλιξης, θα μπορούσαν ενδεχομένως να εξηγήσουν την

επιτακτική ανάγκη αυτών των γυναικών για την παρουσία ενός συντρόφου στην ενήλικη ζωή τους.

Σε ότι αφορά στον άνδρα πάσχοντα, ο ανταγωνισμός με τον πατέρα κατά την Οιδιποδειακή φάση της εξέλιξης ενισχύει την προσκόλληση στην μητέρα. Ίσως αυτό να εξηγεί την παθητικότητα, που χαρακτηρίζει τα αγόρια αυτά στην ενήλικη ζωή τους, και ακόμα την τάση τους να επιδιώκουν και να αναζητούν ερωτικές σχέσεις με γυναίκες που φέρουν ως επί το πλείστον «μητρικά χαρακτηριστικά».(76)

Γενικότερα, διατυπώνεται η υπόθεση ότι οι ασθενείς έχουν μεγαλώσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον, στο οποίο οι συζητήσεις για το σεξ άφηναν υπονοούμενα ότι πρόκειται για κάτι πρόστυχο και βρώμικο, αλλά ταυτόχρονα οι γονείς συμπεριφέρονταν σαν να είναι κάτι επιθυμητό και ευχάριστο. Αυτός ο τρόπος ανατροφής δικαιολογεί την ενασχόληση με το σεξ και τον φόβο να συμπεριφερθούν σεξουαλικά στην ουσία. Οι υπερβολικές εκφράσεις συναισθήματος φαίνεται να αντανακλούν τέτοιου είδους εσωτερικές συγκρούσεις.(11)

• Κλινική Εικόνα – Διάγνωση

Για να δοθεί η διάγνωση της Δραματικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV:

1. Επιδιώκει να είναι στο επίκεντρο της προσοχής: Ο ασθενής, που πάσχει από Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας, αισθάνεται άβολα όταν δεν είναι το επίκεντρο της προσοχής.(32,76) Είναι άτομα υπερβολικά ευαίσθητα σε ότι αφορά στα συναισθήματα αδιαφορίας και για αυτό στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν το ενδιαφέρον και το

θαυμασμό των άλλων είναι έτοιμοι να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους, να χρησιμοποιήσουν τους άλλους, να φθάσουν ακόμα και σε ακρότητες (π.χ. επιδειξιομανία).(11,12,15,32) Ακόμη, ακριβώς επειδή είναι εγωκεντρικοί, ασχολούνται υπερβολικά με την εξωτερική τους εμφάνιση και μπορεί να την χρησιμοποιήσουν για να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων, καθώς επιζητούν εναγωνίως την επιβεβαίωση. Έτσι, μπορεί να υιοθετούν στοιχεία όπως ιδιόμορφα ρούχα, εξεζητημένο μακιγιάζ, ασυνήθιστο χρώμα μαλλιών κ.α.(11,12,32,76) Πρόκειται για άτομα που στηρίζονται στο θαυμασμό των άλλων και δεν δείχνουν καμία ανοχή όταν καθυστερούν να πάρουν επιβράβευση.(11,12,15,32) Σε περίπτωση, που οι προσπάθειες αυτές αποτύχουν, τότε υποκύπτουν σε συναισθήματα λύπης, άγχους και την αίσθηση ενός κενού.(12) Η έντονη αυτή ανάγκη τους να είναι το επίκεντρο της προσοχής θεωρείται ως ένας τρόπος που υιοθετεί ο ασθενής για να υπερασπίσει τον εαυτό του και να ισορροπήσει συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης.(2) Η συμπεριφορά τους αυτή έχει σαν αποτέλεσμα σπάνια να δημιουργούν φιλίες με άτομα του ίδιου φύλου, δεδομένου ότι λειτουργούν ανταγωνιστικά στην προσπάθειά τους να κερδίσουν το ενδιαφέρον των άλλων.(12)

2. Σαγηνευτική και προκλητική συμπεριφορά: Η επικοινωνία των ασθενών αυτών με τους ανθρώπους γύρω τους χαρακτηρίζεται από ανάρμοστη, σεξουαλική, αποπλανητική και προκλητική συμπεριφορά.(32,76) Τα στοιχεία αυτά αφορούν τόσο την εμφάνιση όσο και την συμπεριφορά και αποσκοπούν στο να αποπλανήσουν τους γύρω τους.(11,15)

3. Συναισθηματικές διακυμάνσεις: Τα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή παρουσιάζουν μια ευμεταβλητότητα των συναισθημάτων, μια γρήγορα εναλλασσόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων.(32,76) Παρά το γεγονός ότι είναι υπερβολικοί στις εκφράσεις των συναισθημάτων τους, έχει υποστηριχθεί ότι ουσιαστικά είναι και πολύ ρηχοί.(11)
4. Θεατρικότητα και έντονες συναισθηματικές εκδηλώσεις: Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από δραματικότητα, θεατρικότητα και υπερβολή στην έκφραση συναισθημάτων.(32,76) Το άτομο θα συγκινηθεί πολύ ή θα μελαγχολήσει πολύ, άλλοτε θα χαίρεται με ένα σχεδόν παιδικό τρόπο, ενώ υπό την πίεση συγκρουσιακών καταστάσεων μπορεί να προβεί σε υπερβολικές σκηνές: να θυμώσει με ένα πολύ παιδικό τρόπο, να πέσει στο κρεβάτι κλαίγοντας ή απειλώντας, να χτυπήσει το κεφάλι του με τα χέρια του, να ισχυρίζεται ότι ζαλίζεται δείχνοντας υπερβολικά στεναχωρημένος και «αδύναμος». Όλα αυτά βέβαια είναι χειριστικά και είναι ακριβώς ο τρόπος αυτός συμπεριφοράς που συχνά χαρακτηρίζεται από τους άλλους ως «υστερικός».(76)
5. Υποβόλιμος: Οι πάσχοντες από Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από υποβολιμότητα, δηλαδή επηρεάζονται εύκολα από άλλους ή από καταστάσεις (32,76), και υποκύπτουν εύκολα στις επιρροές τους.(11,15)
6. Λόγος με πολλές συναισθηματικές εκφράσεις: Ο λόγος των ασθενών αυτών είναι εντυπωσιακός αλλά όχι λεπτομερής, με την έννοια ότι μπορεί να εκθέτουν με πυγμή και θάρρος την άποψή τους, αλλά δεν επιχειρηματολογούν για να την

στηρίξουν, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται ο λόγος τους επιφανειακός.(11,32,76)

7. «Προσκολλάται» σε σχέσεις: Τα άτομα που πάσχουν από την Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας φαίνεται ότι θεωρούν τις σχέσεις τους περισσότερο στενές, από ότι είναι στην πραγματικότητα. (32,76)

Η εμπειρία του να έρθει κάποιος σε επαφή με τους ανθρώπους που πάσχουν από Ιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι μοναδική. Οι πάσχοντες είναι άτομα εγωκεντρικά, που τους αρέσει πολύ να βρίσκονται με παρέα. Μπορούν να είναι διασκεδαστικοί όταν διηγούνται ιστορίες γιατί το κάνουν με ζωντανό και θεατρικό τρόπο και έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν στους ακροατές τους την αίσθηση της περιπέτειας και της διασκέδασης. Κάτω όμως από την εικόνα του ζωντανού αυτού ανθρώπου κρύβεται ένα ανώριμο και καθόλου καλά δομημένο Εγώ, που χαρακτηρίζεται από τη δυσκολία να νιώσει το άτομο τα πραγματικά / αυθεντικά συναισθήματα αγάπης και οικειότητας. Η ικανότητα να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν μια σχέση με τα στοιχεία της οικειότητας σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο είναι περιορισμένη και συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα και στη σεξουαλική λειτουργία.(12)

Στην ερωτική ζωή συνυπάρχει μια επιφανειακή υπερσεξουαλικότητα, η οποία όμως προβάλλεται προκειμένου να υπερκαλύψει μια βαθύτερη σεξουαλική αναστολή και ψυχρότητα. Συχνά οι ασθενείς αυτοί επισυνάπτουν σχέσεις που αφορούν ένα «τρίγωνο». Μπορεί ο ερωτικός σύντροφος να είναι παντρεμένος, δεσμευμένος ή μη διαθέσιμος γιατί είναι κατά πολύ νεότερος ή μεγαλύτερος, ή γιατί μένει σε μακρινή πόλη ή άλλη χώρα κ.α. Σε ότι αφορά στους άνδρες η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται ως

«παιδικός Δονζουανισμός» και αναφέρεται στο συγκερασμό στοιχείων αρρενωπότητας και την αναζήτηση σχέσεων με γυναίκες κυριαρχικές και δυναμικές.(76) Πρόκειται επίσης για έναν άνθρωπο που έχει περιορισμένο έλεγχο σε συναισθήματα όπως η απογοήτευση, ένας άνθρωπος που αναζητά τον ενθουσιασμό και την αλλαγή και εύκολα κουράζεται και αγανακτεί με την ρουτίνα της καθημερινότητας.(12) Αυτά τα ιδιόμορφα χαρακτηριστικά δεν εμποδίζουν το άτομο να συνάψει σχέσεις, να εμπιστευθεί ανθρώπους και να συνδεθεί μαζί τους.(76)

Οι αμυντικοί μηχανισμοί, που συνήθως χρησιμοποιούν οι ασθενείς που πάσχουν από Ιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας, είναι η απώθηση, η ταύτιση, η προβολή και η διάσπαση.(76) Παρατηρείται επίσης υπερβολική χρήση του αμυντικού μηχανισμού της παλινδρόμησης, κατά την οποία το άτομο υφίσταται μια ολική ή μερική επιστροφή σε παιδικά σχήματα συμπεριφοράς ή σκέψης, που χαρακτηρίζουν πρωιμότερα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Οι ασθενείς αυτοί προβαίνουν σε εκτεταμένη χρήση αμυντικών μηχανισμών όπως η απώθηση, η διάσχιση και η άρνηση. Κατά την απώθηση, μη αποδεκτά ψυχικά στοιχεία, ιδέες, συναισθήματα, φαντασίες και ενορμήσεις κρατιούνται μακριά από τη συνείδηση. Κατά τη διάσχιση, συντελείται αποχωρισμός οποιασδήποτε ομάδας ψυχικών και συμπεριφορικών διεργασιών από την υπόλοιπη ψυχική δραστηριότητα. Τέλος, κατά την άρνηση, το άτομο αρνείται την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων της εσωτερικής ή της εξωτερικής πραγματικότητας, που η συνειδητή αναγνώρισή τους θα του προκαλούσε άγχος. Η χρήση αυτών των αμυντικών μηχανισμών οδηγεί το άτομο σε ένα επιφανειακό, ρηχό, γενικευμένο και σφαιρικό τρόπο αντιμετώπισης του κόσμου, στην απουσία

εσωτερικού, ψυχικού πλούτου και στην έλλειψη εσωτερικής ισορροπίας.(12)

- **Διαφοροδιάγνωση**

Η Ιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας περιλαμβάνει δυσπροσαρμοστικές μεταβλητές στερεοτυπικών χαρακτηριστικών της γυναικείας προσωπικότητας. Αν και τα διαγνωστικά κριτήρια είναι σαφή και περιλαμβάνουν στοιχεία με σημαντικές αποκλίσεις από τα στερεοτυπικά χαρακτηριστικά της γυναικείας προσωπικότητας, έτσι ώστε μια φυσιολογική γυναίκα να μην πλήρη τις προϋποθέσεις για μια τέτοια διάγνωση, οι μελέτες δείχνουν ότι οι ψυχίατροι συχνά δυσκολεύονται στη διάγνωση αυτής της διαταραχής.(11,32) Πιο συγκεκριμένα διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις εξής διαταραχές:

1. Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας: Οι ψυχίατροι συχνά δίνουν την διάγνωση της Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας σε γυναίκες που πάσχουν από Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Και οι δύο αυτές διαταραχές εμπερικλείουν στοιχεία παρορμητικότητας, την αναζήτηση αισθήσεων, τα χαμηλά επίπεδα ανοχής της αγανάκτησης και της απόρριψης από τους άλλους και την τάση για εκμετάλλευση των άλλων. Είναι, λοιπόν, χρήσιμο στις περιπτώσεις που ο ειδικός αντιμετωπίζει μια περίπτωση ασθενούς με ιστριονικά και αντικοινωνικά συμπτώματα να λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τα διαγνωστικά κριτήρια αλλά και τις πολιτισμικές νόρμες, που αφορούν στην έκφραση των συναισθημάτων και τις προσδοκίες σχετικά με τους σεξουαλικούς ρόλους.(11,32)

2. Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας: Και στις δύο διαταραχές συναντάμε συναισθηματική αστάθεια και τάση για εκμετάλλευση των άλλων. Στην διαφορική διάγνωση της Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας από την Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας θα βοηθήσει το γεγονός ότι η τελευταία είναι πιο σοβαρή και περισσότερο δυσλειτουργική, ενώ περιλαμβάνει αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, διαταραχές ταυτότητας και χρόνια συναισθήματα κενού και απουσίας στόχων και σκοπού στη ζωή τους.(32)

- **Πορεία – Πρόγνωση**

Η Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας αρχίζει να εκδηλώνεται στην αρχή της ενήλικης ζωής του ατόμου και τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της παραμένουν σταθερά σε όλη τη ζωή του.(76) Η συμπεριφορά των ασθενών φαίνεται να διαιωνίζεται κυρίως εξαιτίας παραγόντων όπως η υπερβολική χρήση του αμυντικού μηχανισμού της παλινδρόμησης και οι επιφανειακές κοινωνικές σχέσεις.(12) Ωστόσο, η σοβαρότητα και η ένταση των συμπτωμάτων είναι πιθανό να μειωθούν με το πέρασμα των χρόνων.

Οι ασθενείς σαν έφηβοι είναι άτομα αξιοπρόσεχτα και ελκυστικά, που τους αρέσει να φλερτάρουν και αναζητούν την προσοχή των άλλων. Σαν ενήλικες δημιουργούν εύκολα σχέσεις, αλλά δυσκολεύονται να τις διατηρήσουν. Εμφανίζουν την τάση να παίρνουν παρορμητικές αποφάσεις, που μπορεί να έχουν δραματικές ή και μελοδραματικές επιπτώσεις στη ζωή τους. Ταυτόχρονα όμως μπορούν να είναι ιδιαίτερα γοητευτικοί,

άνθρωποι ζεστοί και με έξυπνο στυλ, τουλάχιστον σε ότι αφορά τις συναναστροφές τους με τους άλλους.(12,32)

Είναι πιθανό να αναπτύξουν σωματικές, συναισθηματικές, διασχιστικές διαταραχές ή και διαταραχές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών.(12,32) Έτσι, μπορεί να εκδηλώσουν Κατάθλιψη, συνήθως με τη μορφή της Δυσθυμικής Διαταραχής, ή και Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας, ειδικά κατά την διάρκεια περιόδων που έχουν έρθει αντιμέτωποι με ένα χωρισμό από μια σχέση. Επίσης, η Σωματοποιητική Διαταραχή αποτελεί συχνή επιπλοκή της πορείας της Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας.(12,76) Η σχέση των διαταραχών αυτών έγκειται στο ότι ο ασθενής αρνείται ότι αντιμετωπίζει συναισθηματικές δυσκολίες και τις διοχετεύει μέσα σε σωματικά κανάλια.(12)

- **Θεραπεία**

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, αν υπάρχει σοβαρού βαθμού Κατάθλιψη, θέση έχουν τα αντικαταθλιπτικά, αλλά ως συμπληρωματική θεραπεία.(76) Τα αντικαταθλιπτικά επίσης μπορεί να βοηθήσουν στις περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει συναισθηματική αντιδραστικότητα, υπερυπνία και την ευαισθησία στην απόρριψη.(32)

Οι ασθενείς αυτοί δεν αναζητούν εύκολα την βοήθεια ειδικού, παρά μόνο όταν θα βρεθούν αντιμέτωποι με κοινωνική απομόνωση και παραγκωνισμό. Η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα όταν η ασθενής επιχειρήσει να αποπλανήσει τον θεραπευτή και αρχίσει να καταφεύγει σε ανάρμοστες συμπεριφορές, που συμπεριλαμβάνουν και σωματική επαφή.(32) Η συνήθως ταχέως αναπτυσσόμενη ερωτική μεταβίβαση καθώς και η τάση της ασθενούς να είναι χειριστική

προς το θεραπευτή θα πρέπει να αναλυθούν λεπτομερώς, έτσι ώστε να κατανοήσει η ασθενής τις βαθύτερες ενδοψυχικές συγκρούσεις της. Ο μεγάλος κίνδυνος, που αποτελεί σημαντική απειλή για την θεραπευτική σχέση, είναι η ευόδωση εκ μέρους του θεραπευτή της προσκόλλησης και της ερωτικοποίησης της ασθενούς προς τον ίδιο τον θεραπευτή.(76)

Τα άτομα αυτά, καθώς είναι επικεντρωμένα στην εξωτερική τους εμφάνιση, στην προσέλκυση προσοχής και στην αποδοχή από τους άλλους, σπάνια εξωτερικεύουν τον πραγματικό τους εαυτό. Έτσι δεν αποκτούν εμπειρίες, δεν εξελίσσονται και δεν γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία που θα επικεντρωθεί στην κατανόηση των εσωτερικών συγκρούσεων και των δυναμικών του εαυτού, μπορεί να είναι αποτελεσματική αν και ο ασθενής δύσκολα την ανέχεται. Οι ασθενείς με Ιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας εύκολα αναπτύσσουν συναισθηματική επικοινωνία, η οποία όμως είναι επιφανειακή και δεν θα πρέπει να στηριχθεί σε αυτή ο θεραπευτής.(32)

Τα αρχικά στάδια της θεραπείας στοχεύουν στο να φέρουν στην επιφάνεια τους αμυντικούς μηχανισμούς, τους οποίους μέχρι πρότινος χωρίς αποτέλεσμα χρησιμοποιούσε ο ασθενής, και να αντιμετωπιστεί η αναμενόμενη έντονη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς. Ένας κεντρικός στόχος «κλειδί» στη θεραπεία αυτών των ασθενών είναι να εξισοροτηθούν οι γενικευμένες και σφαιρικές γνωστικές διεργασίες τους με την επιμονή του θεραπευτή να επικεντρωθούν σε λεπτομέρειες στη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών και στην επίλυση των πρακτικών προβλημάτων της καθημερινής τους ζωής. Χρήσιμο επίσης θα ήταν να αναζητήσει ο θεραπευτής την πηγή της ανάγκης που

επιδεικνύουν οι ασθενείς αυτοί για προσοχή και η οποία πιθανότατα να βρίσκεται σε εμπειρίες του παρελθόντος.(32)

Η ψυχαναλυτικού τύπου ατομική ψυχοθεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα και βοηθά σημαντικά στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ασθενούς.(76) Πολλοί ψυχίατροι προτείνουν, όμως, και την επιλογή των ψυχοθεραπευτικών ομάδων για την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Είναι εύκολο για τους ασθενείς αυτούς να λειτουργήσουν μέσα σε μια ομάδα, η οποία όμως θα τους βοηθήσει να διερευνήσουν την τάση τους να αναζητούν διαρκώς την προσοχή και την επιβεβαίωση από τους άλλους, να χρησιμοποιούν τους ανθρώπους γύρω τους και να επηρεάζονται από αυτούς. Επίσης, θα τους βοηθήσει να βρουν τρόπους να αναπτύξουν πιο ουσιαστικές και διαρκείς σχέσεις.(32)

▪ **ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Ο Freud, χρησιμοποίησε τον όρο «ναρκισσισμός», τον οποίο είχε πρώτος αναφέρει ο Havelock Ellis, προκειμένου να περιγράψει ένα σύνολο ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της υπερ-επένδυσης στον εαυτό σε αντιδιαστολή με την επένδυση στο αντικείμενο. Ο όρος χρησιμοποιείται και σήμερα για να περιγράψει έναν ιδιαίτερο τύπο προσωπικότητας των ατόμων, ο οποίος χαρακτηρίζεται από μεγάλες φιλοδοξίες, «μεγαλομανιακή» ιδέα του εαυτού τους, έλλειψη ενσυναίσθησης, αίσθημα ανικανοποίητου, αισθήματα φθόνου και υπέρμετρη ανάγκη να αισθάνονται τον θαυμασμό των άλλων.(76)

• **Επιδημιολογία**

Έχει παρατηρηθεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των ασθενών, που διαγιγνώσκονται με Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αυξάνεται συνεχώς.(76) Στον γενικό πληθυσμό η επικράτηση υπολογίζεται ότι είναι λίγο μικρότερη από το 1%.(11,12,76) Το ποσοστό αυτό για τον πληθυσμό των ατόμων, που νοσηλεύονται σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα, κυμαίνεται μεταξύ 2% και 16%.(12) Η διαταραχή αυτή φαίνεται να είναι συχνότερη ανάμεσα στους άνδρες, καθώς από τα άτομα που ήδη έχουν λάβει την διάγνωση της διαταραχής το 50%-75% αυτών είναι άνδρες.(12,76)

- **Αιτιοπαθογένεια**

Δεν έχουν υπάρξει ενδείξεις για τη συμμετοχή γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων. Αντίθετα, σε ότι αφορά στο ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών επιδράσεων, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι αξίες που προβάλλει η σύγχρονη κοινωνία και η υπέρμετρη έμφαση στο άτομο και στην επιτυχία, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των ναρκισσιστικών χαρακτηριστικών στην προσωπικότητα.(76) Πολλοί είναι οι σύγχρονοι θεωρητικοί που βλέπουν την διαταραχή αυτή σαν προϊόν της εποχής μας και του συστήματος αξιών, που έχει επικρατήσει, καθώς και των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα τα κινήματα που αναπτύχθηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και επικεντρώνονταν στην άνευ ορίων ικανοποίηση των επιθυμιών του ατόμου και στην βελτίωση του εαυτού. (11,12) Ο Lasch (1978) αναλύοντας τους κοινωνικοπολιτισμικούς αυτούς παράγοντες αναφέρει ότι οι τελευταίες δεκαετίες προήγαν την δημιουργία της «κουλτούρας του ναρκισσισμού».(12)

Ο Freud (1931) είχε αναφερθεί σε αυτό που ονόμαζε «narcissistic libidinal types», και είχε αποδώσει χαρακτηριστικά παρόμοια με τα σημερινά διαγνωστικά κριτήρια.(12) Η ψυχαναλυτική προσέγγιση εστιάζει σε αναπτυξιακές δυσκολίες στην αρχαϊκή περίοδο της ανάπτυξης, κατά την οποία διαμορφώνεται η απαρτίωση των αναπαραστάσεων του εαυτού και του αντικειμένου. Αντί το άτομο να ακολουθήσει μια φυσιολογική πορεία προς την ολοκλήρωση της φάσης του διαχωρισμού–εξατομίκευσης μέχρι τον 3^ο χρόνο ζωής, όλες οι θετικές και εξιδανικευμένες αναπαραστάσεις εαυτού και αντικειμένου τοποθετούνται μαζί και διαμορφώνουν μια μη ρεαλιστική,

«μεγαλομανιακή» εικόνα εαυτού, η οποία αποτελεί το ενδοψυχικό υπόβαθρο αυτής της διαταραχής.(76)

Η αποτυχία να αναπτύξει το άτομο μια υγιή αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται σε περιπτώσεις που τα παιδιά επιδεικνύουν τις ικανότητές τους και οι γονείς δεν ανταποκρίνονται με εκφράσεις αποδοχής, με σεβασμό, ζεστασιά και εμπάθεια, και δεν παρέχουν στο παιδί μια φυσιολογική αίσθηση αυτοαξίας και αυτοεκτίμησης. Όταν οι γονείς προάγουν τις δικές τους ανάγκες αντί να εγκρίνουν και να επιδοκιμάζουν τα παιδιά τους τότε το αποτέλεσμα μπορεί να είναι μια ναρκισσιστική προσωπικότητα. Το παιδί δεν αξιολογείται για τη δική του αυτοαξία, αλλά χρησιμοποιείται ως μέσο για να προαχθεί η αυτοεκτίμηση των γονέων. Τα παιδιά που παραμελούνται με αυτόν τον τρόπο δεν αναπτύσσουν έναν εσωτερικοποιημένο υγιή αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση και κατά συνέπεια αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να ξεπεράσουν τυχόν αποτυχίες τους. Αναπτύσσουν ναρκισσιστικές προσωπικότητες, και αγωνίζονται να στηρίξουν την αίσθηση εαυτού μέσω ατελείωτων αναζητήσεων για αγάπη και αποδοχή από τους άλλους.(11)

Συνεπώς, για την παθολογική ανάπτυξη ενοχοποιούνται οι γονείς και ειδικότερα η συγκαλυμμένη επιθετικότητα, ψυχρότητα και ο εγωκεντρισμός της μητέρας, η οποία μπορεί να εμφανίζει και η ίδια ναρκισσιστικά ή καταθλιπτικά στοιχεία.(76) Σύμφωνα με τον Kohut (1971,1977) ο εαυτός νωρίς στην ζωή του ανθρώπου παρουσιάζεται σαν ένα δίπολο, όπου στον ένα πόλο βρίσκεται η ανώριμη ιδέα μεγαλείου και στον άλλο πόλο μια εξαρτημένη εξιδανίκευση άλλων ανθρώπων.(11) Το νήπιο δημιουργεί τη «μεγαλομανιακή» εικόνα του εαυτού του ως αντίβαρο στην τραυματική πραγματικότητα. (76)

- **Κλινική Εικόνα - Διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV:

1. Οργή και ντροπή όταν δέχεται κριτική: Οι ασθενείς που πάσχουν από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας δεν μπορούν να ανεχθούν την ματαίωση και σε περίπτωση που δεχθούν κριτική διακατέχονται από συναισθήματα κατωτερότητας, οργής και ντροπής και μπαίνουν στην διαδικασία να αμφισβητήσουν τον εαυτό τους και να αμφιβάλλουν για το ταλέντο ή τις ικανότητές τους, πράγμα που δεν το αντέχουν.(76) Αυτή τους η στάση απέναντι στην κριτική συχνά έχει σαν αποτέλεσμα να έχουν οι ασθενείς σημαντικά προβλήματα στον εργασιακό τους χώρο.(32)
2. Εκμεταλλευτής: Οι πάσχοντες από αυτή τη διαταραχή, σε ότι αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, είναι εκμεταλλευτές και χρησιμοποιούν τους άλλους για να πετύχουν τους δικούς τους σκοπούς.(12,15,32) Το τίμημα για αυτή τη στάση τους είναι η αρνητική επίδρασή της στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.(11,12)
3. Εικόνα «μεγαλομανιακού» εαυτού: Οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγαλειώδη ιδέα για την σημαντικότητά τους, για την μοναδικότητά τους και τις ικανότητές τους. Έτσι, μπορεί να υπερβάλλουν σε ότι αφορά στις κατακτήσεις τους, τις επιτυχίες και τα ταλέντα τους.(32) Έχουν, λοιπόν, την βεβαιότητα ότι είναι ξεχωριστοί και μοναδικοί και ότι οι μόνοι που μπορούν να τους καταλάβουν είναι άνθρωποι εξίσου ξεχωριστοί και υψηλού status, και μόνο με τέτοιους επιδιώκουν να συναναστρέφονται.(11,12,15,32) Πρόκειται

για ανθρώπους που συμπεριφέρονται με υπεροψία και τόσο οι αντιδράσεις όσο και η στάση τους αντικατοπτρίζουν την αντίληψη που έχουν ότι δηλαδή είναι ανώτεροι από τους υπόλοιπους. Τα συμπτώματα αυτά απέχουν κατά πολύ από την απλή υπεροψία ή την ιδέα μεγαλείου.(32)

4. Πιστεύει στη μοναδικότητα των προβλημάτων του: Τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, θεωρούν ότι ακόμα και τα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν, είναι εξαιρετικά σημαντικά.(15,76)
5. Φαντάζεται επιτυχίες, δύναμη, ιδανικούς έρωτες: Οι ασθενείς αυτοί ασχολούνται υπερβολικά με φαντασιώσεις ατελείωτων και τεράστιων επιτυχιών, δύναμης, λάμψης, εκθαμβωτικής ομορφιάς και ιδανικής αγάπης.(11,12,15,20,32,76) Ακόμα προσδοκούν να αναγνωριστούν ως ανώτεροι, εξέχοντες σε κάποιο τομέα, στον οποίο όμως δεν έχουν να επιδείξουν ανάλογου μεγέθους επιτεύγματα.(32) Ο χαρακτηρισμός «εγωκεντρικός» δεν επαρκεί για να αποδώσει πλήρως τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά τους.(11,12,15)
6. Αναμένει από τους άλλους ειδική μεταχείριση: Τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, διατηρούν μια αίσθηση ότι για κάποιο λόγο δικαιούνται να έχουν παράλογες προσδοκίες από τους άλλους, κυρίως σε ότι αφορά μια ειδική αντιμετώπιση/μεταχείριση ή/και μια αυτόματη συμμόρφωση των άλλων προς τις δικές τους απαιτήσεις και προσδοκίες.(32,76) Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις δέχονται αρνητική επίδραση από την τάση τους να θεωρούν ότι όλοι γύρω τους οφείλουν να τους εξυπηρετούν ανά πάσα στιγμή και μάλιστα χωρίς να περιμένουν να τους ανταποδώσει ο ασθενής αυτές τις χάρες με κάποιο τρόπο.(11,12)

7. Αναζητά το θαυμασμό: Οι ασθενείς, που πάσχουν από Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αναζητούν την συνεχή προσοχή και τον εξέχοντα/υπερβολικό θαυμασμό των άλλων.(11,12,15,32,76) Με το να αναμένουν από τους άλλους να μοιραστούν μαζί τους μια μεγαλειώδη και ψευδή αίσθηση για την σημαντικότητά τους ουσιαστικά στοχεύουν στο να προστατεύσουν τον εαυτό τους από την υπολανθάνουσα αυτοαμφισβήτηση.(12)
8. Έλλειψη ενσυναίσθησης του άλλου: Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν έλλειψη ενσυναίσθησης, δηλαδή είναι απρόθυμοι ή ανίκανοι να αναγνωρίσουν ή να ταυτιστούν με τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων και να δείξουν κατανόηση.(12,15,32) Επίσης, αδυνατούν να συνειδητοποιήσουν πόσο απομονωμένοι και εγωκεντρικοί είναι.(12)
9. Συναισθήματα φθόνου: Οι ασθενείς αυτοί συχνά ζηλεύουν τους άλλους ή αισθάνονται ότι οι άλλοι ζηλεύουν τους ίδιους.(12,15,32,76) Ένα συναίσθημα που επίσης συχνά χαρακτηρίζει τους πάσχοντες από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι ο φθόνος. Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για μια μορφή επιθετικού συναισθήματος προς τον άλλον και μάλιστα προς τις καλές πλευρές του.(76) Όπως είναι αναμενόμενο αυτά τα στοιχεία έχουν πολύ αρνητική επιρροή στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.(11,12)

Αν εξαιρεθούν τα χαρακτηριστικά της έλλειψης εμπάθειας και των εξεζητημένων αντιδράσεων στην αρνητική κριτική, όλα τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά έχουν επιβεβαιωθεί από έρευνες σαν στοιχεία που συνθέτουν την Ναρκισσιστική Διαταραχή

Προσωπικότητας.(66) Συνοψίζοντας, η διαταραχή αυτή εκδηλώνεται με μακροχρόνιες και σταθερές παθολογικές συμπεριφορές, ιδέες, φαντασίες και συναισθήματα σε έξι σημαντικές πτυχές της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας:

1. τη γνωσιακή λειτουργία
2. την αντίληψη του εαυτού
3. την κοινωνική προσαρμογή και τις αξίες
4. τις διαπροσωπικές σχέσεις
5. τη συναισθηματική ζωή
6. τη σεξουαλικότητα(76)

Οι ασθενείς, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, αναζητούν αδιάκοπα την προσοχή και τον θαυμασμό των άλλων, αλλά πίσω από όλα αυτά κρύβεται η υπερβολική ευαισθησία τους στην κριτική των άλλων και ο φόβος τους για αποτυχία.(11) Ο ασθενής εξαιτίας των φαντασιώσεων υπεροχής και μοναδικότητας βρίσκεται σε μια συνεχή αναζήτηση δύναμης, προβολής και επιτυχίας. Αυτό το στοιχείο σε συνδυασμό με την έλλειψη εμπάθειας και το γεγονός ότι τα άτομα αυτά επιθυμούν να αποσπούν τον θαυμασμό και την υποταγή των άλλων στο πρόσωπό τους μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους γύρω τους να τους θεωρούν άλλοτε «σνομπ» και άλλοτε «πρότυπα», γεννημένους «ηγέτες».

Στην δημιουργία αυτής της εντύπωσης συμβάλλει κάποιες φορές και το γεγονός ότι σε γνωσιακό επίπεδο συνυπάρχει μια τάση για αποθήκευση γνώσεων με μια εγωκεντρική ομιλία καθώς και μια δυσκολία στο να γίνεται πάντα κατανοητός από τους ακροατές του. Μέσα από το θαυμασμό και την υποταγή των άλλων ο ασθενής επιβεβαιώνει την φαντασίωσή του και δεν διατρέχει τον κίνδυνο να αισθανθεί μειονεκτικά.(76) Συνεπώς, οι μεγαλειώδεις

ιδέες για τον εαυτό τους χρησιμεύουν σαν άμυνα στην υπολανθάνουσα αίσθηση ότι δεν είναι αρκετά ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους μόνοι τους και στην απορρέουσα επιθυμία να στηρίζονται στους άλλους.(12) Όταν αυτές οι άμυνες δεν λειτουργούν σωστά, οποιαδήποτε ματαίωση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε συναισθήματα κατωτερότητας και αμφισβήτησης ή αμφιβολίας για τον εαυτό του. Το άτομο γίνεται ιδιαίτερα αδύναμο και ευπαθές σε ότι αφορά επίπονες εμπειρίες που πληγώνουν το ναρκισσισμό του, και σε αυτές τις περιπτώσεις αντιδρά με οργή.(12,76) Οι πιο συνήθεις αμυντικοί μηχανισμοί, που επιστρατεύει το άτομο είναι η προβολή (αποδίδει σε κάποιον άλλον τις ασυνείδητες ιδέες, σκέψεις, ενορμήσεις και συναισθήματα που για τον ίδιο είναι ανεπιθύμητα ή απαράδεκτα) και ο διαχωρισμός (ενδοβολές και ταυτοποιήσεις αντιθετικού χαρακτήρα παραμένουν ξεχωριστές και έτσι εμποδίζεται η σύνθεση ολοκληρωμένου εαυτού και σταθερής ταυτότητας).(12)

- **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις ακόλουθες διαταραχές:

1. Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Παρά τις ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές σε ότι αφορά στους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς (και στις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιούνται εκτεταμένα ο διαχωρισμός και η προβολή), οι συμπεριφορές και ο τρόπος έκφρασης των πασχόντων από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας τείνει να διαφέρει από αυτές των πασχόντων από Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Ενώ δηλαδή η αυτοαντίληψη των μεταιχμιακών δεν είναι εναρμονισμένη, και είναι

συνήθως άτομα περισσότερο παρορμητικά και αυτοκαταστροφικά, οι ναρκισσιστικοί δείχνουν υπερβολή στις αντιλήψεις του εαυτού τους, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και μοιάζουν απροσπέλαστες. Εντούτοις, εμφανίζονται τουλάχιστον επιφανειακά και περισσότερο συγκροτημένοι από την άποψη ότι μπορούν να σημειώσουν κάποιες επιτυχίες, αν και πρόσκαιρες.(12,76)

2. Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Ένα κοινό στοιχείο των ατόμων, που πάσχουν από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας, και αυτών, που πάσχουν από Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι η αναζήτηση της προσοχής και του θαυμασμού. Ωστόσο στην Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας η συμπεριφορά αυτή είναι ηπιότερη και το πάσχον άτομο συχνά εκδηλώνει εξαρτητικότητα, ενώ απουσιάζουν τα αισθήματα φθόνου, που συναντάμε στα άτομα που πάσχουν από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας.(76)

3. Συναισθηματικές Διαταραχές.

Η Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας έχει συσχετιστεί με την Δυσθυμική Διαταραχή και με την Μείζονα Κατάθλιψη, ειδικά στις περιόδους που οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με συναισθήματα ταπείνωσης και ντροπής.(12) Επίσης, οι ασθενείς μπορεί να δίνουν την εικόνα ενός «υπομανιακού» καθώς η διαταραχή αυτή έχει μια «μανιακόμορφη» χροιά.(12,76) Η κατάσταση αυτή, όμως, διαφοροποιείται από την φάση της μανίας καθώς στη Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι σταθερή στο χρόνο, εγκαθίσταται κατά την μετεφηβική ηλικία και εστιάζεται περισσότερο στην εικόνα του

ατόμου για τον εαυτό του και δεν αφορά τόσο τη συμπεριφορά του.(76)

- **Συνοσηρότητα**

Η Нарκисσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας, σύμφωνα με σύγχρονους θεωρητικούς, συνήθως συνυπάρχει με την Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας.(12,52) Επιπρόσθετα έχει συσχετιστεί και με την Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας. Επίσης, η διαταραχή αυτή συσχετίζεται με την Δυσθυμική Διαταραχή και με την Κατάθλιψη, όπως προαναφέρθηκε, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με συναισθήματα ματαίωσης, ταπείνωσης και ντροπής. Ακόμα, φαίνεται ότι οι ασθενείς αυτοί, που πάσχουν από Нарκисσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να γίνουν περισσότερο υπομανιακοί.

Άλλες διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με την διαταραχή αυτή είναι η Νευρογενής Ανορεξία και Διαταραχές λόγω Εξάρτησης από Ουσίες.(12) Συχνά, δε, τα άτομα αυτά μπορεί να αναζητήσουν θεραπεία για Κατάθλιψη, Διαταραχές λόγω Κατάχρησης Ουσιών και προβλήματα, που μπορεί να αντιμετωπίζουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τον επαγγελματικό χώρο, και βέβαια όλα αυτά είναι δευτερευούσης σημασίας σε σχέση με την Нарκисσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας.(32)

- **Πορεία και Πρόγνωση**

Οι γνώσεις που έχουμε για την διαταραχή αυτή σε μικρές ηλικίες είναι περιορισμένες, καθώς τα περισσότερα στοιχεία προέρχονται από αναδρομικές μελέτες ασθενών που έλαβαν την διάγνωση ως ενήλικες.(32) Παρότι τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά πιθανόν να είναι πολύ κοινά στην εφηβεία, η ύπαρξη αυτών των χαρακτηριστικών δεν προκαθορίζει με βεβαιότητα ότι το άτομο θα αναπτύξει Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας ως ενήλικος.(12) Υποθέτουμε, λοιπόν, ότι σαν έφηβοι οι ασθενείς αυτοί πιθανόν να είναι εγωκεντρικοί, με έντονη προσωπικότητα και αυτοπεποίθηση, κοινωνικοί, υπεροπτικοί και με εμφανή την τάση να διαδραματίζουν σημαντικό ή και ηγετικό ρόλο, να διατάζουν, να ελέγχουν και να επιβάλλονται στους άλλους.

Σαν ενήλικοι είναι άνθρωποι επιτυχημένοι, με υψηλά επίπεδα κατακτήσεων κυρίως στον επαγγελματικό τομέα. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση μπορεί στην ουσία να συμβάλλει στην επιτυχία του ατόμου σε πολλούς επαγγελματικούς τομείς, καθώς τα ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά συναντώνται συχνά σε άτομα πολύ επιτυχημένα.(32) Για παράδειγμα, είναι πολύ πιθανό για αυτά τα άτομα να τα δει κανείς να καταλαμβάνουν ηγετικές θέσεις σε κοινωνικό ή πολιτικό επίπεδο, αλλά το πιθανότερο είναι ότι δεν έχουν σταθερές αξίες και γνήσιο ενδιαφέρον για τα κοινά.(76) Ωστόσο, το να έχουν τα άτομα αυτά θετική αίσθηση για την σημαντικότητα και την αυτοαξία τους είναι ένας παράγοντας σημαντικός για την προσαρμογή τους σε διάφορες καταστάσεις και φαίνεται ότι πολλές είναι οι περιπτώσεις που οι ασθενείς αυτοί είναι όντως λειτουργικοί.(12,32) Παρότι όμως είναι πιθανό να είναι όντως επιτυχημένοι και να έχουν ταλέντο, αν δεν απολαμβάνουν

τον θαυμασμό των άλλων ή έχουν ματαιώσεις, τότε μπορεί να φθάσουν στο σημείο να εγκαταλείψουν την καριέρα τους και να ασχοληθούν με κάτι άλλο ή ακόμα και να μην ασχοληθούν με τίποτα και να βιώνουν μια χρόνια ανία και δυσφορία.(76)

Στον εργασιακό τους χώρο, λοιπόν, ίσως η μεγαλύτερη δυσκολία εντοπίζεται στις σχέσεις των ασθενών με τους συναδέλφους και το υπόλοιπο προσωπικό. Οι σχέσεις αυτές δεν είναι αυθεντικές και γνήσιες και αυτό κυρίως εξαιτίας του εγωισμού και του εγωκεντρισμού του ασθενούς. Στις επιφανειακές σχέσεις του ασθενούς με τους συναδέλφους και συνεργάτες του συμβάλλει ακόμα και το γεγονός ότι οι σχέσεις αυτές για τον ασθενή είναι ένα μέρος της ευρύτερης προσπάθειάς του να εκμεταλλευτεί και να χρησιμοποιήσει τους άλλους για να κατακτήσει τους επαγγελματικούς του στόχους. Επίσης, προβλήματα μπορεί να προκύψουν στο εργασιακό περιβάλλον εξαιτίας των αντιδράσεων των πασχόντων στην κριτική των άλλων.(32)

Σε ότι αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αυτοί οι ασθενείς έχουν την τάση να δημιουργούν λίγες, ευμετάβλητες, επιφανειακές και ασταθείς σχέσεις, οι οποίες ξεκινούν με ένταση και εξιδανίκευση του συντρόφου, ακολουθούμενη από υποτίμηση του συντρόφου και γρήγορο, απότομο και συχνά εκρηκτικό χωρισμό.(11,12,76) Ο εγωκεντρισμός και η έλλειψη εμπάθειας προκαλούν σημαντικά προβλήματα στο γάμο, στην εργασία και σε άλλες κοινωνικές συναναστροφές.(32) Έτσι, οι ασθενείς, ενώ εμφανίζουν τεράστια δυσκολία να δείξουν εμπάθεια, οι ίδιοι απαιτούν από τους γύρω τους να τους καταλαβαίνουν χωρίς καν αυτοί να εξηγήσουν πώς αισθάνονται ή τι τους συμβαίνει. Αυτή η αντίφαση τους οδηγεί αν όχι σε αποτυχημένες, σε τουλάχιστον επιφανειακές σχέσεις. Για παράδειγμα, όταν το άτομο, που

σχετίζεται με τον πάσχοντα, εκφράζει τους προβληματισμούς του ή τις επιτυχίες του, το πάσχον άτομο αδυνατεί να συμμετάσχει συναισθηματικά, να δείξει εμπάθεια και προοδευτικά αποσύρεται επικαλούμενο είτε ότι βρίσκει την συζήτηση ανιαρή είτε ότι «καταπιέζεται». Μπορεί, επίσης, να επενδύσει ψυχικά και συναισθηματικά σε κάποιον άλλον (π.χ. να αγνοήσει τον σύζυγο και να στραφεί στα παιδιά), αλλά δεν πρόκειται για αυθεντική συναισθηματική επένδυση αλλά για μια τακτική που θα βοηθήσει το πάσχον άτομο να αποκαταστήσει την δική του ισορροπία.(76)

Όταν απογοητεύονται από τον εαυτό τους μπορεί επίσης να αναζητήσουν πρόσωπα τα οποία εξιδανικεύουν, αλλά ουσιαστικά δεν επιτρέπουν σε κανένα να τους πλησιάσει πραγματικά και να βρεθεί κοντά τους. Στην περίπτωση που οι σύντροφοί τους αναπόφευκτα δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στις παράλογες απαιτήσεις αυτών των ασθενών, οι τελευταίοι αισθάνονται θυμό και γίνονται απορριπτικοί. Ο εσωτερικός τους κόσμος (οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι επιθυμίες τους) με τον ίδιο τρόπο φτωχαίνει, μια και παρά την αυτοενδυνάμωσή τους, στην ουσία υποτιμούν τον εαυτό τους.(11)

Σε ότι αφορά στην σεξουαλική ζωή και συμπεριφορά των πασχόντων από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από το ενδιαφέρον των ασθενών για την δική τους ικανοποίηση και στις περισσότερες περιπτώσεις οι ερωτικές σχέσεις που συνάπτουν είναι πρόσκαιρες, χωρίς ουσιαστική συναισθηματική επένδυση και συχνά με άτομα που ο ασθενής υποτιμά.(76)

Τέλος, συνήθως αντιμετωπίζουν ασυνήθιστες δυσκολίες και στο να προσαρμοστούν στις φυσιολογικές και άλλες αλλαγές, που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας.(12)

- **Θεραπεία**

Σε ότι αφορά στην φαρμακοθεραπεία, δεν υπάρχει κάποια φαρμακευτική αγωγή που να έχει γίνει αποδεκτή ως αποτελεσματική στην διαταραχή αυτή.(32)

Η ατομική ψυχοθεραπεία, ψυχαναλυτικού τύπου, θα στηριχθεί σε δύο βασικές αρχές. Αρχικά, ο θεραπευτής θα πρέπει να αποδεχθεί και να συναισθανθεί την «τραυματισμένη» πλευρά αυτών των ασθενών. Σε μεταγενέστερη φάση της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ο θεραπευτής θα πρέπει να προβεί σε ερμηνείες, οι οποίες θα αναδείξουν τις επιθετικές, αμυντικές και μη επικοινωνιακές, δυσλειτουργικές πλευρές του ασθενούς.(76)

Γενικότερα, είναι εξαιρετικά δύσκολο για αυτούς τους ασθενείς ακόμα και να αποδεχτούν ότι έχουν κάποια ψυχική διαταραχή ή ότι χρειάζονται βοήθεια ειδικού, γιατί μια τέτοια παραδοχή θα συνιστούσε πλήγμα για τον εγωισμό και την αυτοεκτίμησή τους.(32) Το γεγονός αυτό δεν προκαλεί έκπληξη καθώς το κεντρικό θέμα για αυτούς τους ασθενείς είναι ο φόβος να φθάσουν στο σημείο να εξαρτώνται από άλλους. Οι διακυμάνσεις των συναισθηματικών τους αντιδράσεων δεν αφήνουν ανέγγιχτο το θεραπευτή τους. Συχνά, η στάση τους απέναντι στο θεραπευτή κυμαίνεται μεταξύ της εξιδανίκευσής του, όταν αυτός αντικατοπτρίζει την μεγαλειώδη αίσθηση του ασθενούς για τον εαυτό του και της υποτίμησής του, που συνοδεύεται από αισθήματα θυμού και οργής, τα οποία εκφράζονται με μεγάλη δόση υπερβολής. Σε αυτή την τελευταία περίπτωση είναι πολύ δύσκολο να μείνει ανεπηρέαστος και ο ίδιος ο θεραπευτής καθώς έστω και στο ελάχιστο πλήττεται ο δικός του ναρκισσισμός όταν εργάζεται με τέτοιους ασθενείς.(12) Είναι σημαντικό ο θεραπευτής να συνειδητοποιήσει ότι οι ασθενείς στην προσπάθειά τους να

αμυνθούν είναι πιθανό να αντιδράσουν με ξεσπάσματα οργής, με συμπεριφορά που δείχνει έλλειψη σεβασμού προς τον θεραπευτή και αδιαφορία, αλλά στην πραγματικότητα παλεύουν με συναισθήματα σοκ, ταπείνωσης και ντροπής.(32)

Συχνά το κλινικό περιβάλλον μπορεί να εντείνει τα συμπτώματα των ασθενών, που πάσχουν από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Οι ασθενείς κάνουν απόπειρες να εξισορροπήσουν την κατάσταση, αφού οι πρακτικές και ψυχολογικές δυσκολίες, που προκύπτουν από το κλινικό περιβάλλον, προκαλούν συναισθήματα ανικανότητας και ευπάθειας. Όλη αυτή η αναστάτωση μπορεί να οδηγήσει σε πιο έντονα συμπτώματα, όσον αφορά στη μεγαλειώδη εικόνα για τον εαυτό τους, τις απαιτήσεις τους και την αίσθηση ότι οι άλλοι οφείλουν να τους υπηρετούν. Ορισμένες φορές κρίνεται σκόπιμο να ασχολείται με αυτούς τους ασθενείς ένας μικρός αριθμός του προσωπικού, γιατί αυτό μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αισθανθεί ότι ο θεραπευτής τον καταλαβαίνει, τον εκτιμά και φροντίζει να έχει μια «ιδιαιτέρη μεταχείριση». (12)

Σε ότι αφορά στην ομαδική ψυχοθεραπεία, έχει ορισμένα πλεονεκτήματα για τους ασθενείς με Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας.(32,76) Στην θεραπευτική ομάδα είναι πιθανό ο ασθενής να αντιμετωπίσει άλλα άτομα και να αναγνωρίσει τις δικές τους ανάγκες, να εισπράξει θετική αλλά και αρνητική κριτική από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, και να ωφεληθεί από την διάχυση των αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο φθόνος και η υποτίμηση μέσα στην ομάδα.(76) Είναι δηλαδή δυνατό οι πάσχοντες από Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας να συνειδητοποιήσουν τις ιδέες μεγαλείου, την έλλειψη εμπάθειας και την τάση του να υποτιμούν την αξία των άλλων. Παρόλα αυτά, τα χαρακτηριστικά

των ασθενών αυτών όχι μόνο παρεμβάλλονται και επηρεάζουν ακόμα και την διάθεση του ασθενούς να συνεχίσει την θεραπευτική διαδικασία, αλλά είναι δυνατό να έχουν αρνητική ή ακόμα και καταστροφική επίδραση στη συναισθηματική επικοινωνία των μελών της ομάδας των θεραπευομένων μελών.(32)

▪ ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι όροι «Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας», «Δυσκοινωνική Διαταραχή Συμπεριφοράς» και «Ψυχοπαθητική Διαταραχή Προσωπικότητας» ή «Κοινωνιοπάθεια» συχνά εναλλάσσονται στη βιβλιογραφία για να αποδώσουν την έννοια της ίδιας διαταραχής, ωστόσο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους.(11,15,32) Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα, κοινό για όλες αυτές τις διαταραχές, είναι η αντικοινωνική συμπεριφορά, που περιλαμβάνει την παραβίαση των νόμων.(11)

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ιστορία της προσπάθειας να αντιμετωπιστεί η αντικοινωνική συμπεριφορά σαν ένα στοιχείο που αντικατοπτρίζει ψυχική διαταραχή. Η αντικοινωνική συμπεριφορά αναγνωρίστηκε ως ψυχική διαταραχή από τους Pinel και Richard στις αρχές του 19^{ου} αιώνα.(76) Πιο συγκεκριμένα, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα ο Pinel εισήγαγε τον όρο «μανία χωρίς παραλήρημα» θέλοντας να περιγράψει ένα επιθετικό, μανιακό άτομο, το οποίο δεν παρουσίαζε άλλη συμπτωματολογία που να μαρτυρά την ύπαρξη ή να δικαιολογεί την διάγνωση άλλης ψυχικής διαταραχής.(11) Το 1835 ο Richard, Άγγλος ψυχίατρος, εισήγαγε τον όρο «ηθική παραφροσύνη» στην απόπειρά του να εξηγήσει την αντικοινωνική συμπεριφορά και να την αντιμετωπίσει σαν μια μορφή ψυχικής διαταραχής. Και στις δύο περιπτώσεις η αντικοινωνική συμπεριφορά είχε το στοιχείο της ανηθικότητας και της ανεξήγητης, περίεργης συμπεριφοράς, που την διαφοροποιούσε από κάθε άλλη διαταραχή.(12,32)

Μετά τις πρώτες αυτές αναφορές, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, επικρατεί ο όρος «Ψυχοπαθητική Προσωπικότητα», ενώ σήμερα

το DSM-IV αναφέρεται στην διαταραχή χρησιμοποιώντας τον όρο «Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας», ενώ το ICD-10 χρησιμοποιεί τον όρο «Δυσκοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας».(76)

Η σύγχρονη αντίληψη για τον όρο «αντικοινωνική συμπεριφορά» περιλαμβάνει δύο βασικά στοιχεία:

1. Η Διαταραχή Διαγωγής, που παρουσιάζεται λίγο πριν το 15^ο έτος της ηλικίας του ατόμου και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως η αδικαιολόγητη αποχή ή απουσία από τα μαθήματα του σχολείου, η απομάκρυνση από το σπίτι, συμπεριφορά επιθετική απέναντι σε ζώα και ανθρώπους, τακτικά ψέματα, οι εξαπατήσεις, οι κλοπές, οι εμπρησμοί, οι σοβαρές παραβιάσεις κανόνων και η εσκεμμένη καταστροφή περιουσίας.
2. Η συνέχιση αυτής της αντικοινωνικής συμπεριφοράς από την εφηβεία και στην ενήλικη ζωή του ατόμου.(12,32)

Τα άτομα, στα οποία τελικά δίνεται η διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας, χαρακτηρίζονται κυρίως από επιθετικότητα, αλλά και από παρορμητικές πράξεις, αδυναμία να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν σχέσεις αγάπης, απουσία ενοχικού συναισθήματος και ανικανότητα να μαθαίνουν από τα λάθη τους.(76)

- **Επιδημιολογία**

Η επικράτηση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 2,5%.(76) Ο επιπολασμός για τους άνδρες είναι 3% ενώ για τις γυναίκες 1%.(12,15,64) Η αναλογία ανδρών-γυναικών έχει υπολογιστεί στο 4,5:1.(76) Τα ποσοστά αυξάνονται αντιστρόφως

ανάλογα με την ηλικία, καθώς στις μικρότερες ηλικίες των ενηλίκων τα ποσοστά είναι υψηλότερα.(11) Πιο συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών φαίνεται να παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά της συγκεκριμένης διαταραχής.(76) Τα ποσοστά της διαταραχής φαίνεται να είναι υψηλότερα σε ασθενείς ψυχιατρικών κλινικών και κυμαίνονται από 3%-30% ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό.(12)

Επίσης, υψηλότερα ποσοστά της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας σημειώνονται σε πληθυσμούς έγκλειστων σε σωφρονιστικά ιδρύματα, όπου το ποσοστό αγγίζει το 40%, και σε άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.(11,76)

- **Αιτιοπαθογένεια**

Σε ότι αφορά στα αίτια της εμφάνισης της διαταραχής αυτής, πολλοί είναι οι παράγοντες που φαίνεται να εμπλέκονται, όπως οι βιολογικοί και κληρονομικοί παράγοντες, ο ρόλος της οικογένειας και ειδικότερα μιας διαταραγμένης οικογενειακής ζωής κ.α. (3,15)

Σε ότι αφορά τους γενετικούς παράγοντες, όπως προκύπτει από τις μελέτες διδύμων, διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.(76) Σύμφωνα με το DSM-IV οι έρευνες που έχουν γίνει με δίδυμα υποστηρίζουν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι παράγοντες κληρονομικότητας παίζουν σημαντικό ρόλο στις πιθανότητες που έχει ένα άτομο να διαπράξει μια εγκληματική ενέργεια.(12,18,19,49)

Σε ότι αφορά συγκεκριμένα στην Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας μελέτες με δίδυμους δείχνουν υψηλότερα επίπεδα συμφωνίας όσον αφορά τους μονοζυγωτικούς δίδυμους έναντι των διζυγωτικών διδύμων.(45) Επίσης, σύμφωνα και πάλι

με τα δεδομένα ερευνών οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι εκείνοι που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν την ασθένεια και οι ίδιοι. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το εύρημα που θέλει τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτής της διαταραχής να αυξάνονται όταν το πάσχον από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας μέλος της οικογένειας είναι θηλυκού γένους.(12)

Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες, κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί οργανικές και ενδοκρινικές δυσλειτουργίες χωρίς ωστόσο να έχει φθάσει η έρευνα στο σημείο να μας παρέχει οριστικά και κοινώς αποδεκτά αποτελέσματα.(76) Έρευνες στη λειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος στηρίζουν την άποψη ότι οι ψυχοπαθητικοί αντιδρούν με λιγότερο άγχος σε φοβογόνα ερεθίσματα αλλά και σε επικείμενες τιμωρίες. (3,11)

Ο Cleckley (1976), στον ορισμό του για το ψυχοπαθητικό σύνδρομο, έδωσε έμφαση στην ανικανότητα των ατόμων αυτών να επωφεληθούν από τις εμπειρίες τους ή ακόμα και από τις τιμωρίες, που τους επιβάλλονται. Φαίνεται να μην αποφεύγουν τις αρνητικές συνέπειες της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όπως ακριβώς συμβαίνει με άτομα, που επί χρόνια παραβιάζουν τους νόμους, παρά το γεγονός ότι έχουν εκτίσει ποινές φυλάκισης επανειλημμένα. Συμπεριφέρονται σαν να μην μπορούν να συγκρατήσουν τις παρορμήσεις τους, σαν να έχουν ανοσία στο άγχος ή τα αρνητικά συναισθήματα, που οι περισσότεροι άνθρωποι με συνείδηση βιώνουν μετά από κάποιο αδίκημα. Είναι αυτά τα συναισθήματα που μαζί με άλλους παράγοντες συγκρατούν τους περισσότερους ανθρώπους από το να ψεύδονται, να παραβιάζουν το νόμο, να βλάπτουν τους άλλους.

Ο Lykken (1957) υπέθεσε ότι οι ψυχοπαθητικοί έχουν πολύ λίγες αναστολές, όσον αφορά την αντικοινωνική συμπεριφορά τους, ακριβώς επειδή μετά την πράξη βιώνουν εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα άγχους. Έκανε διάφορες μελέτες για να επιβεβαιώσει αν αυτή η υπόθεσή του όντως ισχύει, και μια από αυτές τις έρευνες στηρίχτηκε στη μάθηση αποφυγής. Στην έρευνα του πήραν μέρος ψυχοπαθητικοί άνδρες, τρόφιμοι φυλακών. Η επίδοσή τους σε άσκηση μάθησης αποφυγής συγκρίθηκε με την αντίστοιχη επίδοση μη-ψυχοπαθητικών τροφίμων και με την επίδοση φοιτητών. Σε τέτοιες ασκήσεις είναι σημαντικό να μην παρεμβάλλονται στη μάθηση αποφυγής άλλοι παράγοντες, που μπορεί να λειτουργήσουν ως ενισχυτές ή αμοιβές. Για παράδειγμα, σε μια άσκηση μάθησης αποφυγής του πόνου, ο συμμετέχοντας μπορεί να μην κινητοποιείται μόνο από την επιθυμία να αποφύγει τον πόνο αλλά και από την θέλησή του να αποδείξει στον εξεταστή – ερευνητή πόσο έξυπνος είναι. Για να αποφύγει αυτό το ενδεχόμενο ο Lykken (1957) σχεδίασε έτσι την έρευνα ώστε η άσκηση μάθησης αποφυγής να παρουσιάζεται σαν παράπλευρη και δευτερεύουσας σημασίας.

Το πείραμα περιελάμβανε έναν πίνακα με μια οριζόντια σειρά από 4 κόκκινα φώτα, ακριβώς από κάτω μια σειρά από 4 πράσινα φώτα και κάτω από αυτή μια σειρά από 4 διακόπτες. Το ζητούμενο ήταν να μάθουν οι συμμετέχοντες 20 σωστούς συνδυασμούς πίεσης των διακοπών. Σε κάθε δοκιμή η σωστή πίεση του διακόπτη άναβε το πράσινο φως, ενώ η λανθασμένη πίεση το κόκκινο, και αν στη δοκιμή άναβαν 3 κόκκινα φώτα, δηλαδή ο συμμετέχοντας έκανε 3 λάθη, τότε εφαρμοζόταν ηλεκτροσόκ. Οι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν ότι το ηλεκτροσόκ εφαρμοζόταν κάθε φορά που έκαναν 3 λάθη, ούτε ότι μπορούσαν να το αποφύγουν

πιέζοντας τους σωστούς συνδυασμούς. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις 3 ομάδες, παρόλα αυτά οι ψυχοπαθητικοί έκαναν τα περισσότερα λάθη, και η ομάδα των φοιτητών τα λιγότερα. Ο Lykken (1957) συμπέρανε ότι, επειδή οι ψυχοπαθητικοί δεν απέφυγαν τα ηλεκτροσόκ τόσο συχνά, λειτουργούν με πολύ χαμηλότερα επίπεδα άγχους από ότι οι υπόλοιποι.(23,44) Το συμπέρασμα αυτό οδήγησε στην υπόθεση ότι τα άτομα αυτά έχουν γεννηθεί με κάποια υπολειτουργία στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, και αυτό εξηγεί γιατί αποτυγχάνουν να αντιδράσουν φυσιολογικά στις απειλές κινδύνου, που αποτρέπουν τους περισσότερους ανθρώπους από το να διαπράξουν αντικοινωνικές πράξεις.(3)

Σε μια άλλη έρευνα πήραν μέρος έφηβοι, που είχαν διαπράξει αδικήματα, και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: εκείνους που είχαν λάβει διάγνωση Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας και εκείνους που είχαν λάβει διάγνωση Διαταραχής Προσαρμογής. Οι ερευνητές μέτρησαν την απάντηση του δέρματος στο γαλβανικό ρεύμα κάτω από πίεση και άγχος. Προετοίμασαν τους συμμετέχοντες και τους προειδοποίησαν ότι θα τους εφαρμοστεί ένα μικρό ηλεκτροσόκ, ενώ φρόντισαν να τους ενημερώσουν για την ακριβή ώρα, που θα γινόταν αυτό, και είχαν τοποθετήσει και ένα μεγάλο ρολόι ώστε να ξέρει ο συμμετέχοντας πότε ακριβώς θα δεχθεί το σοκ. Βέβαια δεν εφαρμόστηκε κανένα σοκ στους συμμετέχοντες.

Οι ερευνητές από τις μετρήσεις που έκαναν είδαν ότι οι δύο ομάδες δεν είχαν καμιά διαφορά, όταν οι μετρήσεις έγιναν σε κατάσταση ηρεμίας του συμμετέχοντος ή στις μετρήσεις, που έγιναν όταν παρουσιάζονταν οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα. Στις μετρήσεις όμως, που έγιναν στα 10 λεπτά αναμονής για το

επικείμενο ηλεκτροσόκ, η ομάδα που έπασχε από Διαταραχή Προσαρμογής παρουσίασε σημαντικά μεγαλύτερη ένταση από την ομάδα που έπασχε από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας. Την στιγμή, που αναμενόταν από τους συμμετέχοντες ότι θα εφαρμοστεί το ηλεκτροσόκ, οι περισσότεροι από την ομάδα της Διαταραχής Προσαρμογής παρουσίασαν μια απότομη πτώση στην αντίσταση του δέρματος, η οποία είναι ενδεικτική οξείας αύξησης άγχους, και είναι μια αντίδραση που κανένας από την ομάδα της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας δεν παρουσίασε.(3) Επίσης, σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι οι αντιδράσεις του δέρματος των ψυχοπαθθικών σε καταστάσεις χαλάρωσης είναι σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από το φυσιολογικό, ενώ όταν αντιμετωπίζουν ή αναμένουν την εμφάνιση ερεθισμάτων, που προκαλούν αποστροφή, οι αντιδράσεις του δέρματός τους είναι πολύ μικρότερες και λιγότερες από αυτές ενός μέσου ατόμου.(28)

Μια διαφορετική εικόνα παρουσιάζεται όμως όσον αφορά στις μετρήσεις των καρδιακών παλμών, οι οποίοι είναι σε φυσιολογικά επίπεδα σε καταστάσεις χαλάρωσης και παραμένουν στα ίδια επίπεδα όταν έρχονται αντιμέτωποι με φυσιολογικά ουδέτερα ερεθίσματα. Όταν όμως αντιμετωπίσουν στρεσογόνα ερεθίσματα τότε ο ρυθμός της καρδιάς τους είναι πολύ πιο γρήγορος από αυτόν των μέσων ανθρώπων. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, και το γεγονός ότι δεν είναι σύμφωνα μεταξύ τους, δεν μπορούμε να στηρίξουμε την άποψη ότι οι ψυχοπαθθικοί έχουν συνολικά χαμηλότερα επίπεδα ερεθισμού–διέγερσης από τους φυσιολογικούς ανθρώπους.

Ο Hare (1978) επικεντρώθηκε στις ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις των ψυχοπαθθικών. Οι γρηγορότεροι χτύποι της

καρδιάς αντιμετωπίζονται σαν μια συνοδευτική αντίδραση στην προσπάθεια του οργανισμού να μειώσει την εισροή ερεθισμάτων. Έτσι οι αυξανόμενοι χτύποι της καρδιάς στους ψυχοπαθητικούς είναι μια αντίδραση που δείχνει την προσπάθειά τους να το αποκλείσουν. Οι αντιδράσεις του δέρματός τους, επομένως, οι οποίες παρουσιάζονται μειωμένες, οφείλονται στο γεγονός ότι το απωθητικό ερέθισμα έχει αγνοηθεί αποτελεσματικά νωρίτερα. Αυτή η ερμηνεία των φυσιολογικών αντιδράσεων των ψυχοπαθητικών φαίνεται λογική, πειστική, σύμφωνη με την μελέτη του Lykken (1957) για τη μάθηση αποφυγής, και έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες.(57) Πρόσθετες έρευνες του Hare et al. (1990) επιβεβαιώνουν ότι στη συμπεριφορά και στις φυσιολογικές αντιδράσεις τους (31) οι ψυχοπαθητικοί είναι ειδικοί στο να αγνοούν συγκεκριμένα ερεθίσματα και να επικεντρώνουν την προσοχή τους σε αυτό που τους ενδιαφέρει περισσότερο.(3,13)

Τα συμπεράσματα του Lykken (1957), όπως προαναφέρθηκε, έχουν επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες, που επικεντρώνονταν στα συναισθήματα και χρησιμοποιούσαν μεθόδους μέτρησης των αντιδράσεων ξαφνιάσματος/τρομάγματος, όπως οι μετρήσεις του αυτόματου ανοιγοκλεισίματος των ματιών, που σήμερα θεωρείται μια από τις καλύτερες εξω-λεκτικές ενδείξεις των θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων ενός ατόμου.

Οι συμμετέχοντες παρακολουθούν μια σειρά από προβαλλόμενες εικόνες διαφορετικού περιεχομένου, άλλες «ευχάριστες» (π.χ. γυμνές φωτογραφίες ατόμων του αντίθετου φύλου) και άλλες «δυσάρεστες» (π.χ. φωτογραφίες ατόμων με εκτεταμένα εγκαύματα) και άλλες ουδέτερες. Στη διάρκεια της προβολής των εικόνων αυτών οι συμμετέχοντες σε μη προβλεπόμενα διαστήματα υποβάλλονται στο άκουσμα ενός

εκκωφαντικού θορύβου, που προκαλεί και τις αντιδράσεις ξαφνιάσματος/τρομάγματος. Το μέγεθος και η ένταση των αντιδράσεων αυτών εξαρτάται από τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο τη στιγμή, που ακούει το θόρυβο αυτό. Η αρνητική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου εντείνει και αυξάνει τις αντιδράσεις ξαφνιάσματος/τρομάγματος ενώ η θετική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου μειώνει τις αντιδράσεις ξαφνιάσματος/τρομάγματος. Μια τέτοια έρευνα των αντιδράσεων ξαφνιάσματος/τρομάγματος εφαρμόστηκε σε τέσσερις ομάδες τροφίμων φυλακών, οι οποίοι επιλέχθηκαν με βάση τη λίστα του Hare:

- Μη ψυχοπαθητικοί = χαμηλά επίπεδα και στην αντικοινωνική συμπεριφορά και στη συναισθηματική αποκόλληση / αδιαφορία
- Αποκολλημένοι / αδιάφοροι εγκληματίες = υψηλά επίπεδα μόνο στη συναισθηματική αποκόλληση / αδιαφορία
- Αντικοινωνικοί εγκληματίες = υψηλά επίπεδα μόνο στην αντικοινωνική συμπεριφορά
- Ψυχοπαθητικοί εγκληματίες = υψηλά επίπεδα και στη συναισθηματική αποκόλληση / αδιαφορία και στην αντικοινωνική συμπεριφορά.

Οι συμμετέχοντες αρχικά παρακολούθησαν ένα οπτικό ερέθισμα, το οποίο κάποιες φορές ακολουθούσε και ο εκκωφαντικός θόρυβος. Στη δεύτερη φάση πάλι παρακολούθησαν ένα οπτικό ερέθισμα, αλλά είχαν προειδοποιηθεί ότι με το τέλος της προβολής της εικόνας θα ακολουθήσει ο εκκωφαντικός θόρυβος. Σε αυτή τη φάση της έρευνας παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στις ομάδες κυρίως ως προς την ένταση των αντιδράσεων ξαφνιάσματος / τρομάγματος. Οι

ψυχοπαθητικοί και οι αποκολλημένοι / αδιάφοροι εγκληματίες επέδειξαν κατά πολύ μικρότερες αυξήσεις της έντασης των αντιδράσεων ξαφνιάσματος / τρομάγματος, γεγονός που καταδεικνύει ότι ο φόβος, που προκλήθηκε σε αυτές τις δύο ομάδες, ήταν πολύ λιγότερος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, λοιπόν, τα συναισθηματικά ελλείμματα των ψυχοπαθητικών είναι αυτά που συνδέονται με την συναισθηματική αποκόλληση / αδιαφορία και όχι η αντικοινωνική συμπεριφορά των ψυχοπαθητικών.(59)

Οι ομοιότητες, που παρατηρήθηκαν ανάμεσα σε πλευρές της συμπεριφοράς των ψυχοπαθητικών και στις αντιδράσεις ζώων, των οποίων συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου έχουν καταστραφεί, οδήγησαν πολλούς ερευνητές να υποστηρίξουν ότι ένα στοιχείο κλειδί στην ψυχοπαθητική διαταραχή είναι τα υψηλά επίπεδα παρορμητισμού, η ανικανότητα να επικεντρωθεί το άτομο σε δραστηριότητες που οδηγούν στην επίτευξη των στόχων του, να εναλλάσσει στρατηγικές και να αποτρέπει παρορμητικές αντιδράσεις και πράξεις.(3,17) Τα ζώα, στα οποία κάποια σημεία του εγκεφάλου έχουν καταστραφεί, δείχνουν ελλείμματα στη μάθηση αποφυγής και παρορμητική ανταπόκριση σε άμεση επιβράβευση. Την ιδέα ότι ο παρορμητισμός είναι από τα στοιχεία κλειδιά της ψυχοπαθητικής συμπεριφοράς, έχουν στηρίξει και έρευνες των εγκεφαλικών κυμάτων, που αποκαλύπτουν αργά κύματα στην κροταφική περιοχή, στοιχείο που έχει συνδεθεί με τον παρορμητισμό.(71) Ο παρορμητισμός των ψυχοπαθητικών εμφανίζεται όταν έρχονται αντιμέτωποι με δοκιμασίες, που αξιολογούν την ικανότητά τους να διαφοροποιήσουν και να προσαρμόσουν τις αντιδράσεις τους σε περιπτώσεις επιτυχίας ή αποτυχίας.(61)

Σε μια τέτοια μελέτη οι συμμετέχοντες παρακολουθούσαν σε μια οθόνη χαρτιά τράπουλας να εμφανίζονται ένα - ένα, και σε κάθε φιγούρα που εμφανιζόταν κέρδιζαν 5 cents, και είχαν την επιλογή να συνεχίσουν να παίζουν ή να σταματήσουν. Οι πιθανότητες αποτυχίας των συμμετεχόντων ελέγχονταν από τους ερευνητές.(54) Ενώ το αρχικό ποσοστό ήταν 10%, στη συνέχεια το ποσοστό αυξανόταν κατά 10% για κάθε 10 κάρτες που παρουσιάζονταν, και έφθανε μέχρι και 100%. Οι ψυχοπαθητικοί συνέχιζαν να παίζουν το παιχνίδι για πολύ περισσότερο από τους μη-ψυχοπαθητικούς συμμετέχοντες. Μάλιστα 9 στους 12 ψυχοπαθητικούς συνέχιζαν το παιχνίδι ακόμα και όταν έχαναν στις 19 από τις 20 φορές, που επέλεγαν καινούρια κάρτα, αποδεικνύοντας έτσι ότι ήταν ανίκανοι να διαφοροποιήσουν την δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά τους.

Εντυπωσιακή ήταν η διαφορά, που παρατηρήθηκε όταν έγινε μια παραλλαγή στην πειραματική διαδικασία. Όταν παρεμβλήθηκε ένα χρονικό διάστημα 5" ανάμεσα στην προβολή της τελευταίας κάρτας, και την προβολή της επιλογής αν θέλουν να συνεχίσουν ή όχι, τότε τα ποσοστά των ψυχοπαθητικών, που επέλεγαν να συνεχίζουν το παιχνίδι μειώθηκαν εντυπωσιακά. Παρεμβάλλοντας λοιπόν αυτή την καθυστέρηση οι ψυχοπαθητικοί είχαν την ευκαιρία να επεξεργαστούν τα δεδομένα και τις επιλογές τους και οι περισσότεροι από αυτούς συμπεριφέρθηκαν λιγότερο παρορμητικά. Υπάρχει η εκδοχή ότι στους ψυχοπαθητικούς είναι αδύναμες οι γνωστικές / νοητικές αναπαραστάσεις γεγονότων, που δεν συμβαίνουν τη συγκεκριμένη στιγμή στο περιβάλλον.(16) Έτσι συχνά η συμπεριφορά τους δεν κατευθύνεται από μακροπρόθεσμους στόχους, αλλά αντίθετα σε ένα μεγάλο

ποσοστό η συμπεριφορά τους ελέγχεται και δέχεται επιρροές από ερεθίσματα παρόντα τη συγκεκριμένη στιγμή.(11)

Τα στοιχεία από αυτές τις έρευνες προσφέρουν μια εξήγηση για τη συμπεριφορά των ατόμων αυτών: οι ψυχοπαθητικοί λειτουργούν διαφορετικά από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Επειδή τα επίπεδα διέγερσης είναι χαμηλά, και ελέγχουν πολύ καλύτερα τα αρνητικά τους συναισθήματα από ότι οι υπόλοιποι, είναι σε μια συνεχή αναζήτηση και επιδίωξη διεγερτικών ερεθισμάτων και εμπλέκονται σε πράξεις ενθουσιώδεις και περιπετειώδεις. Από τη στιγμή που τα επίπεδα άγχους είναι πολύ χαμηλά, δεν λειτουργεί το άγχος σαν ανασταλτικός παράγοντας στη διάπραξη αξιόποινων πράξεων. Επειδή είναι ανίκανα αυτά τα άτομα να οργανώσουν και να προγραμματίσουν τις κινήσεις τους ή και να ελέγξουν την συμπεριφορά τους και να θέσουν έναν φραγμό αντιδρούν παρορμητικά. Αυτές μπορεί να είναι πιθανές εξηγήσεις για την έλλειψη μεταμέλειας , την αναζήτηση περιπέτειας και ενθουσιασμού χωρίς να συνυπολογίζονται οι κανόνες και οι νόμοι της κοινωνίας στην οποία ζουν. (3,11)

Από τη στιγμή που στην Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας καταπατούνται οι κοινωνικές νόρμες, είναι αναμενόμενο οι ερευνητές αναζητώντας τις αιτίες της διαταραχής να επικεντρωθούν στην οικογένεια μέσα από την οποία ξεκινά η κοινωνικοποίηση του ατόμου. Φαίνεται ότι τα παιδιά, που βίωσαν την αδιαφορία, την παραμέληση, την κακοποίηση και την εγκατάλειψη από τους γονείς τους, αναπτύσσουν και την τάση να εκδικηθούν για ότι τους συνέβη και πολλές φορές η τάση τους αυτή να εκδικηθούν στρέφεται ενάντια στην κοινωνία.(3) Πράγματι, η έλλειψη τρυφερότητας και η εκτεταμένα απορριπτική συμπεριφορά

των γονέων θεωρούνται από πολλούς ερευνητές οι βασικότερες αιτίες της εμφάνισης της ψυχοπαθητικής διαταραχής.(48)

Οι μελέτες που έχουν γίνει με διδύμους, που μεγάλωσαν σε διαφορετικές οικογένειες, και τα δεδομένα από υιοθεσίες δείχνουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Σε έρευνά του πάνω στις υιοθεσίες ο Cadoret και οι συνεργάτες του (1995b) συμπέρανε ότι ένα αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον στην ανάδοχη οικογένεια, όπως προβλήματα στο γάμο του ζευγαριού ή κατάχρηση ουσιών από την πλευρά των γονέων, είναι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, ανεξάρτητα από το αν οι γονείς είχαν ή όχι τη διαταραχή. Ακόμα υψηλά επίπεδα συγκρούσεων και αρνητικότητας και χαμηλά επίπεδα γονεϊκής φροντίδας είναι παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόβλεψη της εκδήλωσης αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όπως φάνηκε σε έρευνα διδύμων του Reiss και των συνεργατών του (1995). Τα στοιχεία αυτών των ερευνών όμως δεν μπορούν να εξηγήσουν το γεγονός ότι κάποιοι από τους πάσχοντες όντως προέρχονται από οικογένειες όπου η αντικοινωνική συμπεριφορά ενισχυόταν και επιβραβευόταν, και οι ενήλικοι εγκληματίες (πιθανότατα οι γονείς) λειτουργούσαν ως μοντέλα προς μίμηση την περίοδο, που αναπτυσσόταν η προσωπικότητα του παιδιού, αλλά, από την άλλη πλευρά, πολλοί από τους πάσχοντες προέρχονται από μη-προβληματικές οικογένειες και ανατράφηκαν από γονείς νομοταγείς και σεβαστά μέλη της κοινωνίας.(3)

Βέβαια, θα ήταν συνετό να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί με τα συμπεράσματα τέτοιων ερευνών, οι οποίες στηρίζονται σε δεδομένα συγκεντρωμένα μέσω της αναδρομής στο παρελθόν και

στην περιγραφή των σχετικών εμπειριών. Οι πληροφορίες, που συλλέγονται με αυτό τον τρόπο, δεν πρέπει να γίνονται αποδεκτές χωρίς κριτική. Όταν οι άνθρωποι του κοντινού περιβάλλοντος του ασθενούς καλούνται να ανακαλέσουν στην μνήμη τους γεγονότα από την παιδική ηλικία του ατόμου αυτού, που σαν ενήλικος έχει διαγνωστεί με Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας, τότε είναι πιθανό να επηρεαστούν από την παρούσα ψυχολογική κατάστασή. Ίσως, έτσι, να ανακληθούν γεγονότα επιλεκτικά στην μνήμη του καθενός. Θα είναι, λοιπόν, πιο επιρρεπείς στο να θυμηθούν γεγονότα και συμπεριφορές, που παρεκκλίνουν από το φυσιολογικό, ενώ συμπεριφορές φυσιολογικές θα τις παραβλέψουν, γιατί δεν θα ανταποκρίνονται στις προσδοκίες, που δημιουργούνται από την τωρινή συμπεριφορά του ασθενούς. Επιπρόσθετα, οι πληροφορίες από προσωπικές αναδρομές στο παρελθόν των ίδιων των πασχόντων από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας θεωρούνται αναξιόπιστες.(11)

Αυτά τα προβλήματα που προκύπτουν με τα στοιχεία που συγκεντρώνονται από αναδρομικές περιγραφές της παιδικής ηλικίας μπορούν να ξεπεραστούν αν γίνονται μελέτες πάνω σε άτομα, που σαν παιδιά είχαν εισαχθεί σε προγράμματα ή κλινικές καθοδήγησης παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς. Έτσι, αφού συγκεντρωθούν τα επίσημα στοιχεία κάθε περίπτωσης, τότε μπορεί να γίνει μια μελέτη μετά από χρόνια στα ίδια άτομα, που πλέον θα είναι ενήλικες (follow up study).

Σε μια τέτοια έρευνα είχαν συγκεντρωθεί λεπτομερή στοιχεία για κάθε ξεχωριστή περίπτωση παιδιού, για τους λόγους που εισήχθηκε στην κλινική ακόμα και στοιχεία για τυχόν προβλήματα σχετικά με την οικογένεια του παιδιού.(63) Συγκεντρώθηκαν στοιχεία για 584 περιπτώσεις παιδιών και το 90% του αρχικού

αυτού δείγματος εντοπίστηκαν 30 χρόνια μετά την αρχική εισαγωγή τους στην κλινική, ένα εξαιρετικά δύσκολο επίτευγμα. Επιπρόσθετα, την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 100 συμμετέχοντες, που ζούσαν σαν παιδιά στην ίδια περιοχή που βρισκόταν η κλινική, αλλά δεν είχαν εισαχθεί ποτέ, και συγκεντρώθηκαν συνεντεύξεις και από αυτούς. Συγκρίνοντας μέσα από τις συνεντεύξεις τους ενήλικους πλέον συμμετέχοντες των 2 ομάδων (πειραματικής ομάδας και ομάδας ελέγχου), οι ερευνητές είχαν την δυνατότητα να διαγνώσουν και να περιγράψουν τις δυσπροσαρμογές των ατόμων αυτών. Στη συνέχεια, συσχέτισαν τα προβλήματα, που παρουσίαζαν τα άτομα ως ενήλικες με χαρακτηριστικά τους από την παιδική ηλικία, και προσπάθησαν να απομονώσουν τα στοιχεία αυτά, που ήταν ικανά να προβλέψουν την ανάπτυξη Ψυχοπαθητικής Διαταραχής στην μετέπειτα ενήλικη ζωή.

Ο Robins (1966) κατέληξε, έτσι, να δώσει την περιγραφή του παιδιού, που ήταν ο πιο πιθανός υποψήφιος για να αναπτύξει ψυχοπαθητική διαταραχή σαν ενήλικας. Θα ήταν λοιπόν ένα αγόρι, που προσήλθε στην κλινική για κλοπή και επιθετική συμπεριφορά. Θα είχε επιδείξει πληθώρα αντικοινωνικών συμπεριφορών σε διάφορα περιστατικά, από τα οποία τουλάχιστον ένα θα μπορούσε να αποτελέσει την αιτία να δικαστεί σε δικαστήριο ανηλίκων. Παράλληλα, τα περισσότερα από αυτά τα περιστατικά θα περιελάμβαναν δική του αντικοινωνική συμπεριφορά απέναντι σε ξένους, σε οργανισμούς, στους γονείς και τους δασκάλους του.

Περισσότερα από τα μισά από αυτά τα αγόρια, που είχαν αυτά τα χαρακτηριστικά, έλαβαν διάγνωση Ψυχοπαθητικής Διαταραχής ως ενήλικες. Ήταν αγόρια που είχαν ιστορικό με αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο, κλοπές, έμεναν μέχρι

αργά τα βράδια έξω, αρνούσαν να υπακούσουν του γονείς τους, έλεγαν αδικαιολόγητα και ανούσια ψέματα, δεν έδειχναν καμιά μετάνοια για τις πράξεις τους και γενικώς ήταν ανεύθυνοι σε ότι αφορούσε το που θα έπρεπε να βρίσκονται και σε ότι αφορούσε την διαχείριση των χρημάτων τους.(3,63)

Παράλληλα με αυτά τα χαρακτηριστικά πολλές από τις πλευρές της ζωής της οικογένειας, που αναφέρθηκαν και σε προηγούμενες έρευνες, φάνηκαν να σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής. Αποτελούν, έτσι, στοιχεία που μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση της διαταραχής στην ενήλικη ζωή: η αντιφατική συμπεριφορά των γονέων ιδιαίτερα σχετικά με την εκμάθηση των παιδιών τους να υπακούουν στους κανόνες, να έχουν αυτοέλεγχο, ή η παντελής απουσία την εκμάθησης των παιδιών να υπακούουν και να ελέγχουν τον εαυτό τους, και η ψυχοπαθητική συμπεριφορά του πατέρα. Βέβαια, δεν πρέπει να παραβλέπουμε και σε αυτή την έρευνα την περίπτωση ένα παιδί, που προέρχεται από ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον να μην παρουσιάσει ούτε ψυχοπαθητική συμπεριφορά ούτε καμιά άλλη διαταραχή συμπεριφοράς. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι παιδιά, που έχουν μεγαλώσει σε ένα αντιφατικό οικογενειακό περιβάλλον με ανάρμοστους τρόπους ανατροφής, μπορεί σαν ενήλικες να μην αντιμετωπίσουν κανένα απολύτως πρόβλημα. Συμπερασματικά, η οικογένεια αν και είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη ψυχοπαθητικής συμπεριφοράς δεν είναι η μόνη αιτία.(11)

Η ψυχαναλυτική θεωρία, είχε εστιάσει αρχικά στην στέρηση της μητρικής παρουσίας και φροντίδας, αλλά αργότερα προσανατολίζεται περισσότερο στην απουσία ή την βίαιη συμπεριφορά του πατέρα.(76) Η θεωρητική αυτή προσέγγιση

επιχειρεί να εξηγήσει τις ακριβείς διεργασίες μέσα από τις οποίες η οικογένεια καθορίζει, τουλάχιστον εν μέρει, την εμφάνιση της διαταραχής αυτής. Για την ψυχαναλυτική θεωρία η ανάπτυξη της συνείδησης ή του Υπερεγώ εξαρτάται εν πολλοίς από την ύπαρξη μιας υγιούς συναισθηματικής σχέσης με κάποιο ενήλικο πρόσωπο νωρίς στην παιδική ηλικία του ατόμου. Συνήθως, τα παιδιά εσωτερικεύουν τις αξίες των γονέων τους, οι οποίες τις περισσότερες φορές αντανακλούν τις αξίες της κοινωνίας, κυρίως γιατί θέλουν να μοιάσουν στους γονείς τους και γιατί φοβούνται ότι αν δεν συμπεριφερθούν ανάλογα με τις προσδοκίες των γονιών τους και σύμφωνα με αυτές τις αρχές θα χάσουν την αγάπη τους.

Το παιδί, που δεν εισπράττει αγάπη από τους γονείς του δεν βιώνει αυτό το φόβο, δεν ταυτίζεται με τους απορριπτικούς γονείς του και δεν εσωτερικεύει τις αξίες τους. Όσο λογική και αν είναι, αυτή η εκδοχή δεν εξηγεί όλες τις πιθανές περιπτώσεις καθώς υπάρχουν παιδιά, που αναπτύσσουν την διαταραχή παρότι μεγάλωσαν εισπράττοντας μεγάλες δόσεις αγάπης και τρυφερότητας και υπάρχουν επίσης παιδιά που μεγάλωσαν σε διαταραγμένες οικογένειες και δεν ανέπτυξαν την διαταραχή.(3)

Η αποτυχία της κοινωνικής μάθησης στα άτομα που πάσχουν από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας θεωρείται υπεύθυνη για την διαταραχή σύμφωνα με την θεωρία της μάθησης.(76) Πολλοί ερευνητές έχουν συνδέσει και την ψυχοπαθητική συμπεριφορά με αντιφατική συμπεριφορά των γονέων σε ότι αφορούσε την εκμάθηση των παιδιών τους να υπακούουν τους κανόνες, να έχουν αυτοέλεγχο και να είναι υπεύθυνα απέναντί στους άλλους.(6) Συχνά, ο πατέρας ενός παιδιού που παρουσιάζει αυτή τη διαταραχή είναι πιθανό να έχει και ο ίδιος αντικοινωνική συμπεριφορά.(11)

Σύμφωνα, λοιπόν, με τη Θεωρία της Μάθησης, η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα προτύπων προς μίμηση, που προβάλλουν οι γονείς για τα παιδιά τους και σχετίζεται με το ποιες είναι οι συμπεριφορές εκείνες, που ενισχύονται από τους γονείς με επιβραβεύσεις. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να αναπτύξει αντικοινωνική συμπεριφορά, αν μάθει ότι η τιμωρία μπορεί να αποφευχθεί όταν δείχνει ότι στεναχωριέται για αυτό που έκανε και φέρεται με τρόπους, που αποσκοπούν να κολακεύσουν τους γονείς για να επηρεάσουν την απόφασή τους για τιμωρία. Ένα παιδί που μαθαίνει να αποφεύγει την τιμωρία ισχυριζόμενο ότι λυπάται για ότι έκανε, ότι δεν θα το ξανακάνει κ.α. ουσιαστικά μαθαίνει ότι δεν έχει σημασία τι κάνεις αρκεί μετά να μπορείς να προσποιηθείς ότι μετάνιωσες για να αποφύγεις τις συνέπειες της πράξης σου. Επίσης, αν το παιδί ποτέ δεν περιμένει ή δεν εργάζεται για να κερδίσει κάτι που θέλει πολύ, τότε δεν θα μάθει ποτέ να ελέγχει την αγανάκτηση και την απόγνωση του, δεν θα αισθανθεί καν αυτά τα συναισθήματα ποτέ και δεν θα μπορέσει να καταλάβει και τους άλλους όταν νιώθουν έτσι.

Δύο από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά, λοιπόν, των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με αυτή τη διαταραχή είναι τα εξής. Καταρχάς, η έλλειψη ανοχής σχετικά με συναισθήματα απόγνωσης και αγανάκτησης. Έπειτα, η πεποίθηση ότι με το να προσποιείσαι μετάνοια και λύπη για την πράξη σου μπορείς να αποφύγεις τις συνέπειες της και την τιμωρία. Και τα δύο αυτά είναι στοιχεία που μπορούν τα παιδιά να τα μάθουν από μικρή ηλικία.(46)

- **Κλινική Εικόνα – Διάγνωση**

Για να δοθεί η διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά σύμφωνα με το DSM IV:

1. Μη συμμόρφωση σε κοινωνικούς κανόνες και νόμους: Οι ασθενείς, που πάσχουν από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, αποτυγχάνουν να προσαρμοστούν στους κοινωνικούς κανόνες και να δείξουν σεβασμό για νομοταγείς συμπεριφορές. Άλλωστε αυτή τους η αποτυχία διαφαίνεται από τις επανειλημμένες πράξεις στις οποίες προβαίνουν και συνιστούν αιτία για σύλληψη.(32,76) Πρόκειται για άτομα που σε εκτεταμένο βαθμό δείχνουν αδιαφορία για τους νόμους και παραβίαση των τελευταίων αλλά και των κανόνων της κοινωνίας και των δικαιωμάτων των άλλων.(12,32)
2. Αποτυχία διατήρησης σταθερής εργασίας: Τα άτομα, που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, έχουν μεγάλη δυσκολία στο να διατηρήσουν μια σταθερή συμπεριφορά μέσα στον εργασιακό τους χώρο, να ακολουθήσουν κανόνες και να είναι συνεπείς, με αποτέλεσμα να έχουν επαναλαμβανόμενες αποτυχημένες επαγγελματικές εμπειρίες και να μην μπορούν να διατηρήσουν μια σταθερή εργασία.(32,76) Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να «ακούσει» κανέναν και αρνείται να δεχθεί τις εντολές των προϊσταμένων του και αυτό συνιστά την κυριότερη αιτία που τον οδηγεί στο να εγκαταλείπει την εργασία του ή να απολύεται.(76)
3. Βίαιες συμπεριφορές και επιθέσεις: Οι πάσχοντες από αυτή τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως διαφαίνεται από επανειλημμένους

καβγάδες και επιθέσεις, στις οποίες εμπλέκονται.(32,76) Τα άτομα αυτά εξαιτίας της ευερεθιστότητας και της παρορμητικότητά τους μπορούν εύκολα να καταφύγουν στη βία, ακόμα και προς πρόσωπα του περιβάλλοντός τους. Έτσι, ο γονιός μπορεί να χτυπήσει το παιδί του μέχρι βαθμού κακοποίησης, ο σύζυγος τη σύζυγό του υπό το κράτος αισθημάτων ζήλιας, ή ο γιος τον πατέρα για ασήμαντη αφορμή, όπως για παράδειγμα γιατί δεν του έδωσε αρκετό χαρτζιλίκι, κ.α.(76)

4. Παρορμητικότητα: Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή συχνά εμφανίζουν παρορμητικότητα ή και αδυναμία να σχεδιάσουν και να προγραμματίσουν εκ των προτέρων τις πράξεις τους.(32,76)
5. Συχνή ψευδολογία: Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν τάση για εξαπάτηση, η οποία εκδηλώνεται μέσα από ψέματα, πλαστοπροσωπίες και απάτες, που ως επί το πλείστον αποσκοπούν στο προσωπικό κέρδος ή στην ευχαρίστηση που αντλούν μέσα από αυτές τις αξιόποινες πράξεις.(32,76) Ψεύδονται δε με εξαιρετική ευκολία και οι τιμωρίες δεν δείχνουν να παίζουν τον παραμικρό ρόλο στην διαφοροποίηση της συμπεριφοράς τους.(3)
6. Ανευθυνότητα και αναξιοπιστία: Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από ανευθυνότητα, η οποία είναι έκδηλη σε όλες τις πράξεις και τις δραστηριότητές τους και έχει συνέπειες σε όλες τις πτυχές της καθημερινής τους ζωής, όπως π.χ. στο να είναι συνεπείς απέναντι στις οικονομικές τους υποχρεώσεις.(3,32,76)
7. Αδιαφορία για την ασφάλεια των άλλων ή και τη δική του: Οι πάσχοντες από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας

δεν δείχνουν κανένα ενδιαφέρον ή ανησυχία για την ασφάλεια του ίδιου του εαυτού τους αλλά και των άλλων γύρω τους.(3,32,76)

8. Αδυναμία να λειτουργεί ως γονιός

9. Αδυναμία να έχει σταθερή και «μονογαμική» σχέση

10. Έλλειψη τύψεων: Στους ασθενείς αυτούς παρατηρείται έλλειψη μετάνοιας, η οποία εκδηλώνεται μέσα από την αδιαφορία τους για τις πράξεις τους και τους άλλους, που συχνά θα υποστούν τις συνέπειες αυτών. Εκδηλώνεται, επίσης, μέσα από την προσπάθειά τους να εκλογικεύσουν το γεγονός ότι έχουν πληγώσει, έχουν κακομεταχειριστεί ή βλάψει συνανθρώπους τους.(3,32,76) Ίσως η πιο τρομακτική πλευρά της διαταραχής είναι αυτή, δηλαδή η ικανότητα των ατόμων αυτών να λειτουργούν με καταστροφική παρορμητικότητα και να μην αισθάνονται μετάνοια, ενοχή ή άγχος για τον αντίκτυπο της δικής τους συμπεριφοράς στις ζωές των άλλων ανθρώπων.(15,76)

Σύμφωνα με το DSM IV, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών και να υπάρχουν αποδείξεις ότι μέχρι την ηλικία των 15 είχαν παρουσιάσει Διαταραχή της Διαγωγής για να δοθεί η διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.(12,32) Ο ασθενής, που έχει Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, συνήθως παρουσιάζει αντικοινωνικές και επιθετικές συμπεριφορές από την παιδική και εφηβική ηλικία. Τέτοιες μπορεί να είναι κλοπές, φυγές από το σπίτι και συμμετοχή σε καβγάδες ή βανδαλισμούς. Η διάγνωση, όμως, της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας θα τεθεί όταν το άτομο ξεπεράσει το 18^ο έτος της ηλικίας και συνεχίζει να παρουσιάζει, σταθερά και σε έντονο βαθμό, αντικοινωνικές και

ανεύθυνες συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές αυτές είναι συχνές και δεν αλλάζουν με συστάσεις ή συμβουλές.(76) Πρέπει να διευκρινιστεί ότι κάθε άτομο, που κατ' επανάληψη παραβιάζει τους νόμους, δεν είναι απαραίτητο ότι πληρεί τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια για τη διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.(12)

Ο όρος Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι κατά κάποιο τρόπο παραπλανητικός, με την έννοια ότι οι μη πάσχοντες εγκληματίες δεν εμφανίζουν απαραίτητα τα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι εγκληματίες δείχνουν δείγματα ότι ενδιαφέρονται για άλλα άτομα (π.χ. για τα μέλη της σπείρας τους ή για τα μέλη της οικογένειάς τους) και ότι έχουν κάποιο κώδικα ηθικής (π.χ. «δεν προδίδεις ποτέ ένα φίλο»). Σε αντίθεση, τα άτομα που πάσχουν από Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν έχουν κανένα ενδιαφέρον για οποιονδήποτε άλλο εκτός από τον εαυτό τους και δείχνουν να μην έχουν ενοχικά συναισθήματα ή συναισθήματα μετάνοιας για τις πράξεις τους ανεξάρτητα από το πόσο πόνο έχουν προκαλέσει στους άλλους με τη συμπεριφορά τους.(3) Με άλλα λόγια, δεν έχουν συνείδηση και, ανεξάρτητα από το αν προβαίνουν σε εγκληματικές ενέργειες ή όχι, είναι ανήθικοι, χωρίς καμία ευαισθησία όσον αφορά τα συναισθήματα των άλλων, ενώ μέσα από τον παρορμητισμό τους αναζητούν ερεθίσματα και περιπέτειες χωρίς να αναλογίζονται τους κινδύνους και έχουν χαμηλά επίπεδα ανοχής της απόγνωσης.(3,20)

Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική συμπεριφορά του πάσχοντος από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας διακρίνεται από έλλειψη σταθερής εργασίας, διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, απουσία ενός συστήματος αρχών και

αξιών και συμμετοχή σε παράνομες και καταστροφικές πράξεις. Παρά το γεγονός ότι δίνουν την εντύπωση πως είναι «δυνατοί» χαρακτήρες, εντούτοις ενδίδουν εύκολα σε ψυχοπιεστικά γεγονότα και συχνά καταφεύγουν στην κατάχρηση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών.(3,76)

Ως αμυντικοί μηχανισμοί που συμβάλλουν στην προσωπικότητα αυτή θεωρούνται η διάσπαση και η προβλητική ταύτιση.(76) Η προβολή της δικής τους εχθρικότητας για το περιβάλλον τους, τους οδηγεί στο να πιστεύουν και να περιμένουν να αντιμετωπίσουν εχθρική και επιθετική συμπεριφορά από τους γύρω τους καθώς και στην εκλογίκευση της δικής τους συμπεριφοράς. (12)

- **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τις εξής καταστάσεις / διαταραχές:

1. Αντικοινωνική συμπεριφορά, για την οποία δεν πληρούνται τέσσερα από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά

Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να διαχωρίζεται από την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας καθώς είναι πιθανό να αποτελεί εκδήλωση και άλλων Διαταραχών Προσωπικότητας, όπως για παράδειγμα της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας ή ακόμα και Σχιζοφρένειας ή Μανιακού Επεισοδίου.(76)

2. Ουσιοεξάρτηση

Πολλές φορές είναι δύσκολο να διαχωριστεί η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας από την Ουσιοεξάρτηση και αυτό γιατί είναι αρκετές οι περιπτώσεις στις οποίες η Ουσιοεξάρτηση, όπως και οι Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων, είναι μια

επιπλοκή της πορείας της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.(32,76) Από την άλλη πλευρά, οι τοξικομανείς εμφανίζουν την τάση να διαπράττουν αντικοινωνικές πράξεις μέσα στα πλαίσια της αναζήτησης της ουσίας τους και συχνά λαμβάνουν την διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.(12,32,76) Ωστόσο, το διαγνωστικό κριτήριο, που θέλει την εμφάνιση των συμπτωμάτων να ξεκινά από την ηλικία των 15 ετών, συνήθως μας οδηγεί προς την διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας πριν την εμφάνιση της Ουσιοεξάρτησης. Στην περίπτωση, που τα συμπτώματα και των δύο διαταραχών παρουσιάζονται πριν από την ηλικία των 15 ετών, είναι πιθανό να συνυπάρχουν και οι δύο διαταραχές και θα πρέπει να δοθεί διάγνωση και για τις δύο. Συχνά, οι δύο αυτές διαταραχές αλληλεπιδρούν με αποτέλεσμα να επιδεινώνουν η μια την άλλη.(32)

3. Άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας (Ιστριονική & Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας)

Οι αντικοινωνικές συμπεριφορές είναι επίσης παρούσες και στην Ιστριονική και στην Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, ακριβώς γιατί τα άτομα με αυτές τις διαταραχές χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, αναζήτηση αισθητικών ερεθισμάτων, εγωκεντρισμό, τάση να χρησιμοποιούν και να εκμεταλλεύονται τους γύρω τους και χαμηλά επίπεδα ανοχής της απόγνωσης. Πολλές φορές οι γυναίκες, που στην ουσία πάσχουν από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, λαμβάνουν εσφαλμένα την διάγνωση της Ιστριονικής Διαταραχής Προσωπικότητας ή της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας, παρά το γεγονός ότι οι δύο αυτές διαταραχές διαφοροποιούνται από την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, καθώς σε αυτές δεν υπάρχει ιστορικό

Διαταραχής της Διαγωγής στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Επίσης, στις δύο αυτές διαταραχές δεν παρατηρούνται τα χαρακτηριστικά της ψυχρής και προσχεδιασμένης εκμετάλλευσης και κακοποίησης των άλλων και της επιθετικότητας, που είναι χαρακτηριστικά έκδηλα στα άτομα με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας.(32)

4. Σχιζοφρένεια

Η εκδήλωση της αντικοινωνικής διαταραχής της συμπεριφοράς δεν συμβαίνει αποκλειστικά στο διάστημα που το άτομο πάσχει από Σχιζοφρένεια.(32)

5. Επεισόδια Μανίας

Η εκδήλωση της αντικοινωνικής διαταραχής της συμπεριφοράς δεν συμβαίνει αποκλειστικά στο διάστημα που το άτομο πάσχει από Επεισόδια Μανίας.(32)

6. Ψυχοπαθητική Διαταραχή

Η έννοια της Ψυχοπαθητικής Συμπεριφοράς έχει συνδεθεί με το όνομα του Cleckley, ο οποίος βασισμένος στην πολύχρονη εμπειρία του ανέπτυξε μια σειρά από κριτήρια βάση των οποίων θα γινόταν η διάγνωση της διαταραχής αυτής. Σε αντίθεση με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, που επικεντρώνονται στην αντικοινωνική συμπεριφορά, τα διαγνωστικά κριτήρια του Cleckley για την ψυχοπαθητική συμπεριφορά επικεντρώνονται περισσότερο στα συναισθήματα και τις σκέψεις του ψυχοπαθητικού. Ένα από τα βασικά στοιχεία ενός ψυχοπαθητικού είναι η έλλειψη συναισθημάτων, θετικών και αρνητικών. Δεν έχουν καμιά αίσθηση ντροπής και ακόμα και τα υποτιθέμενα θετικά συναισθήματα, που δείχνουν για τους άλλους, δεν είναι παρά μόνο προσποιητά. Είναι άτομα επιφανειακά γοητευτικά και χρησιμοποιούν τους άλλους για

το προσωπικό τους όφελος. Η έλλειψη αρνητικών συναισθημάτων αποκλείει κάθε πιθανότητα να μάθουν από τα λάθη τους, ενώ η έλλειψη θετικών συναισθημάτων τους οδηγεί σε ανεύθυνη συμπεριφορά απέναντι στους συνανθρώπους τους. Ένα άλλο βασικό στοιχείο του ψυχοπαθητικού είναι η έλλειψη κινήτρων ή η ύπαρξη ισχυρών κινήτρων.

Η αντικοινωνική συμπεριφορά, λοιπόν, του ψυχοπαθητικού δεν κινητοποιείται από αιτίες όπως η έλλειψη χρημάτων, αλλά είναι παρορμητική συμπεριφορά, που αφορμάται από την ανάγκη τους για περιπέτεια. Οι περισσότεροι θεραπευτές κάνουν την διάγνωση βασιζόμενοι σε λίστα διαγνωστικών κριτηρίων, που ανέπτυξαν ο Hare και οι συνεργάτες του (1990). Η λίστα αυτή περιλαμβάνει δύο κατηγορίες ψυχοπαθητικής συμπεριφοράς:

1. Συναισθηματική αποκόλληση / αδιαφορία: Πρόκειται για άτομα με έντονο εγωισμό, υπέρμετρη αυτοεκτίμηση, τάση να εκμεταλλεύονται τους άλλους και άνθρωποι αμετανόητοι.
2. Αντικοινωνικός τρόπος ζωής: Πρόκειται για άτομα που χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα και ανευθυνότητα.

Η Ψυχοπαθητική Διαταραχή, όπως άλλωστε και η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας έχει συνδεθεί με χρήση αλκοόλ και γενικότερα με την Ουσιοεξάρτηση.(68)

Επομένως, πρόκειται για δύο διαταραχές που σχετίζονται στενά αλλά δεν ταυτίζονται. Οι Hare, Hart & Hargur (1991) άσκησαν δριμεία κριτική στο DSM-IV, γιατί σε ότι αφορά στην Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας απαιτούνται ακριβείς αναφορές γεγονότων από την παιδική ακόμα ηλικία των ασθενών, μόνο που οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται για την τάση τους να ψεύδονται. Ακόμα στην ψυχοπαθολογία, η διαγνωστική αντίληψη για κάποια διαταραχή δεν θα πρέπει να είναι συνώνυμη με την

εγκληματικότητα, αλλά 75%-85% ατόμων καταδικασμένων για αδικήματα πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας. Αντίθετα, μόνο 15%-25% ατόμων καταδικασμένων για αδικήματα πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση της Ψυχοπαθητικής Διαταραχής.(29) Συνεπώς όλη η αντίληψη της Ψυχοπαθητικής Διαταραχής φαίνεται να έχει κάποια πλεονεκτήματα.(11)

- **Συνοσηρότητα**

Ασθένειες που έχουν συσχετιστεί με την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Καταθλιπτικές Διαταραχές, η Ουσιοεξάρτηση, η Σωματοποιητική Διαταραχή και η Διαταραχή Ελέγχου των Παρορμήσεων. Οι πάσχοντες από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί επίσης να εμφανίζουν και κάποια άλλη ή κάποιες άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας. Σε ότι αφορά στις Καταθλιπτικές Διαταραχές, συχνά συμβαίνει στους ασθενείς αυτούς να φυλακισθούν, και ειδικότερα τότε παρουσιάζουν σημάδια Κατάθλιψης. Η καταθλιπτικόμορφη αυτή εικόνα οφείλεται κατά βάση στο γεγονός ότι συνελήφθησαν και φυλακίστηκαν αλλά και στο ότι δεν μπορούν να αντέξουν τις συνθήκες διαβίωσης των φυλακών και τον στενό περιορισμό των δραστηριοτήτων τους. Η κατάθλιψη διάθεση σε αυτή την περίπτωση είναι πιθανό να συνοδεύεται και από αισθήματα οργής και άγχους.(12)

- **Πορεία - Πρόγνωση**

Στην παιδική ηλικία, η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχει τη μορφή της Διαταραχής της Διαγωγής, και μάλιστα η τελευταία, ειδικά όταν εμφανίζεται πριν την ηλικία των 15 χρόνων, συμπεριλαμβάνεται ανάμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι πιθανότητες να διαγνωστεί κάποιο άτομο με αυτή τη διαταραχή αυξάνουν αν το άτομο έχει παρουσιάσει Διαταραχή Διαγωγής μέχρι την ηλικία των 10 ετών, καθώς και διάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Επιπρόσθετα, η επίμονη παρουσία των συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή είναι πολύ πιθανό ενδεχόμενο όταν πλήθος παραβιάσεων, έστω και λιγότερο σημαντικών, έχει παρατηρηθεί σε ηλικίες ακόμα και μικρότερες των 10 ετών.(32)

Αυτό που συμβαίνει είναι ότι ο μέσος άνθρωπος συνειδητοποιεί σε μικρή ηλικία ότι η συμπεριφορά του πρέπει να έχει κάποιους φραγμούς και ότι κάποια στιγμή η ικανοποίηση των επιθυμιών του θα πρέπει να αναβληθεί ή και να ακυρωθεί μετά από συνυπολογισμό και των αναγκών των άλλων ανθρώπων. Τα άτομα με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, όμως, σπάνια μαθαίνουν να αναλογίζονται οποιαδήποτε άλλη επιθυμία ή ανάγκη εκτός από τη δική τους. Συνεπώς, η συμπεριφορά τους από μικρή ηλικία κατευθύνεται αποκλειστικά από τις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες. Βέβαια η αντικοινωνική συμπεριφορά στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά από αιτίες, όπως η συμμετοχή σε εγκληματικές σπείρες, η εγκληματική υποκουλτούρα, η ανάγκη να βρεθούν στο επίκεντρο της προσοχής ή να αποκτήσουν status, η έλλειψη επαφής με το περιβάλλον και η ανικανότητά τους να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους.(3)

Στην ενήλικη ζωή του ο πάσχων δείχνει ανώριμη και αντικοινωνική συμπεριφορά με το να εργάζεται μόνο περιστασιακά, να παραβαίνει τους νόμους και να παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα ανοχής όσον αφορά στο άγχος. Ακόμα, τείνει να είναι ευερέθιστος και επιθετικός και να εμπλέκεται συχνά σε καυγάδες και διαπληκτισμούς αδιαφορώντας για την ασφάλεια την δική του αλλά και των άλλων. Παράλληλα, είναι ασυνεπής στις οικονομικές υποχρεώσεις του, απερίσκεπτος και δεν αναλογίζεται τους κινδύνους και τις συνέπειες των πράξεών του. Επιπλέον, είναι παρορμητικός, αδυνατεί να σχεδιάσει / να θέτει στόχους / να προγραμματίσει τη ζωή του, να συνειδητοποιεί τα ψέματα / τις αδικίες / την εξαπάτηση που διαπράττει αλλά εμφανίζει πλήρη απουσία του συναισθήματος της μετάνοιας για τις πράξεις του και αδυνατεί να καθυστερήσει την ικανοποίηση των αναγκών του και των παρορμήσεών του. (11,12)

Τα άτομα αυτά, παρότι με αυτή τη συμπεριφορά συχνά προκαλούν στους άλλους συναισθήματα επιφυλακτικότητας, υποψίας ή και θυμού, συχνά κατορθώνουν να τους εξαπατήσουν και να διατηρήσουν τη βιτρίνα του κοινωνικά αποδεκτού.(12) Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι είναι άτομα ελκυστικά, γοητευτικά, εύστροφα, έχουν έξυπνο χιούμορ, αλλά η αφοπλιστική τους γοητεία είναι μέρος της προσπάθειάς τους να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των άλλων, με σκοπό να τους εκμεταλλευτούν και να τους εξαπατήσουν για το προσωπικό τους όφελος. Μάλιστα, δεν θα διστάσουν να φθάσουν μέχρι και σε εγκληματικές ενέργειες, που ποικίλουν από κλοπές και παρενόχληση μέχρι και ανθρωποκτονίες.(3,15,20) Συνήθως, ο δείκτης νοημοσύνης τους είναι υψηλότερος από το μέσο όρο και διαθέτουν κοινωνικές δεξιότητες, και αυτοί είναι δύο επιπλέον παράγοντες, που

συμβάλλουν στο να διατηρεί ο πάσχων την βιτρίνα του κοινωνικά αποδεκτού.(20) Βέβαια όλες αυτές οι «θετικές» πλευρές της προσωπικότητάς τους παύουν να εκδηλώνονται όταν τα πράγματα δεν εξελίσσονται όπως οι ίδιοι θέλουν και τότε μπορεί να γίνουν προσβλητικοί, μειωτικοί και ιδιαίτερα απαιτητικοί.(12)

Η γενικότερη στάση και συμπεριφορά των πασχόντων επιβεβαιώνεται μέσα από τη συχνή παραβατική συμπεριφορά και τις συλλήψεις τους.(12) Παρορμητικές συμπεριφορές, όπως μια κακοσχεδιασμένη εγκληματική ενέργεια ή το να παντρευτεί μια γυναίκα, που γνώρισε λίγες ώρες πριν, είναι συμπεριφορές και ενέργειες, που έχουν αντίκτυπο και στην ζωή του ίδιου του πάσχοντος.(15) Ο συνδυασμός της παρορμητικότητας και της απουσίας συναισθημάτων ενοχής οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες εγκληματικές ενέργειες, που συχνά έχουν έντονο το στοιχείο της βίας και καταδεικνύουν περίτρανα την αδιαφορία τους για τα συναισθήματα και τον πόνο των άλλων.(20) Όταν συλλαμβάνονται ή αποκαλύπτονται οι απάτες τους, είναι πιθανό να νιώσουν ντροπή. Γενικά, όμως, μπορούν πολύ πειστικά να ισχυριστούν ότι μετάνιωσαν, να μην τιμωρηθούν και να τους δοθεί μια δεύτερη ευκαιρία, αλλά συχνά αυτά που δηλώνουν απέχουν πολύ από τα πραγματικά τους συναισθήματα.(3) Ποτέ δεν αισθάνονται μετανοημένοι και δεν υπάρχει περίπτωση να αισθανθούν ενοχή ή να θελήσουν να συμμορφωθούν με τους νόμους και τους κανόνες της κοινωνίας. Εξάλλου, είναι αδύνατο για αυτούς να αναλογιστούν τις συνέπειες των πράξεών τους, να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους και να διδαχθούν κάτι από τις εμπειρίες τους. Η ελλειμματική ή απύουσα συνείδηση είναι στοιχείο κεντρικό στην αντικοινωνική ψυχοπαθολογία.(12)

Για κάποιους, τα δύο χαρακτηριστικά, που είναι πιο έντονα στην διαταραχή αυτή, είναι η απουσία εμπάθειας και ενδιαφέροντος για τους άλλους και η απουσία ντροπής ή ενοχής.(25) Σύμφωνα με το Millon (1969), είναι πολύ πιθανό να έχουν πλήρη συναίσθηση του τι αισθάνονται οι άλλοι, αντί όμως να ανταποκριθούν στα συναισθήματα των άλλων με εμπάθεια, απλά χρησιμοποιούν το γεγονός ότι γνωρίζουν πώς αισθάνονται οι άλλοι για να τους εκμεταλλευτούν και να τους χρησιμοποιήσουν. Είναι δε πολύ πιθανό να αντλούν ευχαρίστηση από τον πόνο που προκαλούν στους άλλους γιατί μέσα από αυτό αποδεικνύουν ότι μπορούν να επιβάλλονται και να ελέγχουν τους άλλους.(12)

Σε ότι αφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, είναι ανίκανοι να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ουσιαστικές σχέσεις, κυρίως γιατί αδυνατούν να προσφέρουν και να δεχθούν από μια σχέση αγάπη, συναισθηματισμό και τρυφερότητα. Και στην σεξουαλική τους δραστηριότητα όμως δεν υπάρχουν αναφορές για ύπαρξη συναισθημάτων και τρυφερότητας. Η σχέση με τον/την σύζυγο χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος, ενώ ορισμένες φορές αναφέρονται και περιστατικά βιαιοπραγίας.(20) Οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν ότι «βαριούνται» μέσα στη σχέση και ίσως αυτό να έχει να κάνει με την έλλειψη συναισθημάτων για το σύντροφό τους.(12) Συχνή είναι η περίπτωση, κατά την οποία εγκαταλείπουν τις οικογένειές τους, χάνουν απρόσεκτα χρήματα που δεν ανήκουν στους ίδιους (π.χ. χρήματα της εταιρείας στην οποία εργάζονται) ή εγκληματούν και αποδεικνύουν ότι υιοθετούν συμπεριφορές καταστροφικές όχι μόνο για τους ίδιους αλλά και για τους άλλους γύρω τους.(3,15)

Το προσωπείο της ειλικρίνειας και των μεγάλων ικανοτήτων, όταν αυτό συντηρείται, μπορεί να τους εξασφαλίσει δουλειές με

προοπτικές, αλλά σπάνια κατορθώνουν να παραμείνουν για μεγάλο διάστημα σε ένα επάγγελμα.(3) Η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητά τους σύντομα εκδηλώνονται με κάποιον αρνητικό για τον εργασιακό χώρο τρόπο και αποκαλύπτεται σταδιακά η πραγματική φύση της προσωπικότητάς τους, πράγμα που συνήθως οδηγεί σε απόλυση από την εργασία τους και σε συνολικότερη παραίτηση από στόχους και σκοπούς στη ζωή τους.(3,20)

Παρά το χρόνιο χαρακτήρα της διαταραχής, σύμφωνα με τον Elkin (1999), τα συμπτώματα τείνουν να περιορίζονται σε ένταση και συχνότητα με την πάροδο των ετών, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών. Αυτή η εξασθένηση της συμπτωματολογίας μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες όπως:

- στο ότι οι ασθενείς βρίσκουν τρόπους περισσότερο κοινωνικά αποδεκτούς και επιτρεπτούς μέσα από τους οποίους διοχετεύουν τις παρορμήσεις τους
- στο ότι παρατηρείται μια χαλάρωση στους ρυθμούς και στην ενέργεια που έχει το άτομο όσο μεγαλώνει σε ηλικία
- στο ότι με την πάροδο των ετών μειώνεται η τάση του ατόμου να προσποριείται.(12)

Ωστόσο, άλλοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σταδιακή εξασθένηση των συμπτωμάτων της διαταραχής αυτής και ειδικότερα των εμφανών εγκληματικών ενεργειών καθώς το άτομο μεγαλώνει. Οι ασθενείς, σύμφωνα με αυτή την άποψη, είναι πολύ πιθανότερο να μην έχουν μια σταθερή δουλειά και να αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση, ή ακόμα και να είναι άστεγοι ή να είναι έκλειστοι σε κάποιο σωφρονιστικό ίδρυμα.(32)

Τα άτομα αυτά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από το γενικό πληθυσμό να πεθάνουν πρόωρα και μάλιστα με βίαιο θάνατο

(ατυχήματα, ανθρωποκτονίες) εξαιτίας της επικινδυνότητας της συμπεριφοράς τους.(32)

- **Θεραπεία**

Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρείται η πιο δύσκολη διαταραχή όσον αφορά στη θεραπεία της.(32) Είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που οι πάσχοντες αυτοί αναζητούν τη βοήθεια ειδικού με τη βούλησή τους. Γενικά, οι ασθενείς αυτοί αποτελούν δύσκολες ψυχιατρικές περιπτώσεις, λόγω του ότι συχνά στη θεραπεία ο γιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με ψυχιατρο-δικαστικά θέματα (συλλήψεις, επικινδυνότητα, καταλογισμός ή μη κ.α.).(76) Το κίνητρο για θεραπεία έρχεται συνήθως από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι μια δικαστική εντολή για εγκλεισμό σε ψυχιατρική κλινική, ή η απαίτηση ενός εργοδότη ή κάποιου συγγενή, ή η επιμονή κάποιου γιατρού να τον παραπέμψει για ψυχοθεραπεία, στις περιπτώσεις που η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά τους καταλήγει επανειλημμένα σε σοβαρά ατυχήματα. Έτσι το άτομο αυτό θα έχει κίνητρο για θεραπεία μόνο για το διάστημα εκείνο, που θα ασκούνται οι εξωτερικές πιέσεις.

Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν θέληση και δεν δεσμεύονται να αλλάξουν.(32) Συνεπώς, είναι μάλλον απίθανο να προσέλθουν για θεραπεία των συμπτωμάτων τους με δική τους πρωτοβουλία και αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη όπως και το ενδεχόμενο πολλοί από αυτούς να δεχθούν να ακολουθήσουν ψυχοθεραπεία προκειμένου να μην έχουν την εμπειρία της φυλάκισης.(12)

Επειδή ακριβώς η διαταραχή αυτή είναι ίσως η πιο δύσκολη διαταραχή όσον αφορά στη θεραπεία της, είναι αναγκαίο να αξιολογείται στη διάγνωση η σοβαρότητα της κάθε

περίπτωσης.(12) Ο Kernberg (1975) ανέπτυξε μια λίστα με τους προγνωστικούς παράγοντες, που βοηθούν να εντοπισθούν οι εξαιρετικά σοβαρές περιπτώσεις της διαταραχής αυτής:

- δεν έχουν προσωπικές αξίες
- δεν συνειδητοποιούν την ύπαρξη προσωπικών συστημάτων αξιών στους άλλους ανθρώπους
- δεν συνειδητοποιούν τις συνέπειες του να μην έχεις προσωπικό σύστημα αξιών στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και την επίδραση που έχει η έλλειψη αυτή για τους άλλους γύρω τους
- η επικράτηση μιας γενικευμένης αδίστακτης συμπεριφοράς απέναντι στους άλλους, σε αντίθεση με την επιθετική, παρορμητική, μπερδεμένη συμπεριφορά των ασθενών με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας
- αντιθέσεις ανάμεσα σε ηθικές αρχές, που έχει δηλώσει ότι ενστερνίζεται, και σε συμπεριφορές, που καταδεικνύουν το αντίθετο και ανοχή αυτών των αντιφάσεων μεταξύ λόγων και έργων χωρίς καμιά ανησυχία ή ενοχή
- κανένα δείγμα προειδοποιητικής ενοχής, την οποία χρησιμοποιούν οι ενήλικες με σκοπό να διορθώσουν δικές τους ανάρμοστες συμπεριφορές, όταν έχουν κάποια ένδειξη ότι συμπεριφέρονται ανήθικα ή καταπατούν προσωπικές ή κοινά αποδεκτές κοινωνικές αξίες.(12)

Σε ότι αφορά στην θεραπευτική διαδικασία, προβλήματα προκύπτουν όταν οι θεραπευτές δεν έχουν συνειδητοποιήσει τους τρόπους με τους οποίους οι ασθενείς αυτοί μπορούν να τους χρησιμοποιήσουν. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να περιμένει τη λήξη της συνεδρίας και εκμεταλλευόμενος την πίεση του χρόνου να προσπαθήσει να αποσπάσει την βοήθεια του

θεραπευτή, που σε άλλη περίπτωση δεν θα ήταν διαθέσιμη.(12) Είναι σημαντικό να εστιάσει ο ψυχοθεραπευτής στο γεγονός ότι αυτά τα άτομα τείνουν να εκμεταλλεύονται και να χρησιμοποιούν τους άλλους, είναι ανειλικρινείς, επιθετικοί, ανεύθυνοι και αυτά τα στοιχεία της συμπεριφοράς τους μπορούν να σταθούν εμπόδιο στην διεξαγωγή και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Επικεντρώνουν το ενδιαφέρον και εστιάζουν την προσοχή τους μόνο στα πλεονεκτήματα των αντικοινωνικών και εγκληματικών ενεργειών τους και όχι στο αντίβαρο των τιμημάτων, που πληρώνουν, όπως οι μεγάλες πιθανότητες να συλληφθούν και να φυλακισθούν, το ότι δεν μπορούν να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν υγιείς και σταθερές διαπροσωπικές σχέσεις κ.α.(32)

Η ψυχοθεραπευτική ουδετερότητα είναι αδύνατο να διατηρηθεί και οι έντονες μεταβιβαστικές αλλά και αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις δυσχεραίνουν την ψυχοθεραπευτική διεργασία. Πενιχρά είναι τα αποτελέσματα της θεραπείας.(76) Σπάνια σημειώνονται επιτυχίες στην ψυχοθεραπεία όταν δεν προβλέπεται σε αυτήν ο εγκλεισμός του ασθενούς.(32) Η νοσηλεία μπορεί να είναι μια θεραπευτική πρόταση, με την προϋπόθεση ότι γίνεται σε ένα ειδικό νοσοκομειακό τμήμα και, στις βαρύτερες περιπτώσεις, μέσα στη φυλακή.(76) Παρόλα αυτά όμως και στις περιπτώσεις εγκλεισμού, οι ασθενείς με Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας τείνουν να κακοποιούν, να εκμεταλλεύονται και να χρησιμοποιούν τόσο τους υπόλοιπους ασθενείς όσο και το προσωπικό της κλινικής.(32)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (4TH EDITION). WASHINGTON, DC: ΑΥΤΟΕΚΔΟΣΗ
2. APT, C., & HURLBERT, D.H. (1994). THE SEXUAL ATTITUDES, BEHAVIOR, AND RELATIONSHIPS OF WOMEN WITH HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER. *JOURNAL OF SEX AND MARITAL THERAPY*, 20, 125-133.
3. ATKINSON, R.L., ATKINSON R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J. (1993) "INTRODUCTION TO PSYCHOLOGY" USA: HARCOURT BRACE COLLEGE PUBLISHERS (11TH EDITION).
4. BARON, M., RISCH, N., LEVITT, M., & GRUEN, R. (1985). FAMILIAL TRANSMISSION OF SCHIZOTYPAL AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 142, 927-934.
5. BECK, A.T. & FREEMAN, A. (1990). COGNITIVE THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS. NEW YORK: GUILFORD PRESS.
6. BENNETT, I. (1960). DELINQUENT AND NEUROTIC CHILDREN. LONDON: TAVISTOCK.
7. CADORET, R.J., YATES, W.R., TROUGHTON, E., WOODWORTH, G., & STEWART, M.A. (1995b). GENETIC-ENVIRONMENT INTERACTION IN THE GENESIS OF AGGRESSIVITY AND CONDUCT DISORDER. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 52, 916-924.

8. CLARKIN, J.F., MARZIALI, E., & MUNROE-BLUM, H. (EDS.). (1992). BORDERLINE PERSONALITY DISORDER; CLINICAL AND EMPIRICAL PERSPECTIVES, NEW YORK :GUILFORD.
9. CLECKLEY, H. (1976). THE MASK OF SANITY (5TH ED.) ST. LOUIS: MOSBY
10. CORBITT, E.M., & WIDIGER, T.A. (1995). SEX DIFFERENCES IN THE PERSONALITY DISORDERS: AN EXPLORATION OF THE DATA. *CLINICAL PSYCHOLOGY: SCIENCE AND PRACTICE*, 2, 225-238.
11. DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. (1998) "ABNORMAL PSYCHOLOGY" USA: JOHN WILEY & SONS, INC.
12. ELKIN, O. (1999) 'INTRODUCTION TO CLINICAL PSYCHIATRY" USA: APPLETON N' LANGE (1ST EDITION)
13. FORTH, A.E., & HARE, R.D. (1989). THE CONTINGENT NEGATIVE VARIATION IN PSYCHOPATHS. *PSYCHOPHYSIOLOGY*, 26,676-682.
14. GITLIN, M.J. (1993). PHARMACOTHERAPY OF PERSONALITY DISORDERS: CONCEPTUAL FRAMEWORK AND CLINICAL STRATEGIES. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY*, 13, 343-353.
15. GOLDSTEIN, E.B. (1994) "PSYCHOLOGY" USA: BROOKS/COLE PUBLISHING COMPANY
16. GORENSTEIN, E.E. (1991), A COGNITIVE PERSPECTIVE ON ANTISOCIAL PERSONALITY. IN P.A. MAGARO (ED.), COGNITIVE BASES OF MENTAL DISORDERS. NEWBURY PARK, CA: SAGE.

17. GORENSTEIN, E.E., & NEWMAN, J.P. (1980). DISINHIBITORY PSYCHOPATHOLOGY: A NEW PERSPECTIVE AND A MODEL FOR RESEARCH. *PSYCHOLOGICAL REVIEW*, 87, 301-315.
18. GOTTESMAN, I.I., & GOLDSMITH, H.H. (1994). DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY OF ANTISOCIAL BEHAVIOR: INSERTING GENES INTO ITS ONTOGENESIS AND EPIGENESIS. IN C.A. NELSON (ED.), THREATS TO OPTIMAL DEVELOPMENT. HILLSIDE, NJ: ERLBAUM.
19. GROVE, W.R., ECKERT, E.D., HESTON, L., BOUCHARD, T., ET AL. (1990). HERITABILITY OF SUBSTANCE ABUSE AND ANTISOCIAL BEHAVIOR IN MONOZYGOTIC TWINS REARED APART. *BIOLOGICAL PSYCHIATRY*, 27, 1293-1304.
20. GROSS, R. (1996) "PSYCHOLOGY – THE SCIENCE OF MIND AND BEHAVIOUR" UK: HODDER & STOUGHTON (3RD EDITION).
21. GOYER, P., ANDREASON, P.J., SEMPLE, W.E., CLAYTON, A.H. ET AL. (1994) POSITRONEMISSION TOMOGRAPHY AND PERSONALITY DISORDERS. *NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY*, 10, 21-28.
22. GUNDERSON, J.G., KOLB, J.E., & AUSTIN, V. (1981). THE DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINE PATIENTS. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 138, 896-903.
23. HARE, R. D. (1970). PSYCHOPATHY: THEORY AND RESEARCH. NEW YORK: WILEY.

24. HARE, R.D. (1978). ELECTRODERMAL AND CARDIOVASCULAR CORRELATES OF SOCIOPATHY. IN R.D. HARE & D. SCHALLING (EDS.), PSYCHOPATHIC BEHAVIOUR: APPROACHES TO RESEARCH. NEW YORK: WILEY.
25. HARE, R.D. (1980). A RESEARCH SCALE FOR THE ASSESSMENT OF PSYCHOPATHY IN CRIMINAL POPULATIONS. *PERSONALITY AND INDIVIDUAL DIFFERENCES*, 1, 111-119.
26. HARE, R.D., HARPUR, T.J., HAKSTIAN, R.A., FORTH, A.E., HART, S.D., ET AL. (1990). THE REVISED PSYCHOPATHY CHECKLIST: RELIABILITY AND FACTOR STRUCTURE. *PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT*, 2, 338-341.
27. HARE, R.D., HART, S.D., & HARPUR, T.J. (1991). PSYCHOPATHY AND THE DSM-IV CRITERIA FOR ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 100, 391-398.
28. HARPUR, T.J., & HARE, R.D. (1990). PSYCHOPATHY AND ATTENTION, IN J. ENNS (ED.), THE DEVELOPMENT OF ATTENTION: RESEARCH AND THEORY. AMSTERDAM: NEW HOLLAND.
29. HART, S.D., & HARE, R.D. (1989). DISCRIMINANT VALIDITY OF THE PSYCHOPATHY CHECKLIST IN A FORENSIC PSYCHIATRIC POPULATION. *PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT*, 1, 211-218.
30. HOLLANDER, E., COHEN, L.J., & SIMEON, D. (1993). BODY DYSMORPHIC DISORDER. *PSYCHIATRIC ANNALS*, 23, 359-364.

31. JUTAI, J. W., & HARE, R.D. (1983). PSYCHOPATHY AND SELECTIVE ATTENTION DURING PERFORMANCE OF A COMPLEX PERCEPTUAL-MOTOR TASK. *PSYCHOPHYSIOLOGY*, 20, 140-151.
32. KAY, J., TASMAN, A., LIEBERMAN, J.A. (2000) "PSYCHIATRY" USA: W.B. SAUNDERS COMPANY.
33. KERNBERG, O. (1975): BORDERLINE CONDITION AND PATHOLOGICAL NARCISSISM. JASON ARONSON
34. KERNBERG, O.F. (1985). BORDERLINE CONDITIONS AND PATHOLOGICAL NARCISSISM. NORTHVALE, NJ: JAWON ARONSON.
35. KOHUT, H. (1977). THE RESTORATION OF THE SELF. NEW YORK: INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS.
36. LASCH C (1978). THE CULTURE OF NARCISSISM: NORTON.
37. KOHUT, H. (1971). THE ANALYSIS OF THE SELF. NEW YORK: INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS.
38. LINEHAN, M.M. (1985). THE REASONS FOR LIVING INVENTORY. IN P. KELLER & L. RITT (EDS), INNOVATIONS IN CLINICAL PRACTICE: A SOURCEBOOK (PP. 321-330). SARASOTA, FL: PROFESSIONAL RESOURCE EXCHANGE.
39. LINEHAN, M.M. (1987). DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *BULLETIN OF THE MENNINGER CLINIC* 51, 261-276.
40. LINEHAN, M.M. (1993a). BEHAVIORAL SKILLS TRAINING MANUAL FOR TREATING BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. NEW YORK: GUILFORD PRESS.

- 41.LINEHAN, M.M. (1993b). COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: THE DIALECTICS OF EFFECTIVE TREATMENT. NEW YORK: GUILFORD.
- 42.LINEHAN, M.M., HEARD, H.L., & ARMSTRONG, H.E. (1992). NATURALISTIC FOLLOW-UP OF A BEHAVIORAL TREATMENT FOR CHRONICALLY PARASUICIDAL BORDERLINE PATIENTS. UNPUBLISHED MANUSCRIPT, UNIVERSITY OF WASHINGTON, SEATTLE.
- 43.LORANGER, A.W., OLDHAM, J.M., & TULIS, E.H. (1982). FAMILIAL TRANSMISSION OF DSM-III BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 30, 795-799.
- 44.LYKKEN, D.T. (1957). A STUDY OF ANXIETY IN THE SOCIOPATHIC PERSONALITY. *JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY*, 55, 6-10.
- 45.LYONS, M.J., TRUE, W.S., EISEN, A., GOLDBERG, J., MEYER, J.M., ET AL. (1995). DIFFERENTIAL HERITABILITY OF ADULT AND JUVENILE ANTISOCIAL TRAITS. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 52, 906-915.
- 46.MAHER, B. A. (1966). PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY: AN EXPERIMENTAL APPROACH. NEW YOR: MCGRAW-HILL.
- 47.MANOS, N., VASILOPOULOU, E., & SOTIRIOU, M. (1987). DSM-III DIAGNOSES OF BORDERLINE DISORDER AND DEPRESSION. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 1, 263-268.

48. McCORD, W., & McCORD, J. (1964). THE PSYCHOPATH: AN ESSAY ON THE CRIMINAL MIND. NEW YORK: VAN NOSTRAND-REINHOLD.
49. MEDNICK, S.A., GABRIELLI, W.F., & HUTCHINGS, B. (1984). GENETIC INFLUENCES IN CRIMINAL CONVICTIONS: EVIDENCE FROM AN ADOPTION COHORT. *SCIENCE*, 224, 891-894.
50. MILLON, T. (1969): MODERN PSYCHOPATHOLOGY: A BIOSOCIAL APPROACH TO MALADAPTIVE LEARNING AND FUNCTIONING. SAUNDERS.
51. MODESTIN, J. (1987). QUALITY OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS: THE MOST CHARACTERISTIC DSM-III BPD CHARACTERISTIC. *COMPREHENSIVE PSYCHIATRY*, 28, 397-402.
52. MOREY, L.C. (1988). PERSONALITY DISORDERS IN DSM-III AND DSM-III-R: AN EXAMINATION OF CONVERGENCE, COVERAGE, AND INTERNAL CONSISTENCY. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 145, 573-577.
53. NESTADT, G., ROMANOSKI, A., CHAHAL, R., MERCHANT, A., ET AL. (1990). AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*, 20, 413-422.
54. NEWMAN, J.P. PATTERSON, C.M. & KOSSON, D.S. (1987). RESPONSE PERSEVERATION IN PSYCHOPATHS. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 96, 145-149.

55. O'CONNELL, M., COOPER, S., PERRY, J. C., & HOKE, L. (1989). THE RELATIONSHIP BETWEEN THOUGHT DISORDER AND PSYCHOTIC SYMPTOMS IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISORDERS*, 177, 273-278.
56. OGATA, S. N., SILK, K. R., GOODRICH, S., & LOHR, N. E. (1990). CHILDHOOD SEXUAL AND PHYSICAL ABUSE IN ADULT PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 147, 1008-1013.
57. OGLOFF, J. R., & WONG, S. (1990). ELECTRODERMAL AND CARDIOVASCULAR EVIDENCE OF A COPING RESPONSE IN PSYCHOPATHS. *CRIMINAL JUSTICE AND BEHAVIOR*, 17, 231-245.
58. PARIS, J., ZWEIG, F.M., & GUZDER, J. (1994). PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN FEMALE PATIENTS. *COMPREHENSIVE PSYCHIATRY*, 35, 301-305.
59. PATRICK, C.J. (1994). EMOTION AND PSYCHOPATHY: SOME STARTLING NEW INSIGHTS. *PSYCHOPHYSIOLOGY*, 31, 319-330.
60. PATRICK, M., HOBSON, R.P., DASTIE, D., HOWARD, R., ET AL. (1994) PERSONALITY DISORDER AND THE MENTAL REPRESENTATION OF EARLY SOCIAL EXPERIENCE. *DEVELOPMENT AND PSYCHOPATHOLOGY*, 6, 375-388.

61. PATTERSON, C.M., & NEWMAN, J.P. (1993). REGLECTIVITY AND LEARNING FROM AVERSIVE EVENTS: TOWARD A PSYCHOLOGICAL MECHANISM FOR THE SNDROMES OF DISINHIBITION. *PSYCHOLOGICAL REVIEW*, 100, 716-736.
62. REISS, D., HEATHERINGTON, E.M., PLOMIN, R., HOWE, G.W., SIMMENS, S.J., ET AL. (1995). GENETIC QUESTIONS FOR ENVIRONMENTAL STUDIES: DIFFERENTIAL PARENTING AND PSYCHOPATHOLOGY IN ADOLESCENCE. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 52, 925-936.
63. ROBINS, L.N. (1966). DEVIANT CHILDREN GROWN UP. BALTIMORE: WILLIAMS & WILKINS.
64. ROBINS, L.N., HELZER, J.E., WEISSMAN, M.M., ORVASCHEL, H., GRUENBERG, E., BURKE, J.D., & REIGER, D.A. (1984). LIFETIME PREVALENCE OF SPECIFIC PSYCHIATRIC DISORDERS IN THREE SITES. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 41, 942-949.
65. ROGERS, J.H., WIDIGER, T.A., & KRUPP, A. (1995). ASPECTS OF DEPRESSION ASSOCIATED WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 152, 288-290.
66. RONNINGSTAM, E., & GUNDERSON, J.G. (1990). IDENTIFYING CRITERIA FOR NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 147, 918-922.

67. SILK, K.R., LEE, S., HILL, E.M., & LOHR, N. (1995). BORDERLINE PERSONALITY DISORDER SYMPTOMS AND SEVERITY OF SEXUAL ABUSE. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 152, 1053-1057.
68. SMITH, S.S., & NEWMAN, J.P. (1990). ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE IN PSYCHOPATHIC AND NONPSYCHOPATHIC CRIMINAL OFFENDERS. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 99, 430-439.
69. SPITZER, R.L., ENDICOTT, J., & GIBBON, M. (1979). CROSSING THE BORDER INTO BORDERLINE PERSONALITY AND BORDERLINE SCHIZOPHRENIA. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 36, 17-24.
70. SWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., & WINFIELD, I. (1990). ESTIMATING THE PREVALENCE OF BORDERLINE PERSONALITY IN THE COMMUNITY. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 1990, 257-272.
71. SYNDULKO, K. (1978). ELECTROCORTICAL INVESTIGATIONS OF SOCIOPATHY. IN R.D. HARE & D. SCHALLING (EDS.), *PSYCHOPATHIC BEHAVIOUR: APPROACHES TO RESEARCH*. NEW YORK: WILEY.
72. TURNER, R.M. (1993). DYNAMIC-COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY. IN T. GILES (E.D.), *HANDBOOK OF EFFECTIVE PSYCHOTHERAPY* (PP. 437-454). NEW YORK: PLENUM.

73. TURNER, R.M. (1994). BORDERLINE, NARCISSISTIC, AND HISTRIONIC PERSONALITY DISORDERS. IN M. HERSEN & R.T. AMMERMAN (EDS.), HANDBOOK OF PRESCRIPTIVE TREATMENTS FOR ADULTS (PP. 393-420). NEW YORK: PLENUM.
74. VAN REEKUM, R., CONWAY, C.A., GANSLER, D., & WHITE, R. (1993). NEUROBEHAVIORAL STUDY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROSCIENCE*, 18, 121-129.
75. WALDINGER, R.J., & FRANK, A.E. (1989). CLINICIANS' EXPERIENCES IN COMBINING MEDICATION AND PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PATIENTS. *HOSPITAL AND COMMUNITY PSYCHIATRY*, 40, 712-718.
76. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ.Ν. & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ (2004). «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ». ΑΘΗΝΑ: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ. ΣΕΛ. 525-542
77. ZANARINI, M.C., GUNDERSON, J.G., MARINO, M.F., GUNDERSON, J., MARINO, M., SCHWARTZ, E., & FRANKENBURG, F. (1988). DSM-III DISORDERS IN THE FAMILIES OF BORDERLINE OUTPATIENTS. *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS*, 2, 292-302.