

## I. Εισαγωγή

Κάθε άνθρωπος διαμορφώνει έναν πάγιο τρόπο συμπεριφοράς, σκέψης, συναισθηματικών αντιδράσεων και λειτουργιών, καθώς και κίνητρα που ενεργοποιούνται σε διάφορες συγκεκριμένες καταστάσεις και περιβάλλοντα (Heim & Westen, 2005). Πρόκειται δηλαδή για την προσωπικότητά του, η οποία συγκροτείται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Η μελέτη της προσωπικότητας έχει αποτελέσει αντικείμενο διεπιστημονικού ενδιαφέροντος, αλλά και διαμάχης κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα. Η προσωπικότητα έχει μελετηθεί από θεωρητικούς και εμπειρικούς ερευνητές, όπως φαίνεται από τις θεωρίες της προσωπικότητας και τις θεωρίες των γνωρισμάτων, καθώς και της αναπτυξιακής ψυχολογίας και των βιολογικών προσεγγίσεων. Είναι επίσης αντικείμενο κλινικού ενδιαφέροντος, δηλαδή της συμπεριφοριστικής, της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής και της ψυχαναλυτικής προσέγγισης (Oldham, 2005).

Ένα κλασικό σημείο διαφωνίας που έχει απασχολήσει ειδικούς διαφόρων προσεγγίσεων αφορά στο κατά πόσον υπάρχουν σταθερά χαρακτηριστικά προσωπικότητας τα οποία εκδηλώνονται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων. Σύμφωνα με την παραδοσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση, η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται από τις συγκεκριμένες περιστάσεις (συνθήκες) τις οποίες βιώνει ο άνθρωπος και, συνεπώς, αμφισβητείται η σπουδαιότητα ή ακόμη και η ίδια η υπόσταση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Mischel & Peake, 1982). Για παράδειγμα, ο ίδιος άνθρωπος μπορεί να είναι επιθετικός προς άνδρες που κατέχουν θέσεις εξουσίας, αλλά να είναι ευγενικός και τρυφερός με άτομα της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού του κύκλου. Ως εκ τούτου, τίθεται το βασικό ερώτημα σχετικά με το κατά πόσον μπορούμε να θεωρήσουμε την επιθετικότητα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ανθρώπου. Έπειτα από πολλές επιστημονικές διαμάχες, η συμβιβαστική λύση που έχει βρεθεί και την οποία υιοθετεί η πλειονότητα των επιστημονικών προσεγγίσεων αναγνωρίζει τον σημαντικό ρόλο των συγκεκριμένων περιστάσεων, καθώς και τη δυναμική ποιότητα της προσωπικότητας. Δηλαδή, θεωρείται ότι η προσωπικότητα δεν είναι στατική, αλλά χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αλληλεπίδραση γνωστικών παραμέτρων, συμπεριφοριστικών έξεων και παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος (Heim & Westen, 2005). Αναφορικά με το παραπάνω παράδειγμα, η επιθετικότητα του ατόμου θεωρείται ένας διαρκής τρόπος συμπεριφοράς σε συγκεκριμένα πλαίσια, δηλαδή, όποτε το συγκεκριμένο άτομο αντιμετωπίζει άνδρες σε θέσεις εξουσίας. Περιλαμβάνει δε τον τρόπο με τον οποίο το άτομο σκέφτεται, αισθάνεται και ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο τρόπος αυτός είναι σαφώς μία πλευρά –ένα μόνο χαρακτηριστικό– της προσωπικότητάς του, αλλά επηρεάζει αποφασιστικά την προσαρμογή του.

## II. Θεωρητικές προσεγγίσεις

### A. Θεωρίες γνωρισμάτων (Trait theories)

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή ορισμένων κλασικών εμπειρικών θεωριών της προσωπικότητας, καθώς και εφαρμοσμένων, κλινικών προσεγγίσεων. Οι κλασικές εμπειρικές θεωρίες, που περιλαμβάνουν τις θεωρίες γνωρισμάτων, δεν επικεντρώνονται τόσο στις διεργασίες της προσωπικότητας και, συνεπώς, δεν αφορούν σε προγράμματα παρέμβασης, εφόσον το κύριο έργο τους είναι ερευνητικό. Με βάση το έργο του Gordon Allport (1937), πρωτοπόρου ερευνητή στις θεωρίες γνωρισμάτων, το ερευνητικό έργο της προσέγγισης αυτής προσδιορίζει τα γνωρίσματα με τρόπο λειτουργικό: ως τον

μέσο όρο μιας σειράς προτάσεων αυτοαναφοράς, οι οποίες κατασκευάστηκαν για να αξιολογήσουν ένα δεδομένο γνώρισμα. Για παράδειγμα, λεκτικές προτάσεις που υποδηλώνουν μια τάση να αισθάνεται κανείς άγχος, θλίψη, ντροπή, ενοχή και θυμό έχουν ως κοινό πυρήνα την αρνητική συναισθηματικότητα ή τον νευρωτισμό (Heim & Westen, 2005). Από τα πιο κλασικά και ιδιαίτερα γνωστά μοντέλα είναι το μοντέλο του Eysenck (1967, 1981), των τριών παραγόντων: της εξωστρέφειας, του ψυχωτισμού και του νευρωτισμού.

Από τα πιο γνωστά σύγχρονα μοντέλα είναι το **μοντέλο των πέντε παραγόντων** (Five Factor Model – FFM) (McCrae & Costa, 1997, 2013· Widiger et al., 2009, 2012). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στη λεκτική θεωρία της προσωπικότητας, δηλαδή τη θεωρία που υποστηρίζει ότι σημαντικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας βρίσκονται σε λέξεις που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή γλώσσα. Με βάση πολλαπλές μελέτες, στις οποίες «φυσιολογικά» άτομα (δηλαδή άτομα από μη κλινικούς πληθυσμούς) αξιολόγησαν τον εαυτό τους με περιγραφικά επίθετα της προσωπικότητας επιλεγμένα από λεξικό, η ανάλυση παραγόντων κατέληξε σε πέντε βασικά δομικά χαρακτηριστικά:

1. Νευρωτισμός ή αρνητικό συναίσθημα (neuroticism or negative affect): Κατά πόσον το άτομο τείνει να δυσφορεί ή να ενοχλείται για υποκειμενικούς λόγους.
2. Εξωστρέφεια ή θετικό συναίσθημα (extroversion or positive affect): Κατά πόσον το άτομο τείνει να είναι πρόσχαρο, με πολλή ενέργεια, χαρούμενο.
3. Ευσυνειδησία (conscientiousness).
4. Προσένεια (agreeableness).
5. Προθυμία (δεκτικότητα) για εμπειρίες (openness to experience): Κατά πόσον το άτομο είναι δεκτικό σε αισθητικές, συναισθηματικές και διανοητικές εμπειρίες.

Καθένα από τα πέντε βασικά γνωρίσματα περιλαμβάνει έξι γνωρίσματα χαμηλότερης τάξης ή υπο-παράγοντες. Για παράδειγμα, το άγχος και η κατάθλιψη είναι υπο-παράγοντες του νευρωτισμού. Το μοντέλο είναι συνεχές (continuum) –και όχι διαστασιακό (dimensional)– και υποστηρίζει ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας αντανακλούν ακραίες μορφές φυσιολογικών γνωρισμάτων και, συνεπώς, το ίδιο σύστημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση φυσιολογικών, αλλά και παθολογικών προσωπικοτήτων. Επίσης, το μοντέλο αυτό είναι το επικρατέστερο στη γενική έρευνα της προσωπικότητας στους τομείς της ψυχολογίας της υγείας, της ψυχολογίας της τρίτης ηλικίας και της αναπτυξιακής ψυχολογίας (McCrae & Costa, 1999). Μελέτες σε διάφορες χώρες και γλώσσες περιλαμβανομένης της τσέχικης, της ολλανδικής, της γαλλικής, της γερμανικής, της ουγγρικής, της ιταλικής, της κορεάτικης, της πολωνικής και της ελληνικής υποδεικνύουν τους ίδιους παράγοντες (Carlo, Knight, Roesch, Opal & Davis, 2014· Huang et al., 2009· Valchev et al., 2013· Vazsonyi, Ksinan, Mikuška & Jiskrova, 2015). Πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν τη συνεισφορά γενετικών παραγόντων (Briely & Tucker-Drob, 2012· Sanchez-Roige, Gray, MacKillop, Chen & Palmer, 2018).

Σημαντικό είναι επίσης το **διαστασιακό μοντέλο των επτά παραγόντων** του Cloninger (2000). Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε μια σύνθεση πληροφοριών από οικογενειακές μελέτες, διαχρονικές αναπτυξιακές μελέτες, ψυχομετρικές μελέτες της δομής της προσωπικότητας, καθώς και νευροφαρμακολογικές και νευροανατομικές μελέτες της συμπεριφοράς και της μάθησης. Περιλαμβάνει τέσσερις διακριτές ιδιοσυγκρασίες (temperaments) και τρεις διαστάσεις της προσωπικότητας. Οι τέσσερις ιδιοσυγκρασίες είναι: η αναζήτηση του νεωτερικού (novelty seeking), η αποφυγή βλαβερών ερεθισμάτων (harm avoidance), η εξάρτηση από την επιβράβευση (reward dependence), και η επιμονή (persistence). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κάθε ιδιοσυγκρασία συσχετίζεται με ένα συγκεκριμένο μονο-αμινο-νευρορρυθμιστή, δηλαδή την ντοπαμίνη, τη σεροτονίνη, ή τη νορεπινεφρίνη. Οι τέσσερις τύποι ιδιοσυγκρασίας αντανακλούν μια έμφυτη προδιάθεση του ατόμου να ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος με έναν σταθερό τρόπο. Οι χαρακτηριστικές συνιστώσες θεωρούνται ατομικές διαφορές που αναπτύσσονται μέσω της αλληλεπίδρασης της ιδιοσυγκρασίας, του οικογενειακού περιβάλλοντος και των εμπειριών της ζωής (Svrakic et al., 2002). Οι τρεις χαρακτηριστικές συνιστώσες είναι η αυτοκαθοδήγηση (self-directedness), η συνεργατικότητα (cooperativeness) και η

αυτο-υπέρβαση (self-transcendence). Η διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα συνεργατικότητας, αυτο-υπέρβασης και αυτοκαθοδήγησης, ενώ η συγκεκριμένη μορφή κάθε διαταραχής αποκρυσταλλώνεται από την επίδραση των τεσσάρων ιδιοσυγκρασιών (Cloninger, 2000).

## Β. Το μοντέλο της εξελικτικής-κοινωνικής μάθησης

Το μοντέλο του Millon θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό, επειδή αποτελεί τη βάση του συστήματος αξιολόγησης για τις διαταραχές της προσωπικότητας (Millon Clinical Multiaxial Inventory). Κυκλοφορεί ήδη η τέταρτη έκδοσή του, η οποία είναι ευθυγραμμισμένη με το *DSM-5* και το *ICD-10* και χρησιμοποιείται ευρέως, τόσο ερευνητικά όσο και κλινικά (Grossman, 2020· Millon, Grossman & Milton, 2015). Το μοντέλο του Millon, το οποίο εξελίσσεται από τη δεκαετία του 1960 (Millon, 1969) μέχρι σήμερα, περιγράφει τις εξής τέσσερις βασικές εξελικτικές αρχές, σύμφωνα με τέσσερις πόλους:

1. Τους στόχους της ύπαρξης που αναφέρονται στη διατήρηση και τον εμπλουτισμό της ζωής και αντανακλώνονται στον πόλο ευχαρίστηση-πόνος.
2. Τους τρόπους προσαρμογής που αναφέρονται στην προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον ή, αντιθέτως, στις προσπάθειες προσαρμογής του περιβάλλοντος στον εαυτό και αντανακλώνονται στον πόλο παθητικότητα-ενεργητικότητα.
3. Τις στρατηγικές αναπαραγωγής και αντιγραφής που αναφέρονται στο κατά πόσον το άτομο στρέφεται στον εγωκεντρισμό ή στη φροντίδα άλλων και αντανακλώνονται στον πόλο εαυτός-άλλος.
4. Την διαδικασία της αφαιρετικότητας, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου για συμβολική σκέψη και αντανακλάται στον πόλο σκέψη-συναίσθημα.

Με βάση αυτούς τους βασικούς πόλους, ο Millon προσδιορίζει 15 πρότυπα προσωπικότητας.

## Γ. Άλλα σύγχρονα περιεκτικά μοντέλα

Δύο άλλα μοντέλα που βρίσκονται στο προσκήνιο του επιστημονικού ενδιαφέροντος είναι το **διαπροσωπικό** και το **μοντέλο των λειτουργικών πεδίων**. Το **διαπροσωπικό μοντέλο** του Benjamin επικεντρώνεται σε διαπροσωπικές διαδικασίες της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας, των ενδοψυχικών αιτιών και των επιπτώσεών τους. Η **δομική ανάλυση της κοινωνικής συμπεριφοράς** (Structural Analysis of Social Behavior), όπως ονομάζεται το σύνθετο αυτό μοντέλο (Benjamin, 1996), βασίζεται στη διαπροσωπική θεωρία του Sullivan, καθώς και σε θεωρίες των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Αναπτύσσεται σε τρεις διαστάσεις, με τρεις «επιφάνειες», που αφορούν σε πράξεις οι οποίες κατευθύνονται προς ένα άτομο, στην ανταπόκριση του πάσχοντος είτε σε πραγματικές είτε σε εικονικές πράξεις (όπως τις αντιλαμβάνεται), καθώς και σε πράξεις προς τον ίδιο του τον εαυτό. Ο οριζόντιος άξονας του μοντέλου περιλαμβάνει το δίπολο αγάπη-μίσος, ενώ ο κάθετος το δίπολο συγχώνευση-διαφοροποίηση.

Το δεύτερο, το **μοντέλο των λειτουργικών πεδίων** του Westen (1998), βασίζεται σε μια σύνθεση κλινικής ψυχαναλυτικής θεωρίας και παρατήρησης, εμπειρικής έρευνας στην προσωπικότητα, καθώς και αναπτυξιακής κλινικής ψυχολογίας. Το μοντέλο στοχεύει στη διατύπωση και ταξινόμηση των βασικών πεδίων της προσωπικότητας του ατόμου, είτε το άτομο έχει διαταραχή της προσωπικότητας είτε όχι. Αξιολογεί τρεις βασικούς τομείς:

1. Τις επιθυμίες του ατόμου, τους φόβους και τις αξίες του και το κατά πόσον λειτουργούν ως κίνητρα, εάν είναι συνειδητά ή ασυνείδητα, συγκλίνοντα ή συγκρουόμενα.
2. Τους εσωτερικούς «πόρους» του ατόμου, περιλαμβανομένων των γνωσιακών διαδικασιών, των συναισθημάτων, των στρατηγικών ρύθμισης του συναισθήματος και των δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση εσωτερικών και εξωτερικών απαιτήσεων.
3. Το πώς το άτομο βιώνει τον εαυτό του και τους άλλους και κατά πόσον είναι ικανό να διατηρήσει γνωστικά, συναισθηματικά, αλλά και σε επίπεδο συμπεριφοράς, σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις.

Σημειώνεται ωστόσο ότι όλες οι επιστημονικές θεωρίες έχουν συμβάλει στη διατύπωση του ορισμού της προσωπικότητας, των χαρακτηριστικών της, καθώς και των διαταραχών της, σύμφωνα με τα βασικά διαγνωστικά εγχειρίδια (Davis & Millon, 1999).

### III. Διαταραχές της προσωπικότητας

Η μελέτη των προβλημάτων της προσωπικότητας έχει απασχολήσει τους ειδικούς ήδη από την αρχαιότητα. Η πρώτη αναφορά αποδίδεται στον Ιπποκράτη τον 5ο π.Χ. αιώνα, ο οποίος πρότεινε την ταξινόμηση των διάφορων ανθρώπινων συμπεριφορών σύμφωνα με τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά τους (Oldham, Skodal & Bender, 2005). Περιέγραψε μάλιστα την προσωπικότητα του ατόμου ανάλογα με τον «χυμό» που υπερτερούσε. Οι «χυμοί» ήταν το φλέγμα, το αίμα, η μέλαινα χολή και η κίτρινη χολή. Άτομα με υπερβολική ποσότητα αίματος έτειναν να έχουν απότομες συναισθηματικές αλλαγές, ενώ εκείνα με υπερβολική ποσότητα φλέγματος ήταν παθητικά, με τάσεις απόσυρσης, καθώς και κατάθλιψης. Όταν η ποσότητα της μέλαινας χολής ήταν περισσότερη από το κανονικό, το άτομο ήταν μελαγχολικό, ενώ οι άνθρωποι με μεγαλύτερες ποσότητες κίτρινης χολής ήταν ευέξαπτοι και επιθετικοί. Αργότερα, επιστήμονες της ψυχιατρικής, όπως οι Kraepelin (1904), Bleuler (1924) και Kretschmer (1926), περιέγραψαν διάφορους τύπους προσωπικότητας –για παράδειγμα, την «ασθενική», την «αυτιστική-σχιζοειδή», την «κυκλοθυμική»– που είναι προάγγελοι ψυχωτικών συνδρόμων, όπως η σχιζοφρένεια ή η μανιοκατάθλιψη. Ο Schneider (1923) αναφέρθηκε σε μορφές ψυχοπαθητικών προσωπικοτήτων, ενώ ο Freud (1908) περιέγραψε «διαταραχές του χαρακτήρα» που προέρχονταν από καθηλώσεις σε συγκεκριμένα ψυχοσεξουαλικά στάδια.

Σύμφωνα με το *DSM-5*, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου είναι οι συνήθεις τρόποι συμπεριφοράς, οι αντιλήψεις, οι σκέψεις και οι αντιδράσεις του απέναντι σε ερεθίσματα, τόσο από το γενικό περιβάλλον όσο και από την αντίληψη για τον εαυτό του, που παρουσιάζονται με σταθερότητα σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, επαγγελματικών και προσωπικών πλαισίων (APA, 2013). Όταν τα χαρακτηριστικά αυτά είναι δύσκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά, σε βαθμό που να οδηγούν σε σημαντική παρεμπόδιση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλου σημαντικού τομέα της λειτουργικότητας του ατόμου, ή σε υποκειμενική οδύνη, τότε συνιστούν **διαταραχές της προσωπικότητας**. Οι διαταραχές αφορούν στο σύνολο της προσωπικότητας, παρά σε έναν συγκεκριμένο τομέα, σε αντίθεση με σύνδρομα που εκδηλώνονται σε ανθρώπους που μέχρι πρότινος ήταν «καλά» και αργότερα «αρρωσταίνουν», εμφανίζοντας ένα συγκεκριμένο πρόβλημα – για παράδειγμα, διαταραχή πανικού ή κατάθλιψη.

Κατά το *DSM-5*, οι διαταραχές αφορούν σε έναν διαρκή τρόπο συμπεριφοράς και προσωπικού βιώματος που αποκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες του πολιτισμικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο (APA, 2013). Ο τρόπος αυτός είναι αισθητός και επηρεάζει τη **γνωστική λειτουργία** του ατόμου –για παράδειγμα, το πώς σκέφτεται για τον εαυτό του ή και για άλλους–, τη **συναισθηματική αντίδραση** και αντιμετώπιση των άλλων –δηλαδή την έκταση, την ένταση, τη σταθερότητα και την καταλληλότητα των συναισθημάτων–, τη **διαπροσωπική λειτουργία**, καθώς και τον **έλεγχο των παρορμήσεων** του ατόμου. Αυτός ο τρόπος συμπεριφοράς, αφενός, είναι διάχυτος και άκαμπτος και, αφετέρου, εμφανίζεται σε πολλές και διαφορετικές καταστάσεις της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του ατόμου. Οδηγεί σε προσωπική οδύνη ή δυσλειτουργικότητα σε σημαντικούς τομείς της ζωής του, δηλαδή στον προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα (APA, 2013).

Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι χρόνιες: έχουν την αφετηρία τους στην αρχή της ενήλικης ζωής, παγιώνονται και συνήθως ακολουθούν το άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Widiger, 2012). Επειδή είναι χρόνιες και αφορούν στον γενικό, συνολικό τρόπο λειτουργίας του ατόμου, ο ίδιος ο πάσχων συχνά δεν πιστεύει ότι έχει ένα πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί, αλλά θεωρεί ότι αυτός είναι ο πάγιος τρόπος λειτουργίας του, με βάση τη δεδομένη προσωπικότητά του.

Μολονότι η διαταραχή δημιουργεί δυσκολίες για το ίδιο το άτομο, δεν επηρεάζει την επαφή του με την πραγματικότητα και γι' αυτό ο πάσχων μπορεί συνήθως να λειτουργήσει στο περιβάλλον του με

κάποιο βαθμό αποτελεσματικότητας. Μάλιστα, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ επιτυχημένος, σύμφωνα με τα καθιερωμένα επαγγελματικά και κοινωνικά πρότυπα. Ενδέχεται, πάντως, είτε να υποφέρει ο ίδιος εξαιτίας της διαταραχής είτε, σε κάποιες περιπτώσεις, να δημιουργεί προβλήματα περισσότερο στους άλλους –στα μέλη της οικογένειάς του, σε φίλους, σε συνεργάτες– παρά στον ίδιο του τον εαυτό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κάποιο άλλο άτομο, και όχι ο πάσχων, πρέπει να αποφασίσει εάν η διαταραχή δημιουργεί σημαντική δυσκολία σε κάποια πτυχή της λειτουργικότητας του πάσχοντος, διότι ο ίδιος δεν είναι σε θέση να το κρίνει (Barlow, Durand & Hofman, 2018).

Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι από τις πιο αμφιλεγόμενες διαγνωστικές κατηγορίες των σύγχρονων διαγνωστικών συστημάτων (Clark, Livesley & Morey, 1997· Kendall, 1992). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητά τους θεωρούνται χαμηλές, συγκριτικά με άλλες διαγνωστικές κατηγορίες, επειδή καταγράφεται υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας ανάμεσα στις διαταραχές. Δηλαδή στο ίδιο άτομο μπορεί να συνυπάρχουν δύο διαταραχές – για παράδειγμα, οριακή και ναρκισσιστική, καθώς και αντικοινωνική, ναρκισσιστική και σχιζοειδής (Coid & Ullrich, 2010· Lenz, Robinson & Bolton, 2010). Επίσης, σημαντική συννοσηρότητα παρατηρείται και με άλλες διαταραχές – για παράδειγμα, με τη μείζονα κατάθλιψη, τη διαταραχή χρήσης ουσιών και τις αγχώδεις διαταραχές (Dolan-Sewell, Krueger & Shea, 2001· Moran, Coffey, Mann, Carlin & Patton, 2006· Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005).

Αυτές οι παρατηρήσεις αφορούν και στη διαμάχη σχετικά με την εννοιολογική φύση και κατ' επέκταση την κατηγοριοποίηση των διαταραχών της προσωπικότητας. Ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι οι διαταραχές προσωπικότητας είναι ακραίες εκδοχές φυσιολογικών προβλημάτων και ότι οι πάσχοντες διαφέρουν από τον γενικό πληθυσμό, καθώς και μεταξύ τους, ως προς τον βαθμό των χαρακτηριστικών που ορίζουν τη διαταραχή, παρά ως προς το είδος των χαρακτηριστικών (Skodol, 2012). Συνεπώς, η διάγνωση θα έπρεπε να βασίζεται στη σοβαρότητα των βασικών χαρακτηριστικών, αντί απλώς στη διαπίστωση της παρουσίας/απουσίας τους (Trull, Widiger & Burr, 2001· Westen & Shedler, 2001). Αυτή η σκέψη έχει οδηγήσει στην πρόταση να ταξινομούνται οι διαταραχές της προσωπικότητας με κλίμακες που μετρούν διαστάσεις (dimensional) και όχι σε διαγνωστικές κατηγορίες. Συγκεκριμένα, το **διαστασιακό** μοντέλο υποστηρίζεται από διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις, όπως για παράδειγμα την ψυχαναλυτική, καθώς και τη θεωρία της προσωπικότητας των πέντε παραγόντων (McWilliams, 1994, 1999· Costa & McCrae, 1990· Westen & Muderisogglu, 2003· Trill, Widiger, Useda et al., 1998). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, το άτομο αξιολογείται ως προς τις τάσεις που παρουσιάζει – για παράδειγμα, εξωστρέφεια αντί εσωστρέφεια, συνεργατικότητα αντί αρνητισμό. Η άλλη προσέγγιση, η **κατηγορική**, βασίζεται στην ιδέα ότι οι διαταραχές προσωπικότητας αφορούν σε ποιοτικές διαφορές των χαρακτηριστικών προσωπικότητας.

Σημαντικές διαφωνίες επί του θέματος αντιμετώπισε και η επιστημονική επιτροπή του *DSM-5*. Ορισμένοι ειδικοί θεώρησαν ότι το κατηγορικό μοντέλο του *DSM-IV* θα έπρεπε να αντικατασταθεί ή τουλάχιστον να συμπληρωθεί με το διαστασιακό μοντέλο, όπου, εκτός από την κατηγορική διάγνωση, το άτομο αξιολογείται και σε σειρά διαστάσεων της προσωπικότητας (South, Oltmanns & Krueger, 2011· Widiger, 2012). Οι ειδικοί επισήμαναν ότι αυτή η προσέγγιση έχει ορισμένα πλεονεκτήματα, δηλαδή περιλαμβάνει περισσότερες πληροφορίες για τον πάσχοντα, είναι πιο ευέλικτο ως εγχειρίδιο, επιτρέποντας τόσο κατηγορικές όσο και διαστασιακές διαφοροποιήσεις, αποφεύγοντας την αυθαίρετη απόφαση που προκύπτει με την κατάταξη ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία. Ακόμη, η προτεινόμενη αλλαγή σε διαστασιακό μοντέλο μπορεί να μειώσει το ποσοστό συννοσηρότητας ανάμεσα στις διαταραχές προσωπικότητας, καθώς και μεταξύ αυτών και άλλων ψυχικών διαταραχών (Samuel, Lynam, Widiger & Ball, 2012).

Τελικά η επιτροπή αποφάσισε να συμπεριλάβει δύο μοντέλα στο εγχειρίδιο. Ως εκ τούτου, το *DSM-5* έχει ως βασικό μοντέλο το κατηγορικό, που είναι σχεδόν ολόιδιο με το *DSM-IV-TR*, αλλά και ένα εναλλακτικό διαστασιακό μοντέλο στο Παράρτημα, το οποίο ονομάζεται «αναδυόμενες μετρήσεις και μοντέλα» για περαιτέρω μελέτη (Emerging measures and models for further study) (APA, 2013).

Η γενική κατηγορία των διαταραχών της προσωπικότητας του *DSM-5* περιλαμβάνει δέκα συγκεκριμένες διαταραχές, οι οποίες ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά. Η

πρώτη (ομάδα Α) αφορά σε άτομα που συχνά φαίνονται παράξενα και εκκεντρικά, και περιλαμβάνει την **παρανοειδή**, τη **σχιζοειδή** και τη **σχιζοτυπη** διαταραχή της προσωπικότητας. Η δεύτερη ομάδα (ομάδα Β) αφορά σε άτομα που συχνά συμπεριφέρονται με δραματικό, έντονα συναισθηματικό και ασταθή τρόπο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, και περιλαμβάνει την **αντικοινωνική**, την **οριακή (μεταιχμιακή)**, την **ιστριονική** και τη **ναρκισσιστική** διαταραχή της προσωπικότητας. Η τρίτη ομάδα (ομάδα Γ) αφορά σε άτομα που συχνά παρουσιάζονται αγχώδη και φοβισμένα και περιλαμβάνει την **αποφευκτική**, την **εξαρτητική** και την **ιδεοψυχαναγκαστική** διαταραχή της προσωπικότητας. Η τελευταία κατηγορία, η **διαταραχή της προσωπικότητας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς**, αφορά σε εκφάνσεις της προσωπικότητας που δεν πληρούν τα κριτήρια οποιασδήποτε άλλης ειδικής διαταραχής της προσωπικότητας.

Επειδή άτομα με διαταραχές προσωπικότητας συχνά δεν ζητούν βοήθεια, η ακριβής εκτίμηση της συχνότητας των διαταραχών είναι δύσκολη. Μελέτες υποδεικνύουν ότι ο επιπολασμός των διαταραχών παγκοσμίως κυμαίνεται σε ποσοστό 6-10% του γενικού πληθυσμού και διαφέρει ανάλογα με την ομάδα. Οι διαταραχές της ομάδας Γ εμφανίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα, δηλαδή 7%, και ακολουθούν η ομάδα Α με συχνότητα 4% και η ομάδα Β με συχνότητα 3,5-4% (Samuels, 2011· Torgersen, 2012). Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, οι διαταραχές προσωπικότητας τείνουν να υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου (Zanarini et al., 2006, 2014). Ωστόσο, ορισμένες φορές αντικαθίστανται από άλλες διαταραχές προσωπικότητας (Torgersen, 2012).

Ζητήματα διαφυλικών προκαταλήψεων όσον αφορά στη διάγνωση αποτελούν αντικείμενο διαμάχης (Liebman & Burnette, 2013). Γενικά παρατηρείται ότι άνδρες με διαγνωσμένες διαταραχές προσωπικότητας συχνά τείνουν να εκδηλώνουν χαρακτηριστικά όπως επιθετικότητα, διεκδικητικότητα, αποστασιοποίηση, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν χαρακτηριστικά όπως υποχωρητικότητα, συναισθηματικότητα και ανασφάλεια. Έχει αναφερθεί ότι οι προκαταλήψεις εκ μέρους των ειδικών συμβάλλουν σε αυτό το πρόβλημα.

Η αιτιολογία των διαταραχών προσωπικότητας απασχολεί όλες τις θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως αναφέρεται αναλυτικά για κάθε διαταραχή στη συνέχεια του κεφαλαίου. Βασική θεωρείται η ιδιοσυγκρασία του ατόμου από τη γέννησή του, καθώς και η επαρκής ικανοποίηση πρώιμων συναισθηματικών αναγκών (Fonagy & Luyton, 2012· Paris, 2012). Επιπλέον, χαρακτηριστικές συνήθειες βασισμένες στη μάθηση, καθώς και τα δυσπροσαρμοστικά γνωσιακά στυλ θεωρούνται σημαντικά (Beck et al., 1990, 2004· Lobbstael & Arntz, 2012).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών ενέχει διάφορες δυσκολίες. Πολλές φορές ο πάσχων δεν αναγνωρίζει τα προβλήματά του, αλλά προσέρχεται για ψυχοθεραπεία υπό την πίεση άλλων – για παράδειγμα, της/του συζύγου. Ένα σημαντικό ποσοστό των πασχόντων τερματίζουν τη θεραπεία τους πρόωρα (McMurrin et al., 2010). Επίσης, άτομα με διαταραχές προσωπικότητας διακινούν έντονα αρνητικά συναισθήματα στους θεραπευτές τους (Liebman & Burnette, 2013). Οι θεραπευτικές τεχνικές συχνά απαιτούν τροποποιήσεις (Barlow, Durand & Hofman, 2018). Ακόμη, μελέτες αποδεικνύουν ότι η βραχεία θεραπεία σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο είναι πιο αποτελεσματική για ορισμένες κατηγορίες (ομάδες Β και Γ) διαταραχών προσωπικότητας (Bartak et al., 2010, 2011).

## IV. Περιγραφή των διαταραχών προσωπικότητας

### A. Ομάδα Α

Άτομα που εντάσσονται στις υποκατηγορίες αυτές εκδηλώνουν παράξενες και εκκεντρικές συμπεριφορές, οι οποίες μοιάζουν με τις συμπεριφορές ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια και παραληρητική διαταραχή, όπως για παράδειγμα καχυποψία, κοινωνική απόσυρση και περίεργο τρόπο σκέψης και αντίληψης (APA, 2013· Στυλιανίδης & Φαρσαλιώτης, 2021· Williams, Haigh & Fowler, 2005). Εντούτοις, αυτές οι συμπεριφορές δεν είναι τόσο ακραίες στα άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας,

τα οποία εξάλλου δεν παρουσιάζουν τη ρήξη με την πραγματικότητα που χαρακτηρίζει τις ψυχώσεις. Οι σύγχρονες ερευνητικές εργασίες υποδεικνύουν την ύπαρξη κληρονομικού παράγοντα ο οποίος συνδέει άτομα που πάσχουν από διαταραχές της ομάδας Α με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι διαταραχές εμφανίζονται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε οικογένειες στις οποίες ένα τουλάχιστον μέλος της εκδηλώνει σχιζοφρένεια.

### 1. Παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η έντονη καχυποψία που διακατέχει το άτομο. Ενώ κάθε άνθρωπος μπορεί να αισθανθεί καχυποψία κάποιες στιγμές στη ζωή του, και μάλιστα πολλές φορές δικαιολογημένα, το άτομο με παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας είναι συνεχώς καχύποπτο, σχεδόν με όλους τους ανθρώπους και σε όλες τις συνθήκες της ζωής του (APA, 2013).

---

## Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

### Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

---

- A. Διάχυτη δυσπιστία και καχυποψία του ατόμου προς τους άλλους, ώστε τα κίνητρά τους να ερμηνεύονται ως κακόβουλα, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
1. Υποψίες, χωρίς επαρκή λόγο, ότι οι άλλοι τον εκμεταλλεύονται, τον βλάπτουν ή τον εξαπατούν.
  2. Έντονη ενασχόληση με αδικαιολόγητες αμφιβολίες σχετικά με την αφοσίωση ή την αξιοπιστία φίλων ή συνεργατών.
  3. Απροθυμία να εκμυστηρευτεί σε άλλους λόγω αδικαιολόγητου φόβου ότι οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν κακόβουλα εναντίον του.
  4. Διαβλέπει κρυμμένα εξευτελιστικά ή απειλητικά νοήματα σε αθώες παρατηρήσεις ή γεγονότα.
  5. Κρατά κακίες με επίμονο τρόπο (δηλαδή δεν συγχωρεί προσβολές, αδικίες ή ταπεινώσεις).
  6. Αντίλαμβάνεται επιθέσεις στον χαρακτήρα ή την υπόληψή του που δεν γίνονται αντιληπτές από τους άλλους και είναι σε ετοιμότητα να αντιδράσει με θυμό ή να αντεπιτεθεί.
  7. Έχει επανειλημμένες υποψίες, χωρίς αιτιολόγηση, που αφορούν στην πίστη του(της) συζύγου ή του(της) ερωτικού(ής) συντρόφου.
- B. Δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Σχιζοφρένειας, Διπολικής Διαταραχής ή Καταθλιπτικής Διαταραχής με Ψυχωτικά Στοιχεία ή Άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν οφείλεται στις φυσιολογικές δράσεις άλλης σωματικής κατάστασης.
- 

Ο πάσχων πιστεύει ότι όλοι γύρω του θέλουν να τον βλάψουν. Πρόκειται για διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας, δεδομένου ότι ο πάσχων ψάχνει διαρκώς να βρει στο περιβάλλον του ενδείξεις για να υποστηρίξει τις υποψίες του και συνεχώς ερμηνεύει τη συμπεριφορά των άλλων βάσει αυτών των υποψιών. Χαρακτηρίζεται από την τάση να «παίρνει τα πράγματα στραβά». Παραδείγματος χάριν, όταν ακούει θόρυβο από το γειτονικό σπίτι, σκέφτεται ότι οι γείτονες το κάνουν επίτηδες για να τον ενοχλήσουν. Όταν δύο συνάδελφοί του μιλούν εμπιστευτικά μεταξύ τους, νομίζει ότι συζητούν για εκείνον. Όταν αργεί το ταχυδρομείο, πιστεύει ότι ο ταχυδρόμος θέλει σκόπιμα να τον ενοχλήσει. Όταν ένας τρίτος προσπαθεί να εξηγήσει αυτά τα γεγονότα, δίνοντας μια διαφορετική εκδοχή, ο πάσχων πιστεύει ότι και αυτός στρέφεται εναντίον του. Άτομα με παρανοειδή διαταραχή πιστεύουν ότι οι άλλοι τους κακολογούν, θέλουν να τους εκμεταλλευτούν ή ότι οι φίλοι και οι αγαπημένοι τους άνθρωποι τους έχουν προδώσει (APA, 2013· Birkeland, 2017· Rasmussen, 2005).

Η καχυποψία αυτή έχει δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή του ατόμου. Περιορίζει σημαντικά τις διαπροσωπικές του σχέσεις, καθώς η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να δημιουργήσει φιλίες ή συναισθηματικές σχέσεις. Άτομα με τη διαταραχή αυτή είναι ψυχρά και απόμακρα, ενώ αποφεύγουν τις στενές σχέσεις με άλλους. Σε μερικές περιπτώσεις έχουν

έναν σύμμαχο, συνήθως κάποιον σε κατώτερη θέση από τους ίδιους, αλλά κάποια στιγμή αρχίζουν να υποπεύονται και αυτόν και τον εγκαταλείπουν. Αργότερα, μπορεί να βρουν κάποιον άλλον, όμως και πάλι για περιορισμένο χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι θα επαναλάβουν την ίδια συμπεριφορά. Ορισμένοι πάσχοντες είναι πολύ απομονωμένοι, ενώ άλλοι προσκολλώνται σε παρακμιακές πολιτικές οργανώσεις. Τα συμπτώματα της διαταραχής αυξάνονται μετά από εγκεφαλικά τραύματα. Ακόμη, εκδηλώνονται συχνά σε άτομα που κάνουν χρόνια χρήση κοκαΐνης (Horwood & Thomas, 2012). Σημειώνεται όμως ότι διάφορες ομάδες, όπως οι μειονότητες, οι πρόσφυγες, οι μετανάστες, μπορεί να εμφανίσουν επιφυλακτικότητα και καχυποψία λόγω της κοινωνικής αντιμετώπισής τους, χαρακτηριστικά που μπορεί να παρερμηνευθούν ως χαρακτηριστικά της παρανοειδούς διαταραχής προσωπικότητας (APA, 2013).

Στις εργασιακές τους σχέσεις, οι πάσχοντες τείνουν να είναι υπερβολικά επικριτικοί, ελεγκτικοί και επίμονοι, ειδικά σε σχέση με τυχόν αδυναμίες ή λάθη των άλλων. Δεν αναγνωρίζουν δικά τους λάθη και είναι πολύ ευαίσθητοι στην κριτική, ενώ επιδιώκουν να είναι ανεξάρτητοι. Μπορεί να γίνουν επιθετικοί και να εμπλακούν σε διενέξεις, οι οποίες ορισμένες φορές εξελίσσονται σε δικαστικές περιπέτειες. Οι άνθρωποι αυτοί θεωρούν ότι οποιαδήποτε προβλήματα έχουν οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες, γι' αυτό και πολύ σπάνια απευθύνονται σε κάποιον φορέα ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, είναι δύσκολο να εκτιμήσει κανείς τη συχνότητα αυτής της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό.

Σημειώτέον ότι, παρά τη λεκτική ομοιότητα μεταξύ παράνοιας και παρανοϊκής σχιζοφρένειας, η παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας είναι μια ξεχωριστή και διαφορετική διαγνωστική κατηγορία. Έχει μεν κάποια κοινά στοιχεία με την παρανοϊκή σχιζοφρένεια και την παραληρητική διαταραχή, όμως αυτές είναι ψυχώσεις, δηλαδή τα πάσχοντα άτομα χάνουν την επαφή τους με την πραγματικότητα. Αντίθετα, οι άνθρωποι με παρανοειδή διαταραχή δεν εμφανίζουν συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, τα οποία χαρακτηρίζουν τη σχιζοφρένεια. Η σχέση μεταξύ σχιζοφρένειας και παρανοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας αποτελεί αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος λόγω του ευρήματος ότι η παρανοειδής διαταραχή εμφανίζεται σε σημαντικό ποσοστό συγγενών ατόμων με σχιζοφρένεια (Nigg & Goldsmith, 1994). Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι η παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό συγγενών ατόμων με κατάθλιψη και ακολούθως σε συγγενείς ατόμων με σχιζοφρένεια (Maier, Lichterhan, Minges et al., 1994).

Ακόμη, άτομα με παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια (Lenzenweger, 2009). Εάν βρεθούν υπό στρεσογόνες συνθήκες, οι πάσχοντες μπορεί να παρουσιάσουν ψυχωτικά συμπτώματα βραχείας διάρκειας – από λίγων λεπτών έως μερικών ωρών. Σε κάποιες περιπτώσεις, η διαταραχή εξελίσσεται σε παραληρητική διαταραχή ή σχιζοφρένεια. Οι πάσχοντες με παρανοειδή διαταραχή ανήκουν σε ομάδα αυξημένης επικινδυνότητας όσον αφορά στη μείζονα κατάθλιψη, την αγοραφοβία και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, καθώς και την εξάρτηση από ουσίες και την κατάχρησή τους (McGurk et al., 2013· Trull et al., 2010).

Οι πρώτες ενδείξεις της διαταραχής κατά τη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας περιλαμβάνουν την κοινωνική απομόνωση, τις προβληματικές σχέσεις με συνομηλίκους, το κοινωνικό άγχος, τη χαμηλότερη από την αναμενόμενη βάση ικανοτήτων σχολική επίδοση, την υπερευαίσθησία, την περίεργη σκέψη και χρήση γλώσσας και τις παράξενες φαντασιώσεις. Για τους λόγους αυτούς, οι πάσχοντες θεωρούνται «περίεργοι» και δέχονται την κοροϊδία των συνομηλίκων (APA, 2013· Cohen & Crawford, 2005). Επιπλέον, έχουν συνολικά χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και την απόπειρα αυτοκτονίας (Horwood & Thomas, 2012).

Η διαταραχή εμφανίζεται στο 2,3-4,4% του γενικού πληθυσμού. Στον κλινικό πληθυσμό, εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε άνδρες απ' ό,τι σε γυναίκες (APA, 2013· Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010).



## Κλινικό παράδειγμα

Η Σία, 32 ετών, δημόσιος υπάλληλος, είναι πεπεισμένη ότι όλοι οι συνάδελφοί της επιδιώκουν με διάφορους τρόπους να τη βλάψουν στη δουλειά της. Όταν παράπεσαν κάποια σημαντικά έγγραφα που ήταν στη δική της ευθύνη, σκέφτηκε ότι κάποιος συνεργάτης της τα είχε πάρει επίτηδες για να φανεί εκείνη ανεύθυνη στην προϊσταμένη της. Η Σία ερμήνευσε την προσφορά των συναδέλφων της να τη βοηθήσουν να τα βρει ως προσπάθεια να της «ρίξουν στάχτη στα μάτια». Θεωρεί ότι η ίδια αποτελεί συνεχώς αντικείμενο κουτσομπολιού. Η τωρινή της θέση είναι η τέταρτη που έχει αναλάβει στη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών. Πρόσφατα ζήτησε μετάθεση επειδή αισθανόταν ότι υπήρχε «θανάσιμος» ανταγωνισμός ανάμεσα στους συναδέλφους της. Επιπλέον, όταν μια άλλη συνάδελφός της πήρε προαγωγή αντί για την ίδια, η Σία θεώρησε ότι η προϊσταμένη της την παρέκαμψε επίτηδες για να εμποδίσει την επαγγελματική της εξέλιξη. Εξαιτίας αυτού, είχε ένα ξέσπασμα οργής και έβρισε την προϊσταμένη της.

Ήδη από την παιδική της ηλικία, η Σία ήταν υπερβολικά ευαίσθητη σχετικά με τη διάθεση των άλλων. Για παράδειγμα, όταν αισθανόταν ότι κάποιος δάσκαλος ήταν κακοδιάθετος, η Σία αποφάσιζε ότι εκείνος δεν τη συμπαθούσε και γινόταν ψυχρή ή επιθετική απέναντί του. Γενικά, δυσκολεύεται να διατηρήσει σχέσεις με συνομηλίκους, διότι τείνει να ζηλεύει, να είναι καχύποπτη και εκδικητική.

Με τη διαταραχή σχετίζονται και πολιτισμικοί παράγοντες. Ορισμένες ομάδες ανθρώπων –όπως οι κρατούμενοι, οι πρόσφυγες, τα άτομα με δυσκολίες ακοής και τα άτομα της τρίτης ηλικίας– είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι λόγω των ειδικών συνθηκών της ζωής τους (Iacovino et al., 2014· Raza, DeMarce, Lash & Parker, 2014· Ryder, Sunohara & Kirmayer, 2015). Αναδρομικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η κακοποίηση και οι τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας παίζουν ρόλο στη μεταγενέστερη εκδήλωση της διαταραχής (Iacovino, Jackson & Oltmanns, 2014).

Άτομα με παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας είναι καχύποπτα και ως εκ τούτου δεν ζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους. Άλλα προβλήματα, πέραν της διαταραχής προσωπικότητας, όπως μια κρίση, το άγχος ή η κατάθλιψη, τους οδηγούν σε ειδικούς ψυχικής υγείας (Sarkar & Adshead, 2012).

## 2. Σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας

Το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η σοβαρή συρρίκνωση των συναισθημάτων των πασχόντων, φαινόμενο που συσχετίζεται με την κοινωνική τους απομόνωση. Οι πάσχοντες δείχνουν λίγο ή και καθόλου ενδιαφέρον για τις σχέσεις με τους άλλους. Συχνά είναι απομακρυσμένοι από την πυρηνική τους οικογένεια, δεν παντρεύονται και δεν έχουν στενούς φίλους (Horwood & Thomas, 2012). Όταν ισχυρίζονται ότι έχουν στενούς φίλους, η περαιτέρω διερεύνηση δείχνει ότι τελικά πρόκειται για απλούς γνωστούς. Στην επαφή τους με τους άλλους δεν φαίνεται να βιώνουν τα συναισθήματα που συνήθως αποτελούν μέρος της φυσιολογικής ζωής, όπως ζεστασιά, ευχαρίστηση και απογοήτευση. Ορισμένοι μπορεί να προσπαθούν να δημιουργήσουν φιλίες, αλλά αυτές οι προσπάθειες αποτυγχάνουν, επειδή οι πάσχοντες δυσκολεύονται να δείξουν θέρμη, να επενδύσουν συναισθηματικά, ενώ αδυνατούν ουσιαστικά να αντιληφθούν τις ανάγκες και τα συναισθήματα των άλλων (APA, 2013· Millon & Davis, 1996).

## Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

A. Διάχυτο πρότυπο απόσπασης από κοινωνικές σχέσεις και περιορισμένο εύρος έκφρασης συγκινήσεων σε διαπροσωπικές σχέσεις με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Δεν επιθυμεί ούτε απολαμβάνει τις στενές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένου του να είναι μέρος μιας οικογένειας.
2. Σχεδόν πάντα επιλέγει μοναχικές δραστηριότητες.
3. Δεν δείχνει παρά μικρό ή κανένα ενδιαφέρον να έχει σεξουαλικές εμπειρίες με άλλο άτομο.
4. Δεν παίρνει ευχαρίστηση παρά σε λίγες ή καμία δραστηριότητες(α).
5. Στερείται στενών φίλων ή έμπιστων προσώπων πέρα από συγγενείς πρώτου βαθμού.
6. Φαίνεται να αδιαφορεί για τον έπαινο ή την κριτική των άλλων.
7. Δείχνει συγκινησιακή ψυχρότητα, απόσπαση, ή επιπεδωμένη συναισθηματικότητα.

B. Δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Σχιζοφρένειας, Διπολικής Διαταραχής ή Καταθλιπτικής Διαταραχής με Ψυχωτικά Στοιχεία, Άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής, ή Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος και δεν οφείλεται στις φυσιολογικές δράσεις άλλης σωματικής κατάστασης.

Οι πάσχοντες συνήθως μοιάζουν πολύ αφηρημένοι, ψυχροί, απόμακροι, χωρίς έκδηλη συναισθηματικότητα, και σπανίως ανταποκρίνονται στις εκδηλώσεις τρίτων με χαμόγελο ή κάποια θερμή χειρονομία. Δυσκολεύονται να εκφράσουν θυμό, ακόμα και όταν κάτι τέτοιο είναι δικαιολογημένο – για παράδειγμα, όταν προκαλούνται από άλλους. Μοιάζουν αδιάφοροι όσον αφορά στη θετική ή αρνητική κριτική τρίτων προς τους ίδιους. Συχνά δείχνουν να μην καταλαβαίνουν τα κοινωνικά μηνύματα των άλλων και δεν ανταποκρίνονται, με αποτέλεσμα να φαίνονται κοινωνικά αδέξιοι. Άτομα με τη διαταραχή ισχυρίζονται ότι αδυνατούν να βιώσουν θετικά συναισθήματα, όπως χαρά, ευτυχία, ενθουσιασμό. Ωστόσο, σε σπάνιες περιπτώσεις, όταν βρίσκονται σε περιβάλλοντα που αισθάνονται πιο άνετα, ομολογούν ότι υποφέρουν από επώδυνα συναισθήματα, ειδικά σε σχέση με κοινωνικές επαφές (PDM Task Force, 2006).

Τα άτομα αυτά προτιμούν μοναχικές, μηχανιστικές δραστηριότητες – για παράδειγμα, μαθηματικά παιχνίδια ή παιχνίδια στον υπολογιστή. Αντλούν περιορισμένη ευχαρίστηση από αισθησιακές, σωματικές ή διαπροσωπικές εμπειρίες, όπως μια βόλτα στην παραλία ή μια σεξουαλική συνεύρεση. Οι σεξουαλικές επαφές τείνουν να τους ενδιαφέρουν λίγο ή καθόλου. Σε μια μελέτη, άνδρες με αυτή τη διαταραχή βρέθηκε ότι έκαναν προβληματική χρήση του διαδικτύου (Laconi, Andréoletti, Chauchard, Rodgers & Chabrol, 2016). Σημειώνεται ότι ορισμένες ομάδες ατόμων που δεν πάσχουν από τη διαταραχή μπορεί να εμφανίσουν «συναισθηματικό μούδιασμα» με κοινωνική απόσυρση, περιορισμένο συναίσθημα και ελλείμματα επικοινωνίας. Αυτά όμως αποτελούν προσπάθεια αντιμετώπισης κοινωνικών αλλαγών, όπως μπορεί να συμβεί σε άτομα που μεταναστεύουν ή ακόμη και σε άτομα που μετακομίζουν από την επαρχία στην πόλη. Οι αντιδράσεις των ομάδων αυτών μοιάζουν επίσης με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά της παρανοειδούς διαταραχής και, συνεπώς, μπορεί να παρερμηνευθούν (APA, 2013).

Κατά τα άλλα, οι πάσχοντες δεν εκδηλώνουν περίεργη συμπεριφορά, περίεργο τρόπο ομιλίας, σκέψης ή αντίληψης. Υπό στρεσογόνες συνθήκες μπορεί να εκδηλώσουν ψυχωτικά συμπτώματα, τα οποία είναι όμως παροδικά και διαρκούν από δευτερόλεπτα έως και μερικές ώρες. Σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα προηγούνται της ψυχικής αποδιοργάνωσης (Bolinskey et al., 2015· Horwood & Thomas, 2012). Μια πρόσφατη μελέτη υποδεικνύει ότι οι διαπροσωπικές δυσκολίες και τα χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοκτονική συμπεριφορά (Levi-Belz, Gvion, Levi & Apter, 2019).

Συνήθως ψάχνουν για επαγγελματικές δραστηριότητες που δεν απαιτούν προσωπική επαφή με άλλους (π.χ. προγραμματιστής υπολογιστών), και μπορεί μάλιστα να είναι επαγγελματικά πετυχημένοι σε τέτοιες περιπτώσεις. Μοιάζουν με τα αυτιστικά άτομα όσον αφορά στην κοινωνική απο-

μόνωση και τη μοναχική συμπεριφορά, καθώς και την έλλειψη ευαισθησίας προς τους άλλους. Έχει σημειωθεί σημαντική επικάλυψη στην εμφάνιση διαταραχής στο φάσμα του αυτισμού και της σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας (Hallerbäck, Lugnegård & Gillberg, 2012· Hummelen, Pedersen, Wilberg & Karterud, 2014· Coolidge, Marle, Rhoades, Monaghan & Segal, 2013). Το εύρημα αυτό οδηγεί στην άποψη ότι η βιολογική δυσλειτουργία που υπάρχει και στις δύο διαταραχές, σε συνδυασμό με πρώιμες εμπειρίες ή δυσκολίες με σημαντικά πρόσωπα, δημιουργούν επίσης κοινωνικά ελλείμματα που ορίζουν τη σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας (Horwood & Thomas, 2012).

Προάγγελοι της διαταραχής κατά τη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας είναι η κοινωνική απομόνωση, οι προβληματικές σχέσεις με συνομηλίκους και η χαμηλότερη σχολική απόδοση απ' ό,τι αναμένεται βάσει ικανοτήτων, χαρακτηριστικά που συχνά δημιουργούν την εντύπωση ότι οι πάσχοντες είναι «περίεργοι» και προκαλούν τα κοροϊδευτικά σχόλια των συνομηλίκων (APA, 2013· Caspi, 1998). Σε μια πρόσφατη μελέτη κρατουμένων στην Ελλάδα βρέθηκε ότι τα βίαια εγκλήματα και οι φόνοι διαπράχθηκαν από άτομα με σχιζοειδή διαταραχή και σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας σε σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με όλες τις άλλες διαταραχές της προσωπικότητας, περιλαμβανομένης και της αντικοινωνικής (Apostolopoulos et al., 2018).

Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι 0,8-1,7%, με μεγαλύτερη συχνότητα σε άνδρες (Torgersen, 2012· Trull et al., 2010). Η παραμέληση και η κακοποίηση στην παιδική ηλικία αναφέρονται αναδρομικά (Lobbestael, Arntz & Bernstein, 2010· Carr, Keenleyside & Fitzhenry, 2015). Η διαταραχή εμφανίζεται σπανίως σε κλινικά πλαίσια (APA, 2013). Το ερευνητικό έργο σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής είναι περιορισμένο (Triebwasser et al., 2012).

### Κλινικό παράδειγμα

---

Ο Γιώργος, 35 ετών, είναι προγραμματιστής υπολογιστών και περνά τον περισσότερο χρόνο μόνος του. Έχει επιλέξει να δουλεύει τα βράδια σε μια πολυεθνική εταιρεία. Στον ελεύθερο χρόνο του πηγαίνει μόνος του στον κινηματογράφο ή ασχολείται με ηλεκτρονικά παιχνίδια στον υπολογιστή στο σπίτι του. Πολύ σπάνια δέχεται τη συντροφιά ενός ξαδέλφου, ο οποίος του ζητά επίμονα να συναντηθούν «για να τα πουν». Ο Γιώργος δεν φαίνεται να ενδιαφέρεται να αναπτύξει φιλίες ή κοινωνικές σχέσεις και δεν έχει βγει ποτέ ραντεβού. Μεγάλωσε σε μια επαρχιακή πόλη, όπου οι συνομηλικοί του έπαιζαν συνέχεια έξω στη γειτονιά, αλλά εκείνος προτιμούσε να διαβάζει ή να βλέπει τηλεόραση μόνος του. Οι γονείς του, όπως και ο ξαδελφός του, στενοχωριούνται πολύ για τη μοναχικότητα του Γιώργου, καθώς και για το ότι φαίνεται αδιάφορος –δεν εκδηλώνει ούτε χαρά ούτε λύπη– για τα περισσότερα πράγματα, συμπεριλαμβανομένου του γεγονότος ότι είναι συνεχώς μόνος του.

---

### 3. Σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας

Το άτομο με σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας διακρίνεται από διάχυτα κοινωνικά και διαπροσωπικά ελλείμματα, τα οποία εκδηλώνονται τόσο με την έντονη δυσφορία και τη μειωμένη ικανότητα για στενές σχέσεις με άλλους όσο και με διαταραχές της αντίληψης και της σκέψης και περίεργη κοινωνική συμπεριφορά (APA, 2013· Dickey et al., 2005). Ο λόγος του συνήθως είναι παράξενος, με ασυνήθιστη δομή και χρήση λεξιλογίου, χαλαρότητα συνειρμών, ασάφεια, υπερβολικά αφηρημένες ή υπερβολικά συγκεκριμένες αναφορές, καθώς και αφηγήσεις περιέργων φαντασιώσεων και εμπειριών (Chemerinski, Triebwasser, Roussos & Siever, 2013· Rosell, Futterman, McMaster & Siever, 2014). Συχνά εκδηλώνει «μαγική» σκέψη, δηλαδή ισχυρίζεται ότι μπορεί να προβλέψει το μέλλον, ή να διαβάσει τη σκέψη των άλλων, ή ότι κατέχει μαγικές ικανότητες που του επιτρέπουν να ελέγξει άμεσα ή έμμεσα τους άλλους (Garakani & Siever, 2015· Kwapil & Barrantes-Vidal, 2012). Για παράδειγμα, κάποιος ισχυρίζεται

ότι παίζεται ένα τραγούδι στο ραδιόφωνο επειδή ο ίδιος το σκέφθηκε μία ώρα πριν<sup>1</sup>. Έχει επίσης ιδέες αναφοράς, δηλαδή ότι οι άλλοι μιλούν για αυτόν στο μετρό, αν και μερικές φορές μπορεί να αναγνωρίσει ότι κάτι τέτοιο είναι μάλλον απίθανο (Rosell et al., 2014). Επειδή τα άτομα με σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας συχνά έχουν πεποιθήσεις θρησκευτικής ή πνευματικής θεματολογίας, η κλινική αξιολόγηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι διάφορες πολιτισμικές πεποιθήσεις ή πρακτικές μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη εφαρμογή της διάγνωσης (Bennett, Shepherd & Janca, 2013).

## Σχιζοτυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

- A. Ένα διάχυτο πρότυπο κοινωνικών και διαπροσωπικών ελλειμμάτων, το οποίο χαρακτηρίζεται από οξεία δυσφορία και μειωμένη ικανότητα για στενές σχέσεις, καθώς επίσης από γνωστικές και αντιληπτικές παραμορφώσεις και εκκεντρικότητες της συμπεριφοράς, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
1. Ιδέες συσχέτισης (αποκλειόμενων των παραληρητικών ιδεών συσχέτισης).
  2. Αλλόκοτες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και είναι ασύμβατες με τις σταθερές του υποπολιτισμικού προτύπου στο οποίο ανήκει το άτομο (π.χ. δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντική ικανότητα, τηλεπάθεια ή «έκτη αίσθηση»).
  3. Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένων σωματικών παραισθήσεων.
  4. Αλλόκοτη σκέψη και αλλόκοτος λόγος (π.χ. ασαφής, περιστασιακός, μεταφορικός, υπερεπεξεργασμένος, στερεότυπος).
  5. Καχυποψία ή παρανοειδής ιδεασμός.
  6. Απρόσφορο ή περισφιγμένο συναίσθημα.
  7. Συμπεριφορά ή εμφάνιση που είναι αλλόκοτη, εκκεντρική ή ιδιόρρυθμη.
  8. Έλλειψη στενών φίλων ή εμπιστων προσώπων πέρα από συγγενείς πρώτου βαθμού.
  9. Υπερβολικό κοινωνικό άγχος το οποίο δεν εξαλείφεται με την οικειότητα και τείνει να συνδέεται περισσότερο με παρανοειδείς φόβους παρά με αρνητικές κρίσεις για τον εαυτό.
- B. Δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Σχιζοφρένειας, Διπολικής Διαταραχής ή Καταθλιπτικής Διαταραχής με Ψυχωτικά Στοιχεία, Άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής, ή Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος.

Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι παρόμοια με εκείνα των σχιζοφρενών, αλλά στην περίπτωση της σχιζοτυπης διαταραχής έχουν μια πιο ήπια μορφή και δεν διακρίνονται από ρήξη με την πραγματικότητα, δηλαδή δεν θεωρούνται ψυχωτικά φαινόμενα. Παραδείγματος χάριν, το άτομο με σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας συχνά εμφανίζει ομιλία που χαρακτηρίζεται από μερική έλλειψη συνοχής, ενώ η ομιλία του σχιζοφρενούς είναι ασυνάρτητη σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό έως και εντελώς. Επίσης, ο πάσχων από τη διαταραχή αυτή μπορεί, για παράδειγμα, να νιώθει την παρουσία της νεκρής μητέρας του στο δωμάτιο που βρίσκεται ο ίδιος, ενώ ο σχιζοφρενής πιστεύει ότι η νεκρή μητέρα του είναι όντως μέσα στο δωμάτιο (Barch & Sheffield, 2017· Cochrane, Petch & Pickering, 2012). Αναφορές σε διαταραγμένη υποκειμενική αίσθηση του εαυτού είναι επίσης χαρακτηριστικές (Cicero, Gawęda & Nelson, 2020).

Οι πάσχοντες αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Βιώνουν άγχος και αμηχανία στις επαφές με άλλους και έχουν λίγους φίλους, με εξαίρεση κάποιον συγγενή πρώτου βαθμού. Είναι συναισθηματικά περιορισμένοι σε σημαντικό βαθμό και δυσκολεύονται να αντιληφθούν διαπροσωπικά μηνύματα τρίτων, με αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται συχνά με έναν απρόσφορο, άκα-

1. Λόγω των διαπολιτισμικών διαφορών σε σχέση με αυτά τα φαινόμενα –για παράδειγμα, το βουντού (voodoo) ή το «μάτι»– που αποτελούν αποδεκτές έννοιες σε ορισμένες κοινωνίες, είναι σημαντικό να γνωρίζει ο ειδικός τις παραδόσεις του πολιτισμικού πλαισίου του πάσχοντος.

μπο τρόπο. Θεωρούνται «παράξενοι» λόγω των ασυνήθιστων χειρονομιών, της έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων –λόγου χάρη, αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή– και της αποκλίνουσας εμφάνισης – για παράδειγμα, φορούν ρούχα που έχουν λεκέδες ή δεν είναι στο μέγεθος τους. Συχνά είναι καχύποπτοι, με παρανοϊκές σκέψεις. Παραδείγματος χάριν, μπορεί να σκέφτονται ότι οι γείτονες έχουν σκοπό να υποσκάψουν τη σχέση με τον/τη σύζυγο. Μολονότι μπορεί να διαμαρτύρονται για την έλλειψη προσωπικών σχέσεων, η συμπεριφορά τους υποδηλώνει μειωμένη επιθυμία για κοινωνική επαφή. Συχνά, άτομα με σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας έλκονται και προσεγγίζουν αποκλίνουσες, περιθωριακές ομάδες που ενστερνίζονται περίεργες ιδέες –για παράδειγμα, ομάδες ατόμων που πιστεύουν ότι έχουν επιβιώσει μετά από απαγωγή από εξωγήινους–, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνονται από όσους δεν συμμερίζονται τις ίδιες ιδέες. Μελέτες αποδεικνύουν ότι τα άτομα αυτά τείνουν να υποστηρίζουν θεωρίες συνωμοσίας (Barron et al., 2014· Georgiou et al., 2019).

Άτομα με αυτή τη διαταραχή συνήθως χαρακτηρίζονται από έλλειψη στόχων και αδράνεια. Επιλέγουν επαγγελματικές δραστηριότητες που είναι όσο το δυνατόν λιγότερο απαιτητικές, συχνά πολύ χαμηλότερου επιπέδου σε σχέση με τις ικανότητές τους. Ακόμη, προτιμούν δραστηριότητες που δεν απαιτούν επαφή με άλλους (Millon, 1990).

Τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανίζονται συχνά από την παιδική ηλικία, κατά τη διάρκεια της οποίας οι πάσχοντες ζουν απομονωμένοι, έχοντας προβληματικές κοινωνικές σχέσεις με συνομηλίκους, κοινωνικό άγχος, περίεργες σκέψεις και ασυνήθιστη χρήση της γλώσσας, καθώς και παράξενες φαντασίες. Γι' αυτούς τους λόγους, θεωρούνται «παράξενα ή περίεργα» παιδιά και αποτελούν αντικείμενο κοροϊδίας των συνομηλίκων (APA, 2013· Cohen & Crawford, 2005). Η διαταραχή σχετίζεται με έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες (Quidé, Cohen-Woods, O'Reilly, Carr, Elzinga & Green, 2018· Velikonja, Velthorst, McClure, Rutter et al., 2019).

Η σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών, σε αντίθεση με τις άλλες δύο διαταραχές της ομάδας Α (Esterberg et al., 2010). Το ενδιαφέρον αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι θεωρείται πρόδρομος της σχιζοφρένειας (McClure et al., 2010). Ιστορικά, ο όρος «σχιζοτυπία» αναφέρθηκε αρχικά στο θεμελιακό άρθρο του Paul Meehl (1962), *Σχιζοταξία, σχιζοτυπία, σχιζοφρένεια*, ως περιγραφή ανθρώπων με την προδιάθεση να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια, δηλαδή ενός φαινοτύπου προερχόμενου από γενότυπο της σχιζοφρένειας (Barlow et al., 2018· Chemerinski et al., 2012· Ettinger et al., 2014). Ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι η σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας είναι μια εξασθενημένη μορφή της σχιζοφρένειας (Lenzenweger, 2017). Η σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζεται συχνότερα σε συγγενείς σχιζοφρενών (Appels, Skitkoom, Vollema & Kahn, 2004· Jang, Woodward, Lang, Honer & Livesely, 2005· Kwapil & Barrantes-Vidal, 2012). Επιπλέον, η νευροψυχολογική σύγκριση πασχόντων με σχιζοφρένεια και ατόμων με σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας υποδεικνύει ότι, γενικά, τα γνωστικά ελλείμματα σε άτομα με σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας είναι ποιοτικά παρόμοια, αλλά ποσοτικά πιο ήπια απ' ό,τι σε άτομα με σχιζοφρένεια (Barch & Sheffield, 2017). Οι δύο διαταραχές φαίνεται να έχουν κοινή γενετική βάση καθώς και συγκεκριμένες εγκεφαλικές ανωμαλίες (Chemerinski et al., 2012· Ettinger et al., 2014· Kawasaki et al., 2004). Μια διαφορά είναι ότι ο προμετωπιαίος φλοιός δεν πλήττεται στην περίπτωση της σχιζοτυπης διαταραχής προσωπικότητας σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια, εύρημα που οδηγεί στην υπόθεση ότι η διάτρηση της προμετωπιαίας λειτουργίας στην περίπτωση της σχιζοτυπης διαταραχής προσωπικότητας προστατεύει τον πάσχοντα από τη γνωσιακή βλάβη, καθώς και τις οξείες ψυχωτικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια (Hazlett et al., 2014).

Άτομα με αυτή τη διαταραχή συχνά ζητούν βοήθεια για συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, παρά για συμπτώματα της ίδιας της διαταραχής. Η διαταραχή αυξάνει τις πιθανότητες για την εκδήλωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ακόμα και μετά από χρόνια (Skodol et al., 2011).

Η διαταραχή εμφανίζεται σε ένα ποσοστό περίπου 4,6% του γενικού πληθυσμού (APA, 2013). Μια πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι οι άνδρες που πάσχουν από τη διαταραχή εμφανίζουν προβλήματα σε περισσότερους τομείς και σε πιο σοβαρή μορφή απ' ό,τι οι γυναίκες (Trull et al., 2010).

## Κλινικό παράδειγμα

---

Ο κύριος Θεμιστοκλής, 45 ετών, μένει μόνος του σε μια υπόγεια γκαρσονιέρα στο κέντρο μιας αστικής πόλης. Από την παιδική του ηλικία οι άλλοι τον θεωρούσαν κάπως παράξενο. Κινούνταν με έναν ιδιόρρυθμο τρόπο και αποτελούσε αντικείμενο χλευασμού για τα άλλα παιδιά, ενώ σπανίως έπαιζε μαζί τους. Η επίδοσή του στο σχολείο ήταν κακή. Στην εφηβεία άρχισε να ενδιαφέρεται για τις ανατολικές θρησκείες και τις μεταφυσικές εμπειρίες – για παράδειγμα, τα αστρικά ταξίδια. Πίστευε ότι μπορεί να διαβάσει τις σκέψεις των άλλων και ότι νεκροί συγγενείς επικοινωνούσαν μαζί του, ειδικά η γιαγιά του (από τη μεριά της μητέρας του) η οποία είχε χρόνια σχιζοφρένεια. Από την αποφοίτησή του και μετά απασχολείται περιστασιακά βοηθώντας έναν θείο του που είναι θυρωρός, αν και έχουν δημιουργηθεί δυσκολίες με τους ενοίκους της πολυκατοικίας. Συχνά, ο κύριος Θεμιστοκλής πιστεύει ότι μιλούν εναντίον του όταν ο ίδιος δεν είναι παρών. Κάποια στιγμή ερωτεύτηκε μια νέα κοπέλα και της έστειλε μακροσκελή γράμματα όπου της εκμυστηρευόταν την αγάπη του, αλλά ο λόγος του ήταν συχυτικός με άσχετες αναφορές σε ανατολικές θρησκείες. Όταν η κοπέλα διαμαρτυρήθηκε στον θείο του, ο κύριος Θεμιστοκλής αποδέχθηκε την απόρριψη με το σκεπτικό ότι δεν τον ήθελε επειδή δεν είχε σταθερή δουλειά. Ο κύριος Θεμιστοκλής διατηρεί μια στοιχειώδη επαφή με τα αδέρφια του, μιλώντας μαζί τους στο τηλέφωνο τρεις τέσσερις φορές τον χρόνο, παρότι εκείνοι κάνουν μεγάλες προσπάθειες για μια πιο στενή σύνδεση.

---

## B. Ομάδα B

Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στην ομάδα αυτή χαρακτηρίζονται από δραματική, έντονα συναισθηματική ή ασταθή συμπεριφορά και σχετίζονται με δυσκολίες στη διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων. Εντούτοις, το κατά πόσον τελικά αυτές οι διαταραχές πρέπει να ομαδοποιούνται έχει αποτελέσει αντικείμενο διαμάχης, δεδομένου ότι υπάρχουν αρκετές και σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αφορά σε χαρακτηριστικά πέρα από την απλώς δραματική ή ασταθή συμπεριφορά που χαρακτηρίζουν τις άλλες διαταραχές.

### 4. Ιστριονική διαταραχή της προσωπικότητας

Το άτομο με ιστριονική διαταραχή της προσωπικότητας διακρίνεται από μια δραματική και υπερβολική επίδειξη συναισθημάτων. Πρόκειται ουσιαστικά για χειριστικές μορφές συμπεριφοράς οι οποίες επιδιώκουν να προκαλέσουν την προσοχή των άλλων και να προσελκύσουν τη φροντίδα τους (Ferguson & Negy, 2014· Blashfield, Reynolds & Stennett, 2012). Παραδείγματος χάριν, το άτομο με τη διαταραχή αυτή προσπαθεί να είναι το επίκεντρο της προσοχής σε κάποιο δείπνο, μιλώντας για το τελευταίο του «αστρικό» ταξίδι ή έχει «τάσεις λιποθυμίας» όταν βλέπει μικρά παιδιά να ζητιανεύουν στα φανάρια, λόγω της υποτιθέμενης έντονης στενοχωρίας και της ταραχής που νιώθει. Ο πάσχων αισθάνεται αμήχανα ή δυσάρεστα όταν δεν αποτελεί το επίκεντρο της προσοχής και μπορεί να προσφύγει σε δραματικές εκδηλώσεις προκειμένου να προκαλέσει την προσοχή των άλλων – για παράδειγμα, μπορεί να διηγηθεί φανταστικές ιστορίες ή να κάνει σκηνή (APA, 2013).

## Ιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

Διάχυτο πρότυπο υπερβολικής συγκινησιακής έκφρασης και επιδίωξης της προσοχής, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Αισθάνεται δυσάρεστα σε καταστάσεις στις οποίες δεν αποτελεί την εστία της προσοχής.
2. Η συναλλαγή με τους άλλους χαρακτηρίζεται συχνά από απρόσφορη, σεξουαλική αποπλανητική ή προκλητική συμπεριφορά.
3. Εκδηλώσεις ευμετάβλητης και ρηχής έκφρασης συγκινήσεων.
4. Συνεχής χρήση της φυσικής εμφάνισης για την προσέλκυση της προσοχής.
5. Διαθέτει τρόπο ομιλίας που είναι υπερβολικά εντυπωσιακός και στερείται λεπτομερειών.
6. Αυτοδραματοποίηση, θεατρινισμός και υπερτονισμένη έκφραση συγκινήσεων.
7. Υποβολιμότητα (δηλαδή επηρεάζεται εύκολα από τους άλλους ή τις περιστάσεις).
8. Θεωρεί τις σχέσεις πιο στενές από ό,τι είναι στην πραγματικότητα.

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι είναι πολύ ευαίσθητο, ενώ στους άλλους, μετά την πρώτη εντύπωση, φαίνεται επιπόλαιο και ανειλικρινές. Οι προσωπικές του σχέσεις είναι συνήθως ασταθείς και εύθραυστες. Αρχικά, στην πρώτη γνωριμία, φαίνεται ζεστό και συναισθηματικό, αλλά σύντομα γίνεται απαιτητικό προς τους άλλους. Παραδείγματος χάριν, «απαιτεί» από τους φίλους να σπεύσουν αμέσως, στις δύο ή τρεις ώρες το βράδυ, επειδή αισθάνεται άσχημα αφότου είδε μια θλιβερή ταινία στην τηλεόραση. Μπορεί ακόμη να φτάσει στο σημείο της απόπειρας αυτοκτονίας προκειμένου να προσελκύσει την προσοχή των άλλων – για παράδειγμα, επειδή το εγκατέλειψε ο/η σύντροφος. Γενικά, παίρνει από τους άλλους χωρίς να δίνει. Ο εγωισμός και η εγωκεντρικότητά του το εμποδίζουν να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σημαντική ερωτική ή συναισθηματική σχέση.

Το άτομο συχνά είναι σαγηνευτικό ή σεξουαλικά προκλητικό, όχι μόνο προς κάποιον που το ενδιαφέρει, αλλά σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και επαγγελματικών πλαισίων, συχνά με τρόπο που δεν αρμόζει στην περίπτωση. Λόγω της προκλητικότητάς τους, οι πάσχοντες έχουν δυσκολίες να δημιουργήσουν σχέσεις με άτομα του ίδιου φύλου, επειδή αυτή η προκλητικότητα αποτελεί απειλή για τις σχέσεις των φίλων τους. Έχουν έντονη ανάγκη για διέγερση, ενώ βαριούνται σύντομα την ίδια ρουτίνα και ψάχνουν για κάτι καινούργιο. Επιπλέον, δεν αντέχουν καταστάσεις που απαιτούν καθυστέρηση της ικανοποίησης και η συμπεριφορά τους συχνά έχει στόχο την άμεση ικανοποίηση. Στον επαγγελματικό χώρο, μπορεί να ξεκινούν μια δουλειά με ενθουσιασμό, αλλά το ενδιαφέρον τους σύντομα φθίνει. Στον διαπροσωπικό τομέα, μια σχέση τους μπορεί να παραμεληθεί ή να εγκαταλειφθεί με στόχο την αναζήτηση μιας καινούργιας. Χρησιμοποιούν την εμφάνισή τους για να εντυπωσιάσουν τους άλλους, επενδύοντας υπερβολικό χρόνο, ενέργεια και χρήματα στην ένδυση και την περιποίηση. Ο τρόπος ομιλίας των ατόμων αυτών συνήθως επιδιώκει τον εντυπωσιασμό, χωρίς εμβάθυνση σε λεπτομέρειες. Γενικώς, οι πάσχοντες είναι ισχυρογνώμονες και έχουν απόψεις στις οποίες εμμένουν με ασαφή τρόπο, χωρίς αναφορά σε γεγονότα και λεπτομέρειες. Για παράδειγμα, μπορεί να ισχυριστούν ότι κάποιος τρίτος είναι κακός άνθρωπος, χωρίς όμως να δίνουν συγκεκριμένα παραδείγματα για να υποστηρίξουν την άποψη αυτή. Οι πάσχοντες εύκολα υποβάλλονται και επηρεάζονται από άλλους, καθώς και από μόδες της εποχής. Οι γνώμες και οι πεποιθήσεις τους αλλάζουν πολύ εύκολα. Μπορεί να εμπιστεύονται με υπερβολική ευκολία, ειδικά άτομα σε θέση ισχύος, επειδή πιστεύουν ότι τα άτομα αυτά μπορούν να τους λύσουν τα προβλήματά τους με μαγικό τρόπο. Μια πρόσφατη έρευνα υποδεικνύει ότι τα άτομα αυτά είναι ευάλωτα στην εξαρτητική χρήση των social media (Ακσα, Bilgiç, Karagöz, Çikili, Koçak & Sharp, 2020).

Ο επιπολασμός είναι λίγο περισσότερο από 1% στον γενικό πληθυσμό και ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι μειώνεται (Blashfield et al., 2012· Torgersen, 2012). Οι πάσχοντες τείνουν να είναι χωρισμένοι παρά έγγαμοι (Disney, Weinstein & Oltmanns, 2012). Υπάρχουν σημαντικές διαφυλικές διαφορές όσον αφορά στη συχνότητα, με μεγαλύτερα ποσοστά γυναικών να δέχονται τη διάγνωση – τα δύο τρίτα

των πασχόντων είναι γυναίκες. Το υψηλό ποσοστό της διάγνωσης σε γυναίκες σε αντίθεση με τους άνδρες δημιουργεί ερωτήματα για τη φύση της διαταραχής και τα διαγνωστικά της κριτήρια (Boysen, Ebersole, Casner & Coston, 2014).

Μια μελέτη που διερεύνει τη σχέση μεταξύ της εξωτερικής εμφάνισης και της ιστριονικής διαταραχής της προσωπικότητας βρήκε ότι γυναίκες με αυτή τη διαταραχή θεωρούνται πιο ελκυστικές από άλλες γυναίκες. Επίσης, βρέθηκε ότι όσο πιο ελκυστική είναι μια πάσχουσα, τόσο καλύτερο το κοινωνικό της δίκτυο, αλλά τόσο χειρότερη η προσωπική της προσαρμογή (Bornstein, 1999).

Η ιστριονική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα με την οριακή, την αντικοινωνική, τη ναρκισσιστική και την εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας. Λόγω αυτής της συννοσηρότητας πολλοί ειδικοί έχουν προτείνει να διαγραφεί από το επόμενο DSM (Bakkenig & Karterud, 2010· Blagov & Westen, 2008· Bornstein & Malka, 2009).

Για τη συγκεκριμένη διαταραχή έχει διεξαχθεί λίγη συστηματική έρευνα, ενδεχομένως λόγω της δυσκολίας των ερευνητών να την ξεχωρίσουν από άλλες διαταραχές της προσωπικότητας, καθώς και επειδή πολλοί δεν πιστεύουν ότι συνιστά έγκυρη διάγνωση (Blashfield et al., 2012· Bornstein & Malka, 2009). Παρομοίως, το ερευνητικό έργο όσον αφορά στην αιτιολογία ή και την παρέμβαση είναι πολύ περιορισμένο και από τις υπάρχουσες μελέτες δεν φαίνεται κάποια παρέμβαση που να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής (Cloninger & Svrakic, 2009).

### Κλινικό παράδειγμα

---

Η κυρία Λορέτα, 35 ετών, προσήλθε σε ένα Κ.Ψ.Υ. ζητώντας βοήθεια επειδή ματαιώθηκε ο τρίτος της αρραβώνας. Είναι μια όμορφη κοπέλα με ιδιαίτερα προσεγμένη εμφάνιση και ζωντανό, δραματικό λόγο, αλλά οι αναφορές της χαρακτηρίζονται από ασάφεια. Για παράδειγμα, όταν ρωτήθηκε για τον λόγο της ματαίωσης, απάντησε: «Έτσι είναι οι άντρες – είναι τραγική η κατάσταση!». Μιλώντας για τη ζωή της, φάνηκε ότι σε όλες τις συναισθηματικές σχέσεις της αρχικά υπήρχε έντονο αμοιβαίο ενδιαφέρον, όμως σύντομα εκείνη άρχισε να βαριέται και να θέλει να βγαίνει με φίλες της σε μπαρ, όπου γνώριζε άλλους άντρες και φλέρταρε μαζί τους. Ο εκάστοτε αρραβωνιαστικός θύμωνε όταν διαπίστωνε τι συμβαίνει – για παράδειγμα, όταν άλλοι άντρες τηλεφωνούσαν στο σπίτι της και άφηναν ερωτικά μηνύματα στον τηλεφωνητή. Η Λορέτα έχει πολλούς γνωστούς, αλλά καμία στενή φίλη. Οι συνεργάτες της τη θεωρούν επιφανειακή, χωρίς γνήσιο ενδιαφέρον για τους άλλους. Όσον αφορά στη θεραπευτική συνεργασία, αν και ο θεραπευτής αρχικά αισθανόταν ότι ήταν γοητευτική και συμπαθής, σύντομα παρατήρησε ότι ο έντονα δραματικός τρόπος της στην πραγματικότητα είχε μια συναισθηματική ρηχότητα.

---

### 5. Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας

Η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας οφείλει την ονομασία της στον μύθο του «Νάρκισσου», ο οποίος ερωτεύτηκε το είδωλό του σε μια λίμνη. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ναρκισσιστικής διαταραχής της προσωπικότητας είναι μια αίσθηση μεγαλείου, μια ανάγκη για θαυμασμό και έλλειψη ενσυναίσθησης προς τους άλλους (Caligor, Levy & Yeomans, 2015· Pincus & Lukowitsky, 2010· Rhodewalt, 2012· MacDonald, 2014· Ronningstam, 2012). Η αίσθηση σπουδαιότητας ή μοναδικότητας του ατόμου για τον εαυτό του κυριαρχεί, αν και ενίοτε εναλλάσσεται με μια αίσθηση κατωτερότητας και μειονεξίας. Ο πάσχων αναφέρεται συνεχώς στις επιδόσεις και στα ταλέντα του, τα οποία συχνά μεγαλοποιεί, προσδοκώντας από τους άλλους την προσοχή και τον θαυμασμό. Απαιτεί την αναγνώριση ότι είναι ανώτερος, χωρίς αναγκαστικά να έχει επιτύχει τα ανάλογα επιτεύγματα. Ταυτόχρονα, όμως, η εύθραυστη αυτοεκτίμησή του τον οδηγεί να ασχολείται με το πώς τον βλέπουν οι άλλοι και να αντιδρά στην κριτική, είτε με οργή ή απόγνωση, είτε με επιδεικτική αδιαφορία (Wink, 1996).



## Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

Διάχυτο πρότυπο μεγαλείου (στη φαντασία ή στη συμπεριφορά), ανάγκης για θαυμασμό και έλλειψης ενσυναίσθησης, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Διαθέτει μεγαλειώδη αίσθηση σημαντικότητας του εαυτού (π.χ. μεγαλοποιεί τα επιτεύγματα και τα ταλέντα του, προσδοκά να αναγνωριστεί ως ανώτερος χωρίς ανάλογα επιτεύγματα).
2. Ενασχόληση με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, ευφυΐας, ομορφιάς ή ιδανικής αγάπης.
3. Πιστεύει ότι είναι εξαιρετικός και μοναδικός άνθρωπος και μπορεί να γίνει κατανοητός μόνο από, ή θα πρέπει να σχετιστεί με, άλλους εξαιρετικούς ή υψηλού επιπέδου ανθρώπους (ή οργανισμούς).
4. Απαιτεί υπερβολικό θαυμασμό.
5. Έχει αίσθηση κατοχής ιδιαίτερων δικαιωμάτων (δηλαδή αδικαιολόγητες προσδοκίες εξαιρετικά ευνοϊκής αντιμετώπισης ή αυτόματης συμμόρφωσης με τις προσδοκίες του).
6. Διαπροσωπική εκμετάλλευση (δηλαδή εκμεταλλεύεται τους άλλους για να πετύχει τους δικούς του σκοπούς).
7. Έλλειψη ενσυναίσθησης: είναι απρόθυμο να αναγνωρίσει ή να ταυτιστεί με τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων.
8. Είναι συχνά ζηλόφθονο με τους άλλους ή πιστεύει ότι οι άλλοι είναι ζηλόφθονοι μαζί του.
9. Έχει αλαζονικές, υπεροπτικές συμπεριφορές ή στάσεις.

Η σκέψη του πάσχοντος κυριαρχείται από φαντασιώσεις σχετικά με τον εαυτό του που έχουν να κάνουν με απεριόριστη προσωπική επιτυχία και δύναμη, ευφυΐα, ομορφιά και ιδανική αγάπη. Θεωρεί ότι κατέχει ιδιαίτερα δικαιώματα και απαιτεί εξαιρετικά ευνοϊκή αντιμετώπιση από τους άλλους, καθώς και την αυτόματη συμμόρφωσή τους στις προσδοκίες του. Παραδείγματος χάριν, ως αεροπορικός επιβάτης θεωρεί αυτονόητο ότι τόσο το προσωπικό όσο και οι συνεπιβάτες θα συμφωνήσουν να αλλάξει τη θέση του, εφόσον το επιθυμεί. Επίσης, πιστεύει ότι λόγω της εξαιρετικής και μοναδικής του φύσης οφείλει να σχετίζεται με άλλους εξαιρετικούς ανθρώπους, οι οποίοι είναι οι μόνοι που μπορούν να τον καταλάβουν. Επιμένει να έχει τον καλύτερο ειδικό –γιατρό, δικηγόρο, κομμωτή–, αλλά μπορεί να υποτιμήσει τα ίδια άτομα όταν τον απογοητεύουν (Γιαννουλάκη, 2021).

Ο φθόνος παίζει επίσης μείζονα ρόλο στην αντίληψη και τη σκέψη του πάσχοντος, καθώς και στη σχέση του με τους άλλους. Συχνά αισθάνεται ζηλία και φθόνο για τους άλλους και πιστεύει ότι και οι άλλοι έχουν παρόμοια συναισθήματα για τον ίδιο. Η συμπεριφορά του είναι συχνά αλαζονική και υπεροπτική. Επιπλέον, θεωρεί ότι οι επιτυχίες ή τα κεκτημένα των άλλων δεν τους αξίζουν, αλλά αξίζουν στον ίδιο. Οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να εκφράζονται υποτιμητικά για τα επιτεύγματα των άλλων, να είναι ανταγωνιστικοί ή και σκληροί με τους άλλους. Παραδείγματος χάριν, κάποιος που μόλις έμαθε ότι πέρασε στη σχολή της επιλογής του, αναφέρει επιδεικτικά τα νέα αυτά σε όσους γνωρίζει ότι δεν πέρασαν. Ακόμη, εκδηλώνει υπεροπτική, υποτιμητική στάση προς τους υφισταμένους του – για παράδειγμα, μπορεί να μιλήσει άσχημα σε έναν σερβιτόρο εάν θεωρήσει ότι δεν του φέρθηκε με τον απαιτούμενο σεβασμό, ή δεν του έδωσε το τραπέζι που ήθελε.

Η έντονη φιλοδοξία του μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά επιτεύγματα. Εντούτοις, η επίδοση του ατόμου μπορεί να διαταραχθεί λόγω της δυσκολίας του να δεχθεί την κριτική ή την αποτυχία. Ακόμη, η επαγγελματική του κατάσταση ενδέχεται να είναι κατώτερη από τις ικανότητές του, επειδή διστάζει να εμπλακεί σε ανταγωνιστικές καταστάσεις στις οποίες υπάρχει περίπτωση να αποτύχει.

Τα χαρακτηριστικά αυτά της ναρκισσιστικής προσωπικότητας δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο πάσχων είναι πολύ απαιτητικός από τους άλλους και αναμένει την αγάπη τους, τη συμπόνια και την ειδική μεταχείριση. Ο ίδιος όμως προσφέρει λίγα και δείχνει σημαντική έλλειψη ενσυναίσθησης προς τους άλλους. Παραδείγματος χάριν, εάν ένας φίλος του τηλεφωνήσει για να τον ενημερώσει πως ακυρώνει το πάρτι που σχεδίαζε γιατί είναι άρρωστος, ο πάσχων στενο-

χωριέται περισσότερο επειδή θα χάσει το πάρτι, παρά για την ασθένεια του φίλου του. Συνήθως «χρησιμοποιεί» τους άλλους και επιλέγει τους φίλους του με κριτήριο το κέρδος που μπορεί να έχει από αυτούς. Θεωρεί συχνά δεδομένο ότι οι άλλοι είναι πλήρως αφοσιωμένοι στις ανάγκες του ίδιου και πολλές φορές συζητά αυτά που τον απασχολούν με λεπτομερή, απρόσφορο τρόπο, αγνοώντας ότι και οι άλλοι έχουν συναισθήματα και ανάγκες. Συχνά γίνεται ανυπόμονος και υποτιμητικός όταν οι άλλοι μιλούν για τα δικά τους προβλήματα ή τις δικές τους σκέψεις. Η αντίληψη του ατόμου για τους φίλους του συνήθως είναι είτε εξιδανικευμένη είτε υποτιμητική, ανάλογα με τον βαθμό της προσοχής και του θαυμασμού που λαμβάνει από αυτούς.

Συνεπώς, είναι εύλογο ότι οι συναισθηματικές του σχέσεις είναι ασταθείς και παροδικές. Σύμφωνα με μια μελέτη, βασική προϋπόθεση για την επιλογή ερωτικού συντρόφου είναι ο θαυμασμός του άλλου, ο οποίος κρίνεται πολύ πιο σημαντικός από την αγάπη του (Campell, 1999). Πολύ συχνά η αποτυχία του στις συναισθηματικές του σχέσεις είναι το εκλυτικό αίτιο που τον οδηγεί σε κάποιον φορέα ψυχικής υγείας. Η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται περισσότερο σε άνδρες παρά σε γυναίκες.

Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν τη θεωρία των δύο ειδών ναρκισσισμού. Η μορφή του **ναρκισσισμού μεγαλείου** (grandiose narcissism), που αφορά στα κριτήρια του *DSM-5*, χαρακτηρίζεται από αίσθηση μεγαλείου, τάση κυριαρχίας και επιθετικότητα. Η **ευάλωτη** μορφή (vulnerable narcissism) δεν διαφαίνεται στα κριτήρια του *DSM-5* αλλά αφορά έναν υπότυπο της διαταραχής που έχει παρατηρηθεί εδώ και καιρό από κλινικούς και ερευνητές. Τα άτομα αυτά έχουν μια πολύ εύθραυστη και ασταθή αίσθηση αυτοεκτίμησης. Για τα εν λόγω άτομα η αλαζονεία και η υπεροψία αποτελούν τη «βιτρίνα» για την ελλοχεύουσα έντονη ντροπή και υπερευαίσθησία στην κριτική και απόρριψη των άλλων. Οι εύθραυστοι νάρκισσοι μπορεί να απορροφώνται από φαντασιώσεις σπουδαίων επιτευγμάτων, αλλά ταυτόχρονα νιώθουν βαθιά ντροπή για αυτές τις φιλοδοξίες (Cain et al., 2008· Miller et al., 2010· Pincus & Lukowitsky, 2010· Ronningstam, 2005, 2012). Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι δυσκολίες με τη ρύθμιση της αυτοεκτίμησης και του εσωτερικού ελέγχου πυροδοτούν μια δυσβάστακτη αίσθηση αποτυχίας και εγκλωβισμού που οδηγούν σε απόπειρες αυτοκτονίας (Ronningstam et al., 2018).

Η διαταραχή αυτή έχει προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον στους ψυχαναλυτικούς κύκλους τις τελευταίες δεκαετίες, διότι παρατηρείται συχνότερα από τις άλλες διαταραχές στα ψυχαναλυτικά κέντρα. Εξαιτίας του ενδιαφέροντος αυτού, προστέθηκε επισήμως στο *DSM-IV-TR* και στη συνέχεια στο *DSM-5*.

Η διαταραχή εμφανίζεται στο 7,7% των ανδρών και στο 4,8% των γυναικών (APA, 2013· Stinson et al., 2008).

Με την αυξανόμενη χρήση του διαδικτύου και των social media, πολλές έρευνες μελετούν τα άτομα που τείνουν να χρησιμοποιούν αυτά τα μέσα. Σύμφωνα με μια μελέτη, το υψηλό ποσοστό ναρκισσισμού σχετίζεται με αυξημένη χρήση του διαδικτύου γενικά (Mehdizadeh, 2010). Ακόμη, μια άλλη μελέτη υποδεικνύει ότι, στον φοιτητικό πληθυσμό, άτομα με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας χρησιμοποιούν το Twitter για κοινωνική δικτύωση, ενώ η χρήση του Facebook δεν σχετίζεται με τη διαταραχή (Davenport et al., 2014).

### Κλινικό παράδειγμα

Ο κύριος Αλέξανδρος, 55 ετών, διευθυντής μιας πολυεθνικής εταιρείας, απευθύνθηκε σε ειδικό κατόπιν έντονης παρότρυνσης της συζύγου του, η οποία, μετά από μακρόχρονη προσωπική θεραπεία, επέμενε ότι εκείνος πρέπει να κάνει σοβαρές αλλαγές προκειμένου να μείνει μαζί του. Είναι εμφανίσιμος και γοπευτικός και ο λόγος του υποδεικνύει ευφυΐα. Ο ίδιος ισχυρίζεται ότι η γυναίκα του έχει αλλάξει στη διάρκεια των χρόνων. Στα πρώτα χρόνια του γάμου τους ήταν απόλυτα αφοσιωμένη σε εκείνον και στις ανάγκες του, κάτι που διευκόλυνε την επαγγελματική του εξέλιξη, η οποία ήταν ραγδαία. Σταδιακά όμως η γυναίκα του διαμαρτυρόταν για τον εγωισμό του, για το ότι «τα πάντα πρέπει να περιστρέφονται γύρω από εκείνον, την άνεσή του, τις επιθυμίες του, εις βάρος όλων των άλλων». Αυτά του θυμίζουν παρόμοια παράπονα που ακούει εδώ και χρόνια από τους συνεργάτες του, αλλά

θεωρεί ότι αυτά οφείλονται στον φθόνο τους επειδή ο ίδιος είναι ιδιαίτερα επιτυχημένος σε όλους τους τομείς. Ο κύριος Αλέξανδρος θεωρεί τα παράπονα της γυναίκας του υπερβολικά, αλλά δεν θα ήθελε να χωρίσει, εν μέρει διότι ισχυρίζεται ότι την αγαπά, και εν μέρει επειδή θεωρεί ότι «έχει περάσει η μπογιά» του και δεν προκαλεί πια τον θαυμασμό των γυναικών όπως παλαιότερα. Εκτός από τα παράπονα της γυναίκας του δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα, αν και τελευταία αισθάνεται μια αίσθηση εσωτερικού κενού όταν δεν εργάζεται και αναρωτιέται πώς θα είναι τα πράγματα όταν βγει στη σύνταξη. Επίσης, ενώ οι ιατρικές του εξετάσεις δεν έχουν δείξει κάποιο παθολογικό εύρημα, εκείνος κατά καιρούς ερμηνεύει διάφορες σωματικές αισθήσεις ως ένδειξη κάποιας ασθένειας.

## 6. Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας

Το κύριο χαρακτηριστικό της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας είναι η χρόνια αδιαφορία για τις ανάγκες, τα συναισθήματα και τα δικαιώματα των άλλων, καθώς και η παραβίαση αυτών των δικαιωμάτων. Η συγκεκριμένη διαταραχή, που ξεκινά από την παιδική ή την εφηβική ηλικία και συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή, έχει προκαλέσει μεγάλο κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον λόγω της άμεσης επίπτωσης στο κοινωνικό περιβάλλον. Επίσης, επειδή συχνά εκδηλώνεται παραβατική ή και εγκληματική συμπεριφορά, θέτει το θέμα της σχέσης μεταξύ ψυχοπαθολογίας και εγκληματικότητας, θέμα που ενέχει νομικές και φιλοσοφικές πτυχές. Η διαταραχή απεικονίζεται σε πολλά κινηματογραφικά έργα, όπως *Good Will Hunting*, *The Talented Mr. Ripley*, *Silence of the Lambs* και *Monster* (Hesse, 2009).

### Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

- A. Υπάρχει ένα διάχυτο πρότυπο περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων, από την ηλικία των 15 ετών, όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
1. Αποτυχία να συμμορφωθεί με κοινωνικές σταθερές που αφορούν τη σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επανειλημμένα διενεργούμενες πράξεις, οι οποίες αποτελούν λόγο σύλληψης.
  2. Δολιότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση ψευδωνύμων, ή εξαπάτηση των άλλων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση.
  3. Παρορμητικότητα ή αποτυχία να προγραμματίσει για το μέλλον.
  4. Ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένους διαπληκτισμούς ή βιαιοπραγίες.
  5. Απερίσκεπτη αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού ή των άλλων.
  6. Σταθερή ανευθυνότητα, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενη αποτυχία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να ανταποκριθεί σε οικονομικές υποχρεώσεις.
  7. Έλλειψη μεταμέλειας, όπως φαίνεται από το ότι αντιμετωπίζει με αδιαφορία ή εκλογικεύει το γεγονός ότι έχει βλάψει, κακομεταχειριστεί ή κλέψει άλλους.
- B. Το άτομο είναι τουλάχιστον 18 ετών.
- Γ. Υπάρχει η απόδειξη ύπαρξης της Διαταραχής της Διαγωγής με έναρξη πριν από την ηλικία των 18 ετών.
- Δ. Η αντικοινωνική συμπεριφορά δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας Σχιζοφρένειας ή Διπολικής Διαταραχής.

Οι πρώτες αναφορές σε άτομα με αντικοινωνικές τάσεις εντοπίζονται σε αρχαία πέτρινα κείμενα στη Μεσοποταμία περίπου το 670 π.Χ. (Abdul-Hamid & Stein, 2012). Έκτοτε η διαταραχή έχει λαβει διάφορες ονομασίες. Ο Philippe Pinel έκανε λόγο για τη διαταραχή «*manie sans délire*» (μανία χωρίς ντελίριο) για να περιγράψει άτομα με ασυνήθιστες αντιδράσεις και παρορμητικές κρίσεις οργής, αλλά χωρίς γνωσιακά ελλείμματα. Παρομοίως, το 1835, ο Άγγλος ψυχίατρος J.C. Prichard αναφέρθηκε σε μια κατάσταση που την ονόμασε «*ηθική τρέλα*» (Moral insanity), επειδή οι ηθικές αρχές του ψυχονομικού συστήματος κάποιων ανθρώπων χαρακτηρίζονταν από διαστροφικότητα, ενώ απουσίαζαν άλλα

χαρακτηριστικά ψυχιατρικών ασθενών (Charland, 2010· Patrick & Drislane, 2015). Ο Koch (1891), όπως αναφέρουν οι Millon, Simonsen και Birket-Smith (1998), θεωρώντας ότι η διαταραχή προέρχεται από βιολογική ανωμαλία που δημιουργεί ανωμαλίες προσωπικότητας, όπως ο ακραίος εγωισμός, πρότεινε τον όρο «ψυχοπαθητική κατωτερότητα». Η διαταραχή απασχόλησε και τους κοινωνιολόγους στις αρχές του 20ού αιώνα, οι οποίοι θεώρησαν ότι οι κοινωνικές συνθήκες παίζουν σημαντικό ρόλο σε σχέση με τη διαταραχή. Ο Partridge (1930) θεώρησε ότι οι πάσχοντες εκδήλωναν μια «κοινωνική» διαταραχή που αντανάκλασε μια «αντικοινωνική» αντίληψη για τη ζωή και ως εκ τούτου πρότεινε τον όρο «κοινωνιοπαθητικός» (sociopath) ως αντικατάσταση του όρου «ψυχοπαθητικός» (Birnbaum, 1914· Dozois, 2019). Με αυτόν τον τρόπο, η αντικοινωνική, εγκληματική συμπεριφορά ενσωματώθηκε στον τομέα της ψυχοπαθολογίας<sup>2</sup> (Preu, 1944). Το 1952, η πρώτη έκδοση του *DSM* αναφερόταν στη «διαταραχή κοινωνιοπαθητικής προσωπικότητας, αντικοινωνική αντίδραση» («sociopathic personality disturbance, antisocial reaction»).

Η σύγχρονη σκέψη για την ψυχοπαθητικότητα βασίζεται στο έργο του Hervey Cleckley, ο οποίος είναι από τους πιο διάσημους ψυχολόγους που έχει συνεισφέρει στη θεματική. Ο Cleckley (1976), στο θεμελιακό βιβλίο του *The mask of sanity*, ορίζει 16 βασικά χαρακτηριστικά που συχνά αναφέρονται και ως «κριτήρια Cleckley». Μεταγενέστεροι ερευνητές που συνέχισαν το έργο του Cleckley θεωρούν ότι τα χαρακτηριστικά μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις ενότητες: (1) έναν διαπροσωπικό παράγοντα που περιλαμβάνει την επιπολαιότητα, την αίσθηση μεγαλείου και τη δολιότητα, (2) έναν θυμικό παράγοντα που αποτελείται από έλλειψη ενοχής, ενσυναίσθησης και την ανικανότητα ανάληψης ευθύνης για κακή συμπεριφορά, (3) έναν τρόπο ζωής που χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα και έλλειψη στόχων, και (4) έναν αντικοινωνικό παράγοντα που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς, καθώς και αντικοινωνική συμπεριφορά (Mokros et al., 2015· Neumann & Hare, 2008). Επίσης, οι Hare και συνεργάτες, βάσει του έργου του Cleckley, δημιούργησαν ένα μέσο αξιολόγησης με 20 ερωτήσεις. Έξι από τα κριτήρια που περιλαμβάνονται στο Revised Psychopathy Checklist (Αναθεωρημένο Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθητικότητας) είναι τα εξής: (1) επιφανειακή γοητεία, ανειλικρινής πολυλογία, (2) αίσθηση μεγαλείου, (3) παθολογικό ψέμα, (4) ξεγέλασμα, χειριστικότητα, (5) έλλειψη μεταμέλειας και ενοχής, και (6) σκληρότητα, έλλειψη ενσυναίσθησης (Hare et al., 2012: 480).

Μια βασική ερώτηση που συχνά τίθεται είναι το κατά πόσον η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και η ψυχοπαθητικότητα είναι ταυτόσημες (Douglas et al., 2015· Wall, Wygant & Sellbom, 2015· Werner, Few & Buckholtz, 2015· Anderson, Sellbom, Wygant, Salekin & Krueger, 2014· Venables, Hall & Patrick, 2014). Αν και υπάρχουν ομοιότητες στα δύο σύνδρομα, υπάρχουν και διαφορές. Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, όπως ορίζεται στο *DSM-5*, βασίζεται σε κριτήρια της συμπεριφοράς (π.χ. έλλειψη ειλικρίνειας, τάση για ξυλοδαρμούς), ενώ η έννοια της ψυχοπαθητικότητας δίνει έμφαση σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η επιφανειακή γοητεία, η χειριστικότητα, καθώς και σε συναισθηματικά ελλείμματα, όπως η έλλειψη ενσυναίσθησης (Hookey et al., 2017). Τα θέματα αυτά αποτέλεσαν επίσης πεδίο επιστημονικών συγκρούσεων για τη συντακτική επιτροπή του *DSM-5*. Ορισμένα μέλη επέμεναν να διευρυνθούν τα κριτήρια για να περιλαμβάνονται και κριτήρια της ψυχοπαθητικότητας. Ένα επιχείρημά τους ήταν ότι σημαντικός αριθμός κλινικών τα χρησιμοποιούσαν και ένα δεύτερο επιχείρημα ότι τα κριτήρια προβλέπουν την εγκληματική συμπεριφορά, καθώς και την υποτροπή σε μεγαλύτερο βαθμό από τα κριτήρια της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας (Douglas et al., 2006· Gretton et al., 2004· Hare et al., 2012· Leistico et al., 2008). Εντούτοις, αναγνωρίζοντας ότι η ταυτοποίηση των ψυχοπαθητικών πασχόντων έχει σημαντικές επιπτώσεις όσον αφορά στην πρόβλεψη της μελλοντικής εγκληματικής συμπεριφοράς, άλλα μέλη της επιτροπής επισήμαναν ότι κάποιες έρευνες βρίσκουν ότι η ψυχοπαθητικότητα είναι λιγότερο αξιόπιστη όσον αφορά στην πρόβλεψη της εγκληματικότητας (Colins, Andershed & Pardini, 2015· Vitacco, Neumann & Pardini,

2. Σημαντικά ήταν επίσης η συνεισφορά του Piaget στο θεμελιακό έργο του *The moral judgment of the child* (Piaget, 1932), που αναφέρεται σε δύο είδη ηθικής τα οποία εμφανίζονται διαδοχικά. Το πρώτο είναι η ετερονομική ηθική, η ηθική της συγκράτησης, και χαρακτηρίζεται από έναν εγωκεντρισμό και μια απολυτότητα, ενώ η παραβίαση αντιμετωπίζεται με τιμωρία. Το δεύτερο, πιο ώριμο στάδιο χαρακτηρίζεται από αμοιβαιότητα και ευκαμψία.

2014). Τελικά, η προτεινόμενη αλλαγή δεν έγινε, αλλά μια εναλλακτική προσέγγιση στη διαταραχή που δίνει έμφαση σε ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας προστέθηκε σε παράρτημα του εγχειριδίου για περαιτέρω μελλοντική μελέτη.

Σύμφωνα με το *DSM-5*, η διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής αφορά σε άτομα άνω των 18 ετών, τα οποία όμως έχουν εκδηλώσει χαρακτηριστικά της **διαταραχής διαγωγής** πριν από τα 15 τους χρόνια<sup>3</sup>. Ακόμη, τα άτομα αυτά μετά την ηλικία των 15 ετών εμπλέκονται σε παράνομες ή κοινωνικά αποδοκιμαστές δραστηριότητες, όπως κλοπές, χρήση ουσιών, βανδαλισμούς και μυθοπλασία. Επίσης, μπορεί να συμμετέχουν σε εγκληματικές πράξεις, όπως φόνους, πορνεία και διακίνηση ναρκωτικών. Τα άτομα συμπεριφέρονται με δόλο και είναι χειριστικά προς τους άλλους, λέγοντας ψέματα, χρησιμοποιώντας ψευδώνυμα ή εξαπατώντας τους άλλους για προσωπικό όφελος ή ευχαρίστηση. Συνήθεις στόχοι είναι το χρήμα, η σεξουαλική συνεύρεση ή η ισχύς.

Αυτές οι συμπεριφορές αποτελούν λόγο σύλληψης και πολύ συχνά τα άτομα αυτά περνούν μεγάλες χρονικές περιόδους στη φυλακή (APA, 2013· Seto et al., 1997). Ως εκ τούτου, η διαταραχή αποτελεί σημαντικό βάρος για το σωφρονιστικό σύστημα και την κοινωνία γενικότερα (Black, 2013· Glenn et al., 2013· Lykken, 2018· Yu et al., 2012). Εντούτοις, η σχέση μεταξύ εγκληματικότητας και αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας είναι σύνθετη. Σύμφωνα με το σύγχρονο ερευνητικό έργο, τα ποσοστά ατόμων σε φυλακές με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας δεν είναι πολύ μεγαλύτερα από άτομα που διέπραξαν εγκλήματα αλλά δεν συνελήφθησαν ποτέ. Επιπλέον, φαίνεται ότι για τους κρατούμενους οι εξωτερικές συνθήκες είχαν αιτιολογικό ρόλο στη φυλάκισή τους περισσότερο απ' ό,τι είχαν παράγοντες της προσωπικότητάς τους (Schnittker, Larimore & Lee, 2020).

Η συμπεριφορά των πασχόντων με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι παρορμητική, χωρίς προγραμματισμό ή σκέψη για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει, τόσο για τον εαυτό όσο και για τους άλλους. Σπανίως προγραμματίζουν τις κινήσεις τους και αντιθέτως λειτουργούν με έναν άσκοπο τρόπο αναζητώντας συναρπαστικές εμπειρίες, χωρίς σκέψη για τους πιθανούς κινδύνους. Οι κινήσεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές σε σημαντικούς τομείς στη ζωή τους, όπως στις διαπροσωπικές σχέσεις, στα επαγγέλματα και στον τόπο κατοικίας. Επιπλέον, το άτομο αυτής της κατηγορίας είναι ριψοκίνδυνο και δεν υπολογίζει την ασφάλεια, ούτε του εαυτού του ούτε των άλλων. Παραδείγματος χάριν, μπορεί να οδηγήσει υπό την επήρεια ουσιών ή να τρέχει με υπερβολική ταχύτητα, να συμμετέχει σε επικίνδυνες σεξουαλικές συνευρέσεις –για παράδειγμα, με σύντροφο που πιθανώς είναι φορέας του AIDS– ή να παίρνει κάποια επικίνδυνη ουσία. Λέει ψέματα συχνά και με μεγάλη ευκολία, χωρίς καμιά ένδειξη ενοχής (APA, 2013).

Ο πάσχων συχνά είναι γοητευτικός και σαγηνευτικός και, συνεπώς, αρχικά πολύ ελκυστικός για τους άλλους. Μπορεί ακόμη να κατέχει ειδικές λεκτικές ικανότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί για να εντυπωσιάσει. Ασκεί τη γοητεία του για να εκμεταλλευτεί τρίτους, αποκομίζοντας προσωπικό όφελος, κάτι που κάνει με μεγάλη άνεση και αυτοπεποίθηση. Για παράδειγμα, μπορεί να συνάψει σχέση μέχρι να αποκτήσει χρήματα από τη/τον πλούσιο σύντροφό του και μετά να τη διακόψει. Η έλλειψη ενσυναίσθησης προς τους άλλους είναι χαρακτηριστική. Άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι σκληρά, υποτιμώντας τα συναισθήματα, τις ανάγκες και τον πόνο των άλλων. Οι πάσχοντες χαρακτηριστικά είναι αλαζονικοί, με μεγάλη ιδέα για τον εαυτό τους. Συχνά αδυνατούν να αντέξουν συναισθήματα ανίας και κάποιες φορές υποφέρουν από συναισθήματα δυσφορίας, έντασης και κατάθλιψης. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάχρηση ουσιών είναι πιο διαδεδομένη και χρόνια σε αυτά τα άτομα (Birtchnell, 1996· Hasin et al., 2011· Mirin & Weiss, 1991· Myers, Stewart & Brown, 1998).

Το άτομο χαρακτηρίζεται επίσης από ασταθή, ανεύθνη συμπεριφορά σε βασικούς τομείς της ζωής του, όπως στον επαγγελματικό χώρο, στις συναισθηματικές του σχέσεις, στον γονεϊκό του ρόλο ή στις

3. Η διαταραχή διαγωγής αφορά σε έναν επαναλαμβανόμενο και διαρκή τρόπο συμπεριφοράς όπου τα βασικά δικαιώματα των άλλων, καθώς και οι κοινωνικές αρχές ή νόμοι, παραβιάζονται. Η συμπεριφορά των παιδιών με διαταραχή διαγωγής περιλαμβάνει την επιθετικότητα προς ανθρώπους και ζώα, καταστροφή ξένης περιουσίας, μυθοπλασία, κλοπή ή σοβαρή παραβίαση κανόνων (APA, 2013).

οικονομικές του υποχρεώσεις. Συχνά εγκαταλείπει τη δουλειά του, χωρίς ρεαλιστικό προγραμματισμό για την αντικατάστασή της, και μπορεί να μείνει για μεγάλες χρονικές περιόδους άνεργο, παρότι υπάρχουν επαγγελματικές ευκαιρίες. Ο πάσχων μπορεί να οδηγηθεί σε πτώχευση ή να καταλήξει ακόμη και άστεγος. Η ανευθυνότητά του εκδηλώνεται με την παράλειψη πληρωμής των οφειλών του ή και τη μη εκπλήρωση των οικονομικών του υποχρεώσεων προς τα μέλη της οικογένειάς του. Μπορεί εύκολα να εγκαταλείψει τον/τη σύντροφο ή και την οικογένειά του, χωρίς καμία αίσθηση ευθύνης ή ενοχής. Χαρακτηριστική επίσης είναι η παραμέληση των παιδιών του, ακόμη και σε σημείο που να τα θέτει σε κίνδυνο (Birtchnell, 1996). Μια πρόσφατη μελέτη υποδεικνύει ότι άτομα με αντικοινωνική προσωπικότητα τείνουν να μην τηρούν ενδεδειγμένα υγειονομικά μέτρα σχετικά με τον κορονοϊό COVID-19 (O'Connell, Berluti, Rhoads & Marsh, 2021).

Ο πάσχων είναι ευέξαπτος και επιθετικός με τους άλλους και εύκολα εμπλέκεται σε καβγάδες και ξυλοδαρμούς. Πολλές φορές κακοποιεί τον/τη σύζυγο και τα παιδιά του. Επίσης, δείχνει χρόνια έλλειψη μεταμέλειας, δηλαδή είναι αδιάφορος ή εκλογικεύει πράξεις που έχουν βλάψει άλλους – για παράδειγμα, αν έχει κακοποιήσει ή κλέψει κάποιον (Black, 2013· Hare et al., 2012). Μπορεί ακόμη και να κατηγορεί τα θύματά του, ισχυριζόμενος ότι φταίνε εκείνα για ό,τι τους συνέβη, ή να υποβαθμίζει το κακό που έκανε ο ίδιος. Γενικώς, δεν προσπαθεί να επανορθώσει για το κακό που έχει κάνει, ενώ συχνά υιοθετεί τη στάση ότι «ο καθένας είναι για τον εαυτό του» και ότι όλα είναι επιτρεπτά.

Ένα σύγχρονο ερευνητικό ερώτημα αφορά στο κατά πόσον υπάρχουν δύο είδη ατόμων με αντικοινωνική συμπεριφορά: οι «αποτελεσματικοί» και οι «μη αποτελεσματικοί». Ορισμένοι ειδικοί ισχυρίζονται ότι οι επιστημονικές εργασίες μέχρι στιγμής έχουν ασχοληθεί μόνο με άτομα που έχουν πρόβλημα με τη δικαιοσύνη, δηλαδή με «μη αποτελεσματικούς», ενώ υπάρχουν άλλοι που έχουν αποφύγει τη σύλληψη ή τη φυλάκιση (Ishikawa, Raine, Lenz et al., 2001· Lykken, 1995). Όπως αναφέρει ο Hare, ο οποίος πραγματεύεται το θέμα στο βιβλίο του *Snakes in suits*, πολλά άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι στελέχη επιχειρήσεων, παρά κρατούμενοι (Babiak et al., 2010· Babiak & Hare, 2006). Σε μια μελέτη με 203 στελέχη και εργαζόμενους σε διάφορες εταιρείες στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι τα ποσοστά της ψυχοπαθητικότητας είναι μεγαλύτερα (4%) απ' ό,τι σε κοινοτικά δείγματα (1%) (Babiak et al., 2010).

Συν τοις άλλοις, παρατηρείται ότι κάποιοι επιχειρηματίες, οι οποίοι εμπλέκονται σε οικονομικές απάτες, καθώς και οι ανήθικοι πολιτικοί αντιπροσωπεύουν τους «αποτελεσματικούς» αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας. Σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες, υπάρχουν ορισμένες σημαντικές διαφορές μεταξύ των «αποτελεσματικών» και των «αποτυχημένων» πασχόντων. Οι «αποτελεσματικοί» είναι πιο ευαίσθητοι όσον αφορά στις ριψοκίνδυνες καταστάσεις, αναγνωρίζουν τις αρνητικές ενδείξεις στο περιβάλλον –για παράδειγμα, κατανοούν τις εκφράσεις αποδοκιμασίας στο πρόσωπο των άλλων– και αντιδρούν θέτοντας σε συναγερμό όλες τις σωματικές τους δυνάμεις όταν αντιμετωπίζουν κίνδυνο (Newman, 1998). Αντιθέτως, οι «μη αποτελεσματικοί» αδυνατούν να αναγνωρίσουν τα προειδοποιητικά μηνύματα στο περιβάλλον και εμφανίζουν έλλειψη φόβου ακόμη και σε επικίνδυνες καταστάσεις (Herperts, Werth, Lukas et al., 2001· Schmitt & Newman, 1999). Βασικές νευροψυχολογικές έρευνες υποδεικνύουν ότι ανεπάρκειες στη λειτουργία της αμυγδαλής και η υπολειτουργία του λιμβικού συστήματος ενδεχομένως παίζουν σημαντικό αιτιολογικό ρόλο στα «μη αποτελεσματικά» άτομα με αντικοινωνική συμπεριφορά (Mitchell & Blair, 2000).

Οι προάγγελοι της διαταραχής στην ενήλικη ζωή διαφαίνονται ήδη από τον δεύτερο χρόνο ζωής. Σε μια μελέτη που εξετάστηκαν παιδιά 14-36 μηνών, συναισθηματικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες που σχετίζονται με την έλλειψη ενσυναίσθησης προέβλεψαν τη διαταραχή στα 23 τους χρόνια, σε αντίθεση με την έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς και την παρορμητικότητα (Rhee, Woodward, Corley, Du Pont et al., 2021). Άλλες μελέτες δείχνουν ότι παιδιά που χτυπούν, προσβάλλουν και απειλούν άλλα παιδιά είναι πολύ πιθανό να διατηρήσουν αυτές τις συμπεριφορές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτές οι συμπεριφορές γίνονται πιο σοβαρές με το πέρασμα του χρόνου και πολύ συχνά είναι προάγγελοι βίαιων επιθέσεων, καθώς και φόνων στην ενήλικη ζωή (Wright, Tibbetts & Daigle, 2015).

Ακόμη, οικογενειακοί παράγοντες συνεισφέρουν στην εκδήλωση της διαταραχής. Η εξαναγκαστική καταπίεση των γονέων (coercive family process) σε συνδυασμό με γενετικούς παράγοντες, οικογενειακή κατάθλιψη, προβληματική επίβλεψη των δραστηριοτήτων του παιδιού, και λιγότερη γονεϊκή συμμετοχή φαίνεται να σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με την έλλειψη συναισθηματικότητας και τη σκληρότητα του παιδιού, που σχετίζονται με την ψυχοπαθητικότητά του στη μετέπειτα ζωή του (Chronis et al., 2007· Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989). Μια πρόσφατη μελέτη υποδεικνύει ότι η παραμέληση, ειδικά η έλλειψη φροντίδας από τους γονείς, έχει τον μέγιστο προβλεπτικό ρόλο (Schorr et al., 2020). Επίσης, μια αναδρομική μελέτη αποδεικνύει ότι οι τραυματικές εμπειρίες προσωπικής προδοσίας σχετίζονται με τη διαταραχή (Yalch, Stewart & Dehart, 2020).

Οι πάσχοντες σπανίως θεωρούν ότι χρειάζονται βοήθεια. Για αυτόν τον λόγο, και επειδή μπορεί να είναι πολύ χειριστικοί ακόμα και με τους θεραπευτές τους, οι περισσότεροι κλινικοί ήταν μέχρι πρόσφατα πολύ απαισιόδοξοι ως προς την έκβαση της θεραπείας με άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Γενικώς, η πλειονότητα των θεραπειών συμφωνούν ότι η φυλάκιση αυτών των ατόμων είναι ο καλύτερος τρόπος για την αποτροπή μελλοντικών αντικοινωνικών πράξεων. Οι κλινικοί ενθαρρύνουν επίσης την ταυτοποίηση των παιδιών σε υψηλό κίνδυνο για την εκδήλωση της διαταραχής προκειμένου να ξεκινήσει η παρέμβαση προτού φτάσουν στην ενήλικη ζωή (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010· Thomas, 2009). Βάσει αυτών των ευρημάτων, ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι η παρέμβαση πρέπει να επικεντρώνεται περισσότερο στο να πειστούν οι πάσχοντες να χρησιμοποιούν τις ικανότητες και τα ταλέντα τους για να ικανοποιούν τις ανάγκες τους με πιο κοινωνικά αποδεκτό τρόπο (Hare et al., 2012). Εντούτοις, πρόσφατα διαφαίνεται μια πιο αισιόδοξη στάση όσον αφορά στη θεραπευτική παρέμβαση αυτών των ατόμων, όπως περιγράφεται παρακάτω στο παρόν κεφάλαιο (Gabbard, 2014). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Salekin και συνεργατών (2010) σημειώνει ότι 6 από τις 8 μελέτες υποδεικνύουν θετικά αποτελέσματα παρέμβασης με άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης, βάσει των θετικών ευρημάτων των Skeem και συνεργατών (2009), οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη και την αίσθηση ότι ο θεραπευτής νοιάζεται για τον πάσχοντα και ότι είναι δίκαιος, αλλά όχι αυταρχικός.

Το ερευνητικό έργο σχετικά με τις στρατηγικές πρόληψης έχει αυξηθεί δραματικά δεδομένου ότι η επιθετική συμπεριφορά των μικρών παιδιών είναι εντυπωσιακά σταθερή και μακροπρόθεσμη (Barlow, Durand & Hofman, 2018). Συνεπώς, η σπουδαιότητα της πρόληψης είναι προφανής. Προληπτικά προγράμματα που στοχεύουν στην αλλαγή αυτής της πορείας διεξάγονται σε σχολικά πλαίσια, δίνοντας έμφαση στην κοινωνική στήριξη για καλή συμπεριφορά, καθώς και στη μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων με στόχο τη βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των πασχόντων (Reddy, Newman, De Thomas & Chun, 2009).

Η διαταραχή εμφανίζεται στο 2-3% του πληθυσμού, με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες (Glenn et al., 2013). Σημαντικά ποσοστά κρατουμένων έχουν τη διαταραχή, δηλαδή 47% των ανδρών και 21% των γυναικών (Hare et al., 2012: 480). Η έκβαση είναι γενικά πολύ κακή και για τα δύο φύλα (Black, 2013· Colman et al., 2009). Η αντικοινωνική διαταραχή αρχικά αυξάνεται και με την πάροδο του χρόνου φθίνει. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, ο επιπολασμός της διαταραχής αυξάνεται μετά την εφηβεία, φτάνοντας στο μέγιστο ποσοστό του 3,91% στους νεότερους ενήλικες και μειώνεται στο 0,78% σε ενήλικες άνω των 65 ετών. Οι ενήλικες μεγάλης ηλικίας με τη διαταραχή είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με διαταραχή χρήσης ουσιών, μείζονα κατάθλιψη, μανία και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, καθώς και άλλες ιατρικές παθήσεις. Οι λόγοι που η αντικοινωνική συμπεριφορά συχνά φθίνει από τη μέση ηλικία και μετά παραμένουν άγνωστοι (Hare et al., 2012· Waller et al., 2015).

## Κλινικό παράδειγμα

Ο Λάκης, 32 ετών, παραπέμφθηκε για ψυχιατρική εκτίμηση από τις δικαστικές αρχές επειδή ισχυριζόταν ότι η ζωή του δεν έχει νόημα και θέλει να αυτοκτονήσει, μετά την τρίτη φορά που καταχράστηκε χρήματα. Υπήρχαν υποψίες ότι σε δύο άλλες περιπτώσεις είχε υποκινήσει γυναίκες στην εταιρεία του, με τις οποίες είχε ερωτικές σχέσεις, να κατακραστούν χρήματα για λογαριασμό του. Εμφανίσimos και γοπευτικός, ο Λάκης προσπάθησε αμέσως να εμπλέξει τον ψυχίατρο-εξεταστή σε μια συζήτηση σχετικά με την ψυχολογία. Είναι χωρισμένος δύο φορές και έχει δύο παιδιά από κάθε γάμο, τα οποία βλέπει πολύ σπάνια. Και οι δύο πρώην σύζυγοί του έχουν καταφύγει στη δικαιοσύνη προκειμένου να λάβουν διατροφή, διότι ο Λάκης συνεχώς υπόσχεται ότι θα ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του, αλλά συνεχώς «το ξεχνάει». Αναφέρει ότι η μία πρώην σύζυγός του πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια, αλλά εκείνος δείχνει αδιάφορος, τόσο για την κατάστασή της όσο και για τις δυσκολίες που αυτή η κατάσταση συνεπάγεται για τα παιδιά του. Μιλώντας για τη ζωή του, αποκαλύπτει ότι από την παιδική ηλικία διέπραττε μικροκλοπές, «γιατί είχε πλάκα, αλλιώς βαριόμουν». Στην εφηβεία, είχε συλληφθεί για κλοπή αυτοκινήτου, όταν έτρεχε στην εθνική οδό με υπερβολική ταχύτητα, και κατόπιν αυτού οι γονείς του τον έστειλαν στους παππούδες του στην επαρχία. Όταν όμως ανακαλύφθηκε ότι είχε αναμειχθεί σε διακίνηση ναρκωτικών, οι παππούδες του αρνήθηκαν να τον κρατήσουν και επέστρεψε στο σπίτι του. Με δυσκολία τελείωσε το λύκειο και, αφού άλλαξε πολλές δουλειές, μπήκε στην εταιρεία όπου εργάζεται σήμερα επειδή ανήκει σε μακρινό συγγενή της μητέρας του, ο οποίος ωστόσο δεν είναι διατεθειμένος να τον κρατήσει μετά από όσα συνέβησαν.

## 7. Οριακή (μεταιχμιακή) διαταραχή της προσωπικότητας

Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονου επιστημονικού ενδιαφέροντος εδώ και ενάμιση αιώνα, ενώ ο προσδιορισμός της υπέστη σημαντικές αλλαγές μέσα στον χρόνο. Αρχικά, από το 1880 έως το 1950, ο όρος είχε προταθεί για να περιγράψει φαινόμενα διαταραχών που βρίσκονται ανάμεσα στις ψυχώσεις και τις νευρώσεις. Αφορούσε σε πάσχοντες με ευάλωτη προσαρμογή και παλινδρομικές τάσεις, δηλαδή διαταραχές πιο συγγενείς στις ψυχώσεις (Stone, 1986· Χατζηανδρέου, 2006). Το θεμελιακό άρθρο του Knight (1953) θεωρείται βασικό σημείο στην εξέλιξη της έννοιας, καθώς διαφοροποιεί την οριακή διαταραχή από τις ψυχώσεις, προαναγγέλλοντας τον σύγχρονο ορισμό της οριακής διαταραχής. Στη διάρκεια της πεντηκονταετίας που ακολούθησε, η διαταραχή αυτή αποτέλεσε αντικείμενο εντονότατου κλινικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος, τόσο στον χώρο της ψυχανάλυσης όσο και σε αυτόν της ψυχιατρικής. Η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας) εμφανίστηκε στο *DSM-III* το 1980. Πρόκειται για τη διαταραχή προσωπικότητας που έχει ερευνηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη (Hooley, Butcher, Nock & Mineka, 2017).

### Οριακή (Μεταιχμιακή) Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

- A. Διάχυτο πρότυπο αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού, των συναισθημάτων και έκδηλης παρορμητικότητας, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
1. Απεγνωσμένες προσπάθειες αποφυγής της πραγματικής ή φαντασιωμένης εγκατάλειψης.
  2. Πρότυπο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από την εναλλαγή μεταξύ των άκρων της εξιδανίκευσης και της απαξίωσης.
  3. Διαταραχή της ταυτότητας: καταφανώς και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού.



4. Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο περιοχές, η οποία είναι εν δυνάμει αυτοβλαπτική (π.χ. έξοδα, σεξ, κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας).
5. Υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές, ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά.
6. Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έκδηλη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος που διαρκούν συνήθως λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες ημέρες).
7. Χρόνια αισθήματα ματαιότητας.
8. Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνές εκδηλώσεις οργής, συνεχής θυμός, επανειλημμένοι διαπληκτισμοί).
9. Παραδοικός, συνδεδεμένος με στρες παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά αποσυνδεδετικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με το *DSM-5*, ο οριακός ασθενής διακρίνεται από σημαντική αστάθεια των διαπροσωπικών του σχέσεων, της εικόνας του εαυτού, των συναισθημάτων του, καθώς και έντονη παρορμητικότητα, χαρακτηριστικά που αρχικά διαφαίνονται στην αρχή της ενήλικης ζωής (APA, 2013). Ο πάσχων φοβάται την πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη των άλλων και κάνει απεγνωσμένες προσπάθειες να την αποφύγει. Αδυνατεί να μείνει μόνος του και έχει συνεχώς έντονη ανάγκη από την παρουσία των άλλων. Ο πάσχων είναι εξαιρετικά ευαίσθητος σε αλλαγές στο περιβάλλον και ο ενδεχόμενος, οποιουδήποτε είδους, αποχωρισμός ή απόρριψη προκαλεί έντονες αλλαγές στην αυτοεικόνα, στη συναισθηματική και τη γνωστική λειτουργία, καθώς και στη συμπεριφορά του. Αντιδρά με τον ίδιο τρόπο στην πιθανή απώλεια μιας εξωτερικής δομής – για παράδειγμα, την απόλυση από τον στρατό ή την αποφοίτηση από μια σχολή. Εκδηλώνονται έντονοι φόβοι εγκατάλειψης και απρόσφορος θυμός όταν αντιμετωπίζει ακόμη και έναν αποχωρισμό περιορισμένης χρονικής διάρκειας, ή αναπόφευκτες αλλαγές στον προγραμματισμό – για παράδειγμα, την ακύρωση μιας συνάντησης με έναν φίλο ή την αργοπορία ενός σημαντικού ατόμου να συναντηθεί μαζί του (Hooley, Cole & Gironde, 2012). Ορισμένοι πάσχοντες ερμηνεύουν αυτή την εγκατάλειψη ως ένδειξη ότι οι ίδιοι είναι «κακοί» (APA, 2013· Krause-Utz et al., 2013· Lazarus et al., 2014· Santangelo et al., 2014· Schulze, Schmahl & Niedtfeld, 2016). Άτομα με τη συγκεκριμένη διαταραχή υποφέρουν σε σημαντικό βαθμό και ως εκ τούτου ζητούν τη βοήθεια ειδικών με μεγαλύτερη συχνότητα απ' ό,τι άτομα με αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης (Bender et al., 2014).

Ο πάσχων χαρακτηρίζεται επίσης από συναισθηματική αστάθεια, λόγω των διακυμάνσεων στη διάθεσή του (Baer et al., 2012) και για αυτό η σταθερή αστάθεια θεωρείται βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής (Hooley et al., 2012). Σπανίως αισθάνεται αρκετά ικανοποιημένος. Συνήθως, η διάθεσή του είναι δυσφορική και εναλλάσσεται με θυμό, απόγνωση, πανικό, συναισθήματα που συχνά αφορούν στην αντίδραση του ατόμου σε διαπροσωπικές δυσκολίες. Πολλές φορές αισθάνεται μια αίσθηση κενού, πλήττει εύκολα και αναζητά διαρκώς κάτι να το απασχολήσει.

Οι σχέσεις με τους άλλους χαρακτηρίζονται από συχνές εναλλαγές μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης, ενώ η αντίληψη για αυτούς τείνει να είναι μονοδιάστατη και ακραία. Ο κόσμος χωρίζεται στα δύο, στους «μόνο καλούς και τους μόνο κακούς», όμως η αντίληψη του οριακού συχνά αλλάζει ξαφνικά και ο «μόνο καλός» γίνεται «μόνο κακός», και αντίστροφα. Αρχικά μπορεί να εξιδανικεύσει κάποιον που του παρέχει φροντίδα ή έναν ερωτικό σύντροφο. Αρκετά σύντομα μετά την έναρξη της σχέσης, θέλει να μοιράζεται πολλές προσωπικές λεπτομέρειες της ζωής του με τον άλλον και να περνά πολύ χρόνο μαζί του. Ο ίδιος φροντίζει τους άλλους και έχει ενσυναίσθηση, αλλά με αφετηρία πάντα την προσδοκία ότι και ο άλλος θα ανταποκριθεί στις δικές του παρόμοιες ανάγκες. Σύντομα όμως απογοητεύεται, όταν αισθάνεται ότι ο άλλος δεν ενδιαφέρεται επαρκώς ή δεν παρέχει αρκετή φροντίδα, με αποτέλεσμα να τον υποτιμήσει. Η αμφιθυμία αυτή συσχετίζεται με την έντονη συναισθηματική του κατάσταση, η οποία κυριαρχείται από θυμό και θλίψη.

Το άτομο αυτό συχνά βιώνει έντονο, απρόσφορο θυμό, τον οποίο δυσκολεύεται να ελέγξει. Έχει συχνές εκδηλώσεις οργής και μπορεί να εμπλακεί σε καβγάδες ή ακόμα και ξυλοδαρμούς. Τα συναι-

σθήματα αυτά εμφανίζονται όταν ο πάσχων θεωρεί ότι ένα κοντινό άτομο δεν νοιάζεται γι' αυτόν, τον παραμελεί ή τον εγκαταλείπει (Berenson et al., 2011). Μετά από εκδηλώσεις θυμού, ο πάσχων χαρακτηριστικά αισθάνεται ντροπή και ενοχή, συναισθήματα που συμβάλλουν στην αίσθηση ότι είναι «κακός». Άλλες φορές αισθάνεται έντονη δυσφορία, η οποία μπορεί να τον οδηγήσει σε καταστροφικές συμπεριφορές, όπως απειλές ή και απόπειρες αυτοκτονίας (Gunderson, 1996· Trull et al., 2000).

Η διαταραχή της ταυτότητας αφορά σε μια ασταθή εικόνα ή αίσθηση του εαυτού, δηλαδή έντονες διακυμάνσεις σχετικά με την αυτοεικόνα του. Αρχές, στόχοι, στάσεις και επαγγελματικές προσδοκίες αλλάζουν ξαφνικά. Παρόμοιες αλλαγές μπορεί να εμφανιστούν σχετικά με το είδος των ατόμων που συναναστρέφεται κοινωνικά και, σπανιότερα, με τη σεξουαλική του ταυτότητα. Ο ίδιος μπορεί ξαφνικά να αλλάξει από ένα άτομο με έντονη εξάρτηση από κάποιον άλλον, σε μια προσωπικότητα που μάχεται δυναμικά για τα δικαιώματα των συνανθρώπων του. Η αυτοεικόνα του συχνά αφορά στην αίσθηση ότι είναι κακός, αλλά ορισμένες φορές, ειδικά όταν νιώθει έλλειψη φροντίδας και στήριξης, ο πάσχων μπορεί να αισθάνεται ότι η βασική αίσθηση της ύπαρξής του κλονίζεται, δηλαδή ότι «δεν υπάρχει καθόλου» (Gabbard, 2000).

Ο οριακός είναι συχνά παρορμητικός και εκδηλώνει δυνάμει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όπως κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, ανεξέλεγκτα έξοδα, σεξ χωρίς προφύλαξη, χαρτοπαιξία, επεισόδια υπερφαγίας, αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά –για παράδειγμα, κόβει ή καίει τον εαυτό του–, καθώς και απόπειρες αυτοκτονίας που είναι αρκετά συχνές (Gvirtz et al., 2012· Millon, 2011). Αυτές οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές συνήθως ακολουθούν μια απειλή αποχωρισμού, εγκατάλειψης ή την προσδοκία ότι θα αναλάβουν αυξημένες ευθύνες. Ο αυτοακρωτηριασμός μπορεί να επιφέρει ανακούφιση, διότι επιβεβαιώνει στον πάσχοντα ότι είναι σε θέση να αισθανθεί, ή εξιλεώνεται από την αίσθηση ότι είναι κακός. Ορισμένοι επίσης αναφέρουν ότι οι αυτοβλαπτικές συμπεριφορές προσφέρουν αίσθηση ανακούφισης από την εσωτερική ένταση (McKenzie & Gross, 2014· Nock, 2010).

Εντούτοις, συχνά, αυτές οι κινήσεις έχουν και έναν χειριστικό χαρακτήρα: οι πάσχοντες προσπαθούν με αυτές τις πράξεις να ελέγξουν τη συμπεριφορά των άλλων. Ένα 8-10% των ατόμων αυτών πεθαίνουν από απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ οι επαναλαμβανόμενες απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνά το εκλυτικό αίτιο που οδηγεί το άτομο στον ειδικό (Baus et al., 2014· Gunderson, 2011· Björkenstam, Björkenstam, Holm, Gerdin & Ekselius, 2015).

Υπό συνθήκες στρες, ο οριακός ασθενής μπορεί να εκδηλώσει ψυχωτικού τύπου συμπτώματα, όπως παρανοειδή ιδεασμό ή ψευδαισθήσεις, διαστρεβλώσεις στην εικόνα του σώματος και ιδέες αναφοράς ή συσχέτισης, καθώς και αποσυνδεδετικά συμπτώματα, τα οποία όμως είναι παροδικά και υποχωρούν όταν βελτιώνεται η στρεσογόνο κατάσταση. Πιο συχνά, αυτά αποτελούν αντίδραση σε μια πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη, ενώ η επιστροφή του σημαντικού ατόμου οδηγεί στην άρση των συμπτωμάτων.

Συχνά επίσης ο πάσχων έχει την τάση αυτοακύρωσης – για παράδειγμα, διακόπτει μια συναισθηματική σχέση που φαίνεται να προχωρά, ή διακόπτει τις σπουδές του λίγο πριν από την αποφοίτησή του. Προβλήματα όπως η διακοπή της εκπαίδευσης, η συνεχής απώλεια εργασίας και οι διαλυμένοι γάμοι χαρακτηρίζουν αυτά τα άτομα, όπως και τα σωματικά προβλήματα που προκύπτουν ως αποτέλεσμα απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοπροκαλούμενου τραυματισμού. Επιπλέον, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά χρήσης ουσιών στους άνδρες ασθενείς, ενώ οι γυναίκες με οριακή προσωπικότητα εκδηλώνουν διαταραχές της πρόσληψης τροφής. Σύμφωνα με μια μελέτη, οι οριακοί ασθενείς δέχονται περισσότερες μορφές ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης και χρησιμοποιούν περισσότερα αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωτικά φάρμακα σε σύγκριση με άλλες διαταραχές προσωπικότητας (Bender, Skodol, Dolan et al., 2001).

Η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παθολογίας. Από τη μία πλευρά υπάρχουν άνθρωποι που ανήκουν στην κατηγορία της οριακής προσωπικότητας και λειτουργούν στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή, έχουν δηλαδή μια σταθερή δουλειά, φίλους, συναισθηματικές σχέσεις, και παρουσιάζουν λιγότερα και πιο ήπια συμπτώματα. Από την άλλη, υπάρχουν οριακοί πάσχοντες που παρουσιάζουν περισσότερα και εντονότερα συμπτώματα. Παραδείγματος χάριν, δεν μπορούν να διατηρήσουν μια δουλειά, έχουν διαρκώς σοβαρά προβλήματα

με άλλους ανθρώπους στον χώρο εργασίας τους και στις προσωπικές τους σχέσεις, και εκδηλώνουν επιθετικές ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοακρωτηριασμούς και χρήση ουσιών. Συνεπώς, οι άνθρωποι που ανήκουν σε αυτή τη διαγνωστική κατηγορία, παρόλο που έχουν κοινά χαρακτηριστικά, συχνά διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, ως προς τον βαθμό της λειτουργικότητάς τους, την ένταση και το βάθος των προαναφερθέντων προβλημάτων που καθορίζουν τη διάγνωση.

Η πορεία των πασχόντων επίσης διαφέρει. Γενικά, η πορεία της διαταραχής βελτιώνεται με τον χρόνο (Bateman, 2012· Gunderson et al., 2011· Zanarini et al., 2012). Συνήθως εμφανίζεται μια χρόνια αστάθεια στην αρχή της ενήλικης ζωής, με επεισόδια σοβαρής συναισθηματικής δυσλειτουργίας, καθώς και προβλήματα αυτοελέγχου. Οι δυσμενείς επιδράσεις της διαταραχής και η επικινδυνότητα της αυτοκτονίας είναι πιο σοβαρές στην αρχή της ενήλικης ζωής και σταδιακά μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Μετά την ηλικία των 30, η πλειονότητα των πασχόντων έχει μεγαλύτερη σταθερότητα στην επαγγελματική λειτουργία και στις σχέσεις με τους άλλους, αν και ορισμένοι εξακολουθούν να έχουν δυσκολίες ακόμα και στην τρίτη ηλικία. Σημειώνεται ότι παρατηρείται σημαντική βελτίωση σε άτομα που δέχονται κάποια μορφή ψυχοθεραπείας (Gunderson, Stout et al., 2011· Zanarini et al., 2012). Χαρακτηριστικά, εννέα στους δέκα ασθενείς ήταν σε ύφεση δέκα χρόνια μετά τη στιγμή που ζήτησαν βοήθεια (Gunderson et al., 2011· Keuroghlian et al., 2015).

Οι παράγοντες επικινδυνότητας περιλαμβάνουν τη σωματική και τη σεξουαλική κακοποίηση, την παραμέληση, καθώς και την απώλεια ή και τον αποχωρισμό από τους γονείς κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Gunderson, Zanarini et al., 2011· Neacsiu & Linehan, 2014).

Η διάγνωση χαρακτηρίζεται από σημαντική συννοσηρότητα, τόσο με διαταραχές εσωτερίκευσης (π.χ. διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές) όσο και με διαταραχές εξωτερίκευσης (π.χ. διαταραχές χρήσης ουσιών) (Eaton et al., 2010). Σε μια σχετικά πρόσφατη μελέτη φάνηκε ότι η διαταραχή σχετίζεται περισσότερο με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη μανία, καθώς και με τη διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Tomko et al., 2014).

Η διαταραχή είναι από τις πιο συνηθισμένες διαταραχές προσωπικότητας σε κλινικά πλαίσια. Περίπου το 1,6-5,9% του κλινικού πληθυσμού εκδηλώνει τη διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013· Kernberg & Michels, 2009· Paris, 2010). Εμφανίζεται σε όλους τους πολιτισμούς, με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες, αν και δεν είναι σαφές εάν αυτή η διαφορά αντανακλά μια πραγματική διαφυλική διαφορά ή μια διαγνωστική προκάλυψη (Torgersen, 2012).

### Κλινικό παράδειγμα

Η Ντέπι, 32 ετών, ιδιωτική υπάλληλος, απευθύνθηκε σε ειδικό με συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονικό ιδεασμό. Ισχυρίζεται ότι αυτά τα συμπτώματα έγιναν ιδιαίτερα έντονα μετά τον χωρισμό με τον φίλο της, αν και υπήρχαν πολλές περιόδους στη ζωή της που υπέφερε με παρόμοιο τρόπο. Ο φίλος της διέλυσε τον δεσμό τους μετά από 4 μήνες λέγοντάς της ότι δεν αντέχει τις εντάσεις που δημιουργεί. Η ίδια τον παρακολουθούσε φοβούμενη ότι έβγαινε και με άλλες γυναίκες και επανειλημμένως είχε πάει στο σπίτι του και του έκανε σκηνές ζηλοτυπίας που περιλάμβαναν και σωματική βία, δηλαδή τον χτυπούσε και έσπαγε διάφορα αντικείμενα στο σπίτι του. Έπειτα, μετανιωμένη, του ζητούσε να τη συγχωρήσει και να επανασυνδεθούν. Κάποια άλλη φορά, όταν εκείνος προσπάθησε να διακόψει τη σχέση μαζί της, η Ντέπι πήρε όσα σκευάσματα αναλγητικών μπορούσε να βρει στο σπίτι μπροστά του, προκειμένου να τον πείσει να μην την αφήσει. Η Ντέπι λέει ότι φοβάται να μείνει μόνη της και το αποφεύγει με κάθε τρόπο. Τώρα έχει εγκατασταθεί στο σπίτι μιας φίλης της και σκέφτεται ότι δεν θα αντέξει να επιστρέψει στο σπίτι της αν δεν έχει σχέση. Έχει λίγες φίλες και σημειώνει ότι οι φίλοι της τείνουν να αλλάζουν συχνά, διότι ενώ αρχικά συμπαθεί κάποιον πολύ και πολύ γρήγορα γίνεται κολλητή μαζί του, πολύ σύντομα την απογοητεύει με κάποιον τρόπο. Στενοχωρημένη και θυμωμένη

διακόπτει τη σχέση, συνήθως μετά από καβγά. Σε τέτοιες στιγμές και όταν αισθάνεται μόνη, συχνά νιώθει την ανάγκη να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες φαγητού όπου, όπως λέει, «έτρωγα ό,τι μπορούσα», για παράδειγμα μια ολόκληρη τούρτα, τέσσερα σουβλάκια και μια οικογενειακή συσκευασία παγωτού. Η δουλειά της δεν την ικανοποιεί, δεν ξέρει τι θα ήθελε να κάνει επαγγελματικά και οι στόχοι της ζωής της είναι γενικότερα ασαφείς. Έχει πολλές απολύσεις στο ενεργητικό της, διότι τσακώνεται συχνά με συνεργάτες και προϊστάμενους. Έχει ακόμη διάφορα χρέη διότι κατά καιρούς έχει ξοδέψει μεγάλα ποσά σε ψώνια. Για παράδειγμα, την τελευταία φορά που τσακώθηκε με τον φίλο της πήγε και αγόρασε διάφορα κοσμήματα από το μεγαλύτερο κοσμηματοπωλείο της πόλης, τα οποία χρέωσε στην πιστωτική της κάρτα.

---

Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και η θεραπευτική αντιμετώπισή της αποτυπώνονται σε ένα ντοκιμαντέρ με τον τίτλο *Back from the Edge*, παραγωγής του New York Presbyterian Hospital της Νέας Υόρκης. Παρουσιάζει αφηγήσεις ζωής από ανθρώπους με τη διαταραχή, καθώς και συνεντεύξεις από ειδικούς, όπως η Marsha Linehan και ο Otto Kernberg, και είναι διαθέσιμο στο youtube ([www.youtube.com/watch?v=967Ckat7f98](http://www.youtube.com/watch?v=967Ckat7f98)). Επίσης, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζεται στην κινηματογραφική ταινία *Fatal Attraction* με την Glenn Close, όπως και στην ταινία *Girl Interrupted* με τη Winona Ryder.

## Γ. Ομάδα Γ

Η ομάδα περιλαμβάνει την αποφευκτική, εξαρτητική και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από άγχος και φόβο. Οι διαταραχές όμως διαφέρουν όσον αφορά στο αντικείμενο του άγχους, καθώς και τις συμπεριφορές που οι πάσχοντες επιλέγουν για να κατευνάσουν την ανησυχία τους.

### 8. Αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας

Το άτομο που εμφανίζει αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από χρόνια συναισθήματα ανεπάρκειας, υπερευαίσθησία όσον αφορά στην αρνητική αξιολόγηση άλλων σχετικά με το ίδιο, καθώς και σημαντική κοινωνική αναστολή. Αυτά τα χαρακτηριστικά εμφανίζονται σε ποικίλα περιβάλλοντα – για παράδειγμα, σε εκπαιδευτικά, επαγγελματικά ή κοινωνικά πλαίσια. Η διαταραχή εμφανίζεται στην αρχή της ενήλικης ζωής, αλλά η αποφευκτική συμπεριφορά συχνά έχει την αφετηρία της στη βρεφική ή την παιδική ηλικία, όταν το άτομο εμφανίζει ντροπαλότητα, απομόνωση, καθώς και φόβο καινούργιων καταστάσεων και ανθρώπων<sup>4</sup>. Τα χαρακτηριστικά αυτά εντείνονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, όταν οι κοινωνικές σχέσεις με άλλους γίνονται ιδιαίτερα σημαντικές. Η διαταραχή αυτή προέρχεται από το μοντέλο της προσωπικότητας του Millon (1981).

---

4. Ενώ η ντροπαλότητα είναι συνηθισμένο χαρακτηριστικό στα παιδιά και στους εφήβους, υπό φυσιολογικές συνθήκες μειώνεται σταδιακά σε σημαντικό βαθμό με την πάροδο του χρόνου.

## Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

Διάχυτο πρότυπο κοινωνικής αναστολής, συναισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην αρνητική αξιολόγηση, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης.
2. Είναι απρόθυμο να συσχετιστεί με ανθρώπους, εκτός εάν έχει τη βεβαιότητα ότι θα γίνει αρεστό.
3. Δείχνει να περιορίζει τις στενές φιλίες εξαιτίας του φόβου ότι θα ντροπιαστεί ή θα γελοιοποιηθεί.
4. Έντονη ενασχόληση με το ότι θα υποστεί κριτική ή απόρριψη σε κοινωνικές καταστάσεις.
5. Είναι ανεσταλμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις εξαιτίας αισθημάτων ανεπάρκειας.
6. Θεωρεί τον εαυτό του κοινωνικά ανόητο, προσωπικά μη ελκυστικό και κατώτερο από τους άλλους.
7. Είναι ασυνήθιστα απρόθυμο να διακινδυνεύσει προσωπικά ή να συμμετάσχει σε νέες δραστηριότητες, επειδή είναι δυνατόν να φανερώσουν την αμηχανία του.

Ο πάσχων αποφεύγει κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν επαφές με άλλους, λόγω έντονων φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας, απόρριψης, ταπείνωσης ή ντροπής (Eikenaes, Pedersen & Wilberg, 2015· Sanislow, Da Cruz, Gianoli & Reagan, 2012). Γενικώς, αναμένει ότι οι άλλοι θα είναι επικριτικοί και αποδοκιμαστικοί απέναντί του. Το άτομο επιθυμεί να έχει σχέσεις με άλλους και να είναι αποδεκτό και αγαπητό, όμως η υπερευαισθησία του στην κριτική και την απόρριψη το οδηγεί στην κοινωνική απόσυρση και σε συναισθήματα μοναξιάς. Τείνει να είναι ντροπαλό, ήσυχο, συνεσταλμένο και «αόρατο», προκειμένου να αποφεύγει την προσοχή των άλλων, για την οποία το ίδιο το άτομο υποθέτει ότι θα είναι αρνητικού χαρακτήρα. Αισθάνεται ανεπαρκές, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και είναι επικριτικό με τον εαυτό του για την κοινωνική του αποτυχία. Πιστεύει ότι είναι μη ελκυστικό ως άτομο, κατώτερο από τους άλλους, ενώ αισθάνεται κοινωνικά αδέξιο (Cox, Turnbull, Robinson, Grant & Stein, 2011). Θεωρεί πως ό,τι και να πει θα είναι λάθος, εκτίμηση που συχνά το βυθίζει στη σιωπή. Επίσης, φοβάται ότι θα ντροπιαστεί λόγω της νευρικής του συμπεριφοράς – για παράδειγμα, ότι θα κοκκινίσει ή θα τρέμει η φωνή του.

Η ευαισθησία του το οδηγεί σε έντονες εσωτερικές αντιδράσεις – αισθάνεται βαθιά πληγωμένο – προς οποιαδήποτε ένδειξη των άλλων που μπορεί να υποδηλώνει αποδοκιμασία, κριτική ή κοροϊδία. Οι προσδοκίες του το οδηγούν σε πολύ περιορισμένες σχέσεις με άλλους και, συνεπώς, δεν έχει κοινωνικό πλαίσιο στήριξης που να μπορεί να το βοηθήσει σε δύσκολες καταστάσεις. Η στάση του, που χαρακτηρίζεται από φόβο και άγχος, μπορεί να προκαλέσει τον χλευασμό και την κριτική των άλλων, γεγονός που ενισχύει τη χαμηλή αυτοεικόνα του, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (APA, 2013).

Η σύναψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων είναι εξαιρετικά δύσκολη για τον πάσχοντα. Αν και για πολλούς ανθρώπους η δημιουργία καινούργιων σχέσεων ενδέχεται να είναι δύσκολη, για το άτομο με αποφευκτική διαταραχή είναι σχεδόν αδύνατη. Θεωρεί ότι οι άλλοι θα είναι αρνητικοί απέναντί του, και μόνο μετά από πολλές ενδείξεις για το αντίθετο, δηλαδή με συνεχή επιβεβαίωση, μπορεί να αναπτύξει νέες σχέσεις. Ακόμη όμως και με όσους έχει στενή σχέση, είναι συνεσταλμένος, παραμένοντας σε εγρήγορση και φοβούμενος ότι θα εκτεθεί, θα ντροπιαστεί, ή θα αποτελέσει αντικείμενο γελοιοποίησης (APA, 2013).

Σε εκπαιδευτικό ή επαγγελματικό πλαίσιο, η λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς και η εξέλιξή του, είναι συνήθως περιορισμένη. Το άτομο μπορεί να μη διεκδικεί προαγωγή – για παράδειγμα, μπορεί να μην πάει σε μια συνέντευξη επειδή φοβάται ότι θα ντροπιαστεί γιατί δεν έχει ντυθεί κατάλληλα. Ακόμη, μπορεί και να απορρίψει ευκαιρίες φοβούμενος ότι οι καινούργιες αρμοδιότητες, ειδικά η ευθύνη, μπορεί να επισύρουν την κριτική από συνεργάτες. Συν τοις άλλοις, ο πάσχων μπορεί να αποφεύγει τις κοινωνικές συνθήκες που είναι σημαντικές για την εξέλιξή του – για παράδειγμα, μπορεί να αρνηθεί να παραβρεθεί σε μια εκδήλωση μετά από πρόσκληση του εργοδότη του. Διστάζει να συμμετέχει σε

καινούργιες δραστηριότητες ή να παίρνει πρωτοβουλίες από φόβο μήπως γίνει ρεζίλι. Ωστόσο, μπορεί να είναι επαγγελματικά επιτυχημένος, αν το επάγγελμά του δεν απαιτεί επαφή με άλλους ανθρώπους, ενώ παράλληλα αποτελεί καταφύγιο από τη μοναξιά (Widiger, Mangine, Corbitt et al., 1995). Σύμφωνα με μια σχετικά πρόσφατη μελέτη, γυναίκες με τη διαταραχή τείνουν να κάνουν προβληματική χρήση του διαδικτύου (Laconi, Andréoletti, Chauchard, Rodgers & Chabrol, 2016).

Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας συγκλίνει σε πολλά σημεία με την κοινωνική φοβία, περιλαμβανομένου του φόβου της ταπείνωσης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης, και ως εκ τούτου έχει σημαντική συννοσηρότητα με την κοινωνική φοβία (Friborg et al., 2013). Γενετικές έρευνες υποδεικνύουν ακόμη ότι υπάρχει γενετική σύνδεση ανάμεσα στις δύο διαταραχές, δεδομένου ότι, όταν ένας πάσχων έχει είτε τη μία είτε την άλλη διαταραχή, οι βιολογικοί συγγενείς του εμφανίζουν είτε τη μία είτε την άλλη διαταραχή δύο με τρεις φορές συχνότερα απ' ό,τι τις εμφανίζουν άτομα του γενικού πληθυσμού (Tillfors et al., 2001· Torvik et al., 2016). Εντούτοις, μια βασική διαφορά είναι ότι άτομα με κοινωνική φοβία φοβούνται τις κοινωνικές συνθήκες, ενώ άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας φοβούνται τις κοινωνικές, δηλαδή τις διαπροσωπικές, σχέσεις (Sanislow et al., 2012).

Οι δύο διαγνωστικές κατηγορίες διαφοροποιούνται επίσης ανάλογα με τη διάρκεια και τον βαθμό επικράτησης της διαταραχής στους διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζει τη ζωή του ατόμου από την αρχή της και επηρεάζει όλους ή σχεδόν όλους τους τομείς της ζωής του καθημερινά. Η κοινωνική φοβία συνήθως περιορίζεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις και η έναρξή της εμφανίζεται αργότερα στη ζωή του ατόμου. Ωστόσο, ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας ενδέχεται να είναι μια πιο σοβαρή μορφή της κοινωνικής φοβίας, παρά μια ξεχωριστή διάγνωση. Επίσης, ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν ότι η διαταραχή σχετίζεται με άλλες διαταραχές στο φάσμα της σχιζοφρένειας (Fogelson et al., 2010).

Άτομα με αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας αναφέρουν συχνότερα παιδικά βιώματα παραμέλησης, απομόνωσης, απόρριψης, καθώς και συγκρούσεις με άλλους (Eikenaes, Egeland, Hummelen & Wilberg, 2015). Σε αντίθεση με την έλλειψη ερευνών για άλλες διαταραχές προσωπικότητας, υπάρχουν διάφορες μελέτες όσον αφορά στις θεραπευτικές προσεγγίσεις για άτομα με αυτή τη διαταραχή (Leahy & McGinn, 2012).

Η διαταραχή συχνά σχετίζεται με την κατάθλιψη (Grant, Hasin et al., 2005· Sanislow et al., 2012). Ακόμη, άτομα με τη διαταραχή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο όσον αφορά προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις και γαστρεντερικές διαταραχές (π.χ. έλκος και κολίτιδα) (Disney, 2013· Samuels, 2011).

Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας εμφανίζεται στο 0,5-1,0% του γενικού πληθυσμού και στο 10% των ατόμων που επισκέπτονται εξωνοσοκομειακές δομές. Γενικά, εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες (APA, 2013).

## Κλινικό παράδειγμα

---

Ο κύριος Νίκος, 35 ετών, τραπεζικός υπάλληλος, μένει με τους ηλικιωμένους γονείς του. Προσήλθε σε ειδικό πολύ διστακτικά, κατόπιν έντονης παρότρυνσης της νύφης του που είναι ψυχολόγος και ανησυχεί για την απομόνωσή του. Συνεσταλμένος και ντροπαλός, δεν έχει κοινωνικό κύκλο, παρότι θα ήθελε πολύ. Ωστόσο, αποφεύγει τις καινούργιες γνωριμίες και γενικότερα εμπειρίες, διότι φοβάται ότι οι άλλοι δεν θα τον συμπαθήσουν, θα τον απορρίψουν και ότι μπορεί να γίνει ρεζίλι. Για τους ίδιους λόγους, αν και θα ήθελε να δημιουργήσει σχέση με μια γυναίκα, δεν τολμά να πλησιάσει κάποια που του αρέσει. Περνά τον περισσότερο χρόνο μόνος του, διαβάζοντας, βλέποντας τηλεόραση, ή δουλεύοντας στον κήπο του σπιτιού. Παρότι αυτές οι δραστηριότητες τον ευχαριστούν, συχνά αισθάνεται ότι πλήττει και υποφέρει από μοναξιά. Στη δουλειά, μολονότι θα επιθυμούσε να ενταχθεί σε κάποια παρέα, είναι μοναχικός και αποφεύγει τις συναναστροφές με τους συναδέλφους, φοβούμενος ότι «δεν έχω κάτι να τους προσφέρω και θα με απορρίψουν». Είναι ικανός στη δουλειά του, αλλά παραμένει

στην ίδια θέση από τότε που προσλήφθηκε. Αν και του έχουν προτείνει διάφορες προαγωγές, τις έχει αρνηθεί διότι φοβάται ότι θα βρεθεί σε πολύ ανταγωνιστικές συνθήκες. Τελευταία, εκδηλώνεται στη νύφη του, μετά από δικές της, πολύ επίμονες προσπάθειες, αν και φοβάται ότι και αυτή θα τον βαρεθεί και θα σταματήσει να του μιλάει. Μιλώντας στον εξεταστή, περιγράφει την παιδική του ηλικία ως πάρα πολύ δύσκολη, επειδή πάντα αισθανόταν διαφορετικός από τους άλλους και φοβόταν την απόρριψη και τον χλευασμό.

## 9. Εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας

Η εξάρτηση ενός ατόμου από ένα άλλο αποτελεί φυσιολογικό και αναμενόμενο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης εμπειρίας και προσαρμογής. Η «ώριμη» μορφή της εξάρτησης βοηθά τον κάθε άνθρωπο να δημιουργήσει σχέση με άλλους, οι οποίοι μπορεί να τον στηρίξουν, ενώ συγχρόνως αυξάνει τη διαθεσιμότητα του ίδιου για την παροχή βοήθειας και υποστήριξης στους άλλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν η εξάρτηση είναι υπερβολική και δυσπροσαρμοστική, τότε πρόκειται για εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι μια διαρκής και υπερβολική ανάγκη για φροντίδα από άλλους, λόγω της λανθασμένης πεποίθησης ότι ο ίδιος δεν μπορεί να λειτουργήσει επαρκώς χωρίς τη βοήθειά τους. Ως αποτέλεσμα, ο πάσχων υποτάσσεται και προσκολλάται στους άλλους και φοβάται έντονα τον αποχωρισμό (APA, 2013· Bornstein, 1998).

### Εξαρτητική Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

Διάχυτη και υπέρμετρη ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν, η οποία οδηγεί σε συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από υποταγή, προσκόλληση και φόβους αποχωρισμού, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Δυσκολεύεται να παίρνει καθημερινές αποφάσεις χωρίς υπερβολικό αριθμό συμβουλών και διαβεβαιώσεων από τους άλλους.
2. Έχει ανάγκη οι άλλοι να αναλαμβάνουν την ευθύνη των σημαντικότερων περιοχών της ζωής του(της).
3. Δυσκολεύεται να εκφράζει τη διαφωνία του επειδή φοβάται ότι θα χάσει την υποστήριξη ή την έγκριση των άλλων.
4. Δυσκολεύεται να ξεκινά προγράμματα ή να κάνει πράγματα μόνο του (περισσότερο εξαιτίας έλλειψης εμπιστοσύνης στην κρίση ή τις ικανότητές του, παρά από έλλειψη κινήτρου ή ενεργητικότητας).
5. Κάνει υπερβολικά πολλά πράγματα προκειμένου να εξασφαλίσει τη φροντίδα και την υποστήριξη των άλλων, μέχρι του σημείου να κάνει εθελοντικά δυσάρεστα πράγματα.
6. Αισθάνεται δυσάρεστα ή αβοήθητο όταν είναι μόνο εξαιτίας μεγαλοποιημένων φόβων ότι θα είναι ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του.
7. Αναζητά επειγόντως μια άλλη σχέση ως πηγή φροντίδας και υποστήριξης όταν τελειώνει μια στενή σχέση.
8. Ασχολείται με επίμονο και μη ρεαλιστικό τρόπο με φόβους ότι θα εγκαταλειφθεί και θα χρειαστεί να φροντίζει τον εαυτό του.

Όλες οι αποφάσεις, μικρές και μεγάλες, δημιουργούν σοβαρές δυσκολίες στον πάσχοντα. Για να πάρει οποιαδήποτε απόφαση, χρειάζεται συμβουλές και επιβεβαίωση από τους άλλους σε υπερβολικό βαθμό. Απευθύνεται σε άλλους τόσο για σοβαρές αποφάσεις –για παράδειγμα, επιλογή επαγγελματικής απασχόλησης, συντρόφου, ανατροφή των παιδιών– όσο και για καθημερινές – για παράδειγμα, πώς να ντυθεί ή τι να μαγειρέψει για το δείπνο. Άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας συχνά συμφωνούν με τους άλλους ακόμα και όταν έχουν διαφορετική γνώμη, ώστε να αποφύγουν την απόρριψη (Bornstein, 2012).

Γενικώς, ο πάσχων με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας τείνει να παίρνει μια παθητική στάση και ζητά από τους άλλους να αναλάβουν την ευθύνη σε βασικούς τομείς στη ζωή του. Συχνά, βασίζεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο, όπως τον/τη σύζυγο ή τους γονείς. Η ανάγκη αυτή δεν συνάδει με την ηλικία και την κατάσταση του ατόμου. Για παράδειγμα, ένα ηλικιωμένο άτομο με σοβαρά σωματικά προβλήματα που επιδιώκει να ζήσει με τα παιδιά του δεν εντάσσεται σε αυτή τη διαγνωστική κατηγορία. Η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα με ειδικές ανάγκες ή άτομα που νοσοούν. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι πάσχοντες εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερες δυσκολίες από τις αναμενόμενες να αναλάβουν την ευθύνη για τον εαυτό τους στην εκάστοτε κατάσταση (APA, 2013).

Η έλλειψη αυτοπεποίθησης είναι βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας. Ο πάσχων εκδηλώνει απαισιοδοξία και αυτοαμφισβήτηση, δεν έχει εμπιστοσύνη στην κρίση και τις δεξιότητές του. Υποτιμά τα προσόντα και τις ικανότητές του και αποκαλεί τον εαυτό του «χαζό». Για αυτούς τους λόγους, διστάζει να πάρει πρωτοβουλία για να ξεκινήσει κάποιο έργο ή κάποια δραστηριότητα μόνος του, πιστεύοντας ότι χρειάζεται βοήθεια για να αρχίσει ή να φέρει εις πέρας οτιδήποτε, ενώ θεωρεί ότι οι άλλοι μπορούν να κάνουν τα πράγματα καλύτερα. Λόγω της πεποίθησής του ότι δεν είναι σε θέση να λειτουργήσει ανεξάρτητα, παρουσιάζει τον εαυτό του ως ανίκανο και προβάλλει την ανάγκη της συνεχούς βοήθειας. Εισπράττει κάθε επικριτικό σχόλιο ως ένδειξη της αναξιοτιμίας του και κάνει ακόμη περισσότερο την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Εντούτοις, ο πάσχων είναι σε θέση να λειτουργήσει επαρκώς εάν έχει την επιβεβαίωση από κάποιον άλλον, ο οποίος τον επιβλέπει και εγκρίνει τις αποφάσεις του. Φοβάται όμως να θεωρηθεί ή να καταστεί επαρκέστερος, επειδή ανησυχεί μήπως τότε οι άλλοι τον εγκαταλείψουν. Οι άνθρωποι αυτής της κατηγορίας συχνά λόγω της εξαρτητικής τους συμπεριφοράς δεν αποκτούν δεξιότητες που τους επιτρέπουν να ζήσουν ανεξάρτητα.

Έντονοι, μη ρεαλιστικοί φόβοι ότι θα μείνει μόνος και θα αναγκαστεί να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του απασχολούν συνεχώς τη σκέψη του πάσχοντος. Ο φόβος του αποχωρισμού ή της απώλειας της υποστήριξης ή της αποδοχής επηρεάζει τη συμπεριφορά του απέναντι στους άλλους. Οι σχέσεις του πάσχοντος χαρακτηρίζονται από έλλειψη ισορροπίας. Καταρχάς, δυσκολεύεται να διαφωνήσει ή να θυμώσει, ειδικά με τα άτομα από τα οποία εξαρτάται, ακόμη και όταν είναι δικαιολογημένη η αντίδρασή του. Υποκύπτει στις απαιτήσεις των άλλων, έστω και αν αυτές είναι παράλογες. Μπορεί να αναλάβει εκούσια δυσάρεστες ή επώδυνες δραστηριότητες, να ανεχθεί λεκτική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ή να κάνει δραματικές θυσίες, προκειμένου να διατηρήσει μια σχέση από την οποία λαμβάνει την επιδιωκόμενη φροντίδα. Όταν είναι μόνος του, ο πάσχων αισθάνεται αμήχανος, ανήμπορος ή πολύ αγχωμένος, λόγω της αίσθησης ότι δεν μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του. Προσκολλάται σε άλλους για να αποφύγει να είναι μόνος, ακόμη και αν δεν τον ενδιαφέρει ή δεν τον ευχαριστεί η συγκεκριμένη συντροφιά. Ο φόβος ότι δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς κάποιον άλλον τον απασχολεί σε σημείο που φοβάται την εγκατάλειψη, έστω και αν δεν υπάρχει ρεαλιστικός λόγος. Για παράδειγμα, η αναμονή ενός φίλου του που έχει αργήσει να φτάσει στο ραντεβού αποτελεί μια συναισθηματική καταστροφή για το άτομο με εξαρτητική διαταραχή, διότι πιστεύει ότι ο φίλος του δεν τον αγαπά πια και μπορεί και να μην έρθει καθόλου. Όταν μια σχέση τελειώνει –για παράδειγμα, λόγω θανάτου ή διαζυγίου–, ο πάσχων προσκολλάται σε κάποιον άλλον πάρα πολύ σύντομα και με αδιαφοροποίητο τρόπο.

Στον επαγγελματικό τομέα, η εξέλιξη του ατόμου δεν επιτυγχάνεται, εάν η απασχόληση απαιτεί ανεξάρτητη λειτουργία. Ο πάσχων συχνά αποφεύγει θέσεις ευθύνης και αισθάνεται έντονο άγχος όταν πρέπει να πάρει οποιαδήποτε απόφαση. Οι κοινωνικές του σχέσεις επίσης είναι περιορισμένες και περιλαμβάνουν μόνο τα άτομα από τα οποία είναι εξαρτημένος.

Άτομα με αυτή τη διαταραχή, όπως και άτομα με αποφευκτική διαταραχή, υποφέρουν από συναισθήματα ανεπάρκειας, ευαισθησία σε σχέση με την κριτική και ανάγκη για καθούσια. Εντούτοις, άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας αντιμετωπίζουν αυτά τα συναισθήματα αποφεύγοντας τις σχέσεις, ενώ τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας τα αντιμετωπίζουν με μια ιδιαίτερα έντονη προσκόλληση, δηλαδή «γαντζώνονται» πάνω σε άλλους (Disney, 2013· Bornstein, 2012). Ωστόσο, σημειώνεται ότι η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας συνυπάρχει με την



εξαρτητική με σημαντική συχνότητα (Arntz et al., 2009· Bornstein & Travaglini, 1999· Bornstein et al., 2015). Περαιτέρω, υπάρχει συννοσηρότητα και με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, όπως η σχιζοειδής, η οριακή και η ιστριονική (Bornstein et al., 2015).

Η ακριβής συχνότητα της διαταραχής στον πληθυσμό δεν είναι γνωστή, αλλά υπολογίζεται ότι είναι περίπου το 1% του γενικού πληθυσμού και με μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες (Bornstein et al., 2015· Torgersen, 2012).

Γενικά, χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην αξιολόγηση δεδομένου ότι η εξαρτητική συμπεριφορά διαφέρει ανάλογα με την ηλικία και το πολιτισμικό πλαίσιο. Σημειωτέον ότι σε ορισμένους πολιτισμούς –για παράδειγμα, στην Ανατολική Ασία– η εξάρτηση και η υποταγή θεωρούνται επιθυμητά διαπροσωπικά χαρακτηριστικά (Chen, Nettles & Chen, 2009).

### *Κλινικό παράδειγμα*

---

Η Μαίρη, 37 ετών, προσήλθε σε ειδικό στενοχωρημένη και πολύ αναστατωμένη μετά από μια αντιπαράθεση με τους γονείς της, όταν τους ανακοίνωσε ότι δέχτηκε με ευχαρίστηση την πρόταση γάμου του φίλου της, αλλά εκείνοι δεν το εγκρίνουν. Η Μαίρη είναι πολύ ταραγμένη διότι ποτέ δεν έχει αντιταχθεί στους γονείς της. Αντιθέτως, ανέκαθεν τους συμβουλευόταν για μικρές και μεγάλες αποφάσεις, από το τι ρούχα να φορέσει μέχρι το τι επάγγελμα να ακολουθήσει. Στο σχολείο, αν και ήταν πολύ καλή μαθήτρια και πέρασε στο πανεπιστήμιο, δεν φοίτησε, επειδή θα έπρεπε να φύγει από την κωμόπολη όπου διαμένει. Έτσι, προτίμησε να παραμείνει και να εργαστεί στην οικογενειακή επιχείρηση ως γραμματέας. Η Μαίρη έχει μόνο δύο φίλες από τις πρώτες τάξεις του δημοτικού, οι οποίες μένουν κοντά της. Τις επισκέπτεται καθημερινά μετά τη δουλειά και αισθάνεται χαμένη αν δεν είναι διαθέσιμες. Ο δεσμός της με τον Θωμά, αδελφό μιας από τις φίλες της, ξεκίνησε πριν από έξι μήνες. Σε αυτό το διάστημα, η Μαίρη άρχισε σταδιακά να απευθύνεται σε εκείνον για όποιες αποφάσεις έπρεπε να πάρει. Ο Θωμάς έχει ανταποκριθεί και φαίνεται διατεθειμένος να αναλάβει όλες τις οικογενειακές ευθύνες, αλλά και τις προσωπικές αποφάσεις της Μαίρης. Οι γονείς της όμως δεν τον εγκρίνουν επειδή είναι έναν χρόνο μικρότερός της.

---

### *10. Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας*

Το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με την τάξη, τον έλεγχο και την τελειότητα, εις βάρος της ευελιξίας, της αποτελεσματικότητας και της ικανότητας του να είναι ανοιχτός σε καινούργιες εμπειρίες (APA, 2013).

## Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας Διαγνωστικά Κριτήρια κατά *DSM-5*

Διάχυτο πρότυπο έντονης ενασχόλησης του ατόμου με τη μεθοδικότητα, την τελειοθηνρία και τον νοπτικό και διαπροσωπικό έλεγχο, σε βάρος της ευελιξίας, της ευρύτητας των αντιλήψεων και της αποδοτικότητας, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, καταλόγους, την τάξη, την οργάνωση ή τα προγράμματα, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να χάνεται το κύριο σημείο της δραστηριότητας.
2. Τελειοθηνρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας (π.χ. είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μια προγραμματισμένη εργασία επειδή δεν πληρούνται οι δικές του υπερβολικά αυστηρές προδιαγραφές).
3. Υπερβολική αφοσίωση στην εργασία και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και των φιλικών σχέσεων (που δεν εξηγείται από προφανή οικονομική ανάγκη).
4. Υπερβολική ευσυνειδησία, σχολαστικότητα και ακαμψία σε θέματα ηθικής, ηθών και αξιών (που δεν εξηγείται από πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση).
5. Αδυνατεί να πετάξει φθαρμένα ή χωρίς αξία αντικείμενα, ακόμη και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία.
6. Απροθυμία να αναθέτει καθήκοντα ή να εργάζεται με άλλους, εκτός αν υποτάσσονται ακριβώς στον δικό του τρόπο αντίληψης διεκπεραίωσης των πραγμάτων.
7. Υιοθετεί έναν φιλάργυρο τρόπο στο να ξοδεύει χρήματα, τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους· τα χρήματα θεωρούνται κάτι που θα πρέπει να αποθησαυρίζεται για μελλοντικές καταστροφές.
8. Επιδεικνύει ακαμψία και πείσμα.

Οι πάσχοντες προσπαθούν να διατηρήσουν μια αίσθηση ελέγχου στο περιβάλλον, μέσω της εξονυχιστικής προσήλωσης σε κανόνες, σε λεπτομέρειες, στη διαδικασία, σε λίστες και στον προγραμματισμό. Χαρακτηρίζονται από μια επιμονή ότι τα πράγματα πρέπει να γίνονται «με τον σωστό τρόπο» (Diedrich & Voderholzer, 2015). Είναι υπερβολικά προσεκτικοί, δίνουν εξαιρετική σημασία στη λεπτομέρεια και ελέγχουν συνεχώς την κατάσταση για τυχόν λάθη. Δυσκολεύονται με τη διαχείριση του χρόνου τους. Συχνά προκαλούν καθυστερήσεις λόγω της συμπεριφοράς τους, αφήνουν τις πιο σημαντικές δραστηριότητες για το τέλος και θυσιάζουν πιο προσαρμοστικές λύσεις σε προβλήματα. Χαρακτηρίζονται από τελειομανία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υποκειμενική ενόχληση ή δυσλειτουργία. Για παράδειγμα, ο πάσχων μπορεί να επεξεργάζεται συνεχώς τις λεπτομέρειες ενός έργου του, με αποτέλεσμα να καθυστερήσει σημαντικά την εκτέλεσή του ή να μην το τελειώσει. Έτσι, χάνονται προθεσμίες, ενώ όλες οι υπόλοιπες πλευρές της ζωής που δεν βρίσκονται στο επίκεντρο της δραστηριότητας παραμελούνται σημαντικά.

Οι πάσχοντες είναι υπερβολικά αφοσιωμένοι στην επαγγελματική τους ενασχόληση και παραγωγικότητα, σε σημείο που μπορεί να είναι εις βάρος των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και των διαπροσωπικών σχέσεων. Η αφοσίωσή τους όμως δεν οφείλεται σε οικονομική ανάγκη. Μπορεί επίσης να δίνουν μεγάλη σημασία σε δουλειές του σπιτιού – για παράδειγμα, καθαρίζουν επανειλημμένως σε υπερβολικό βαθμό. Αναβάλλουν δραστηριότητες που μπορεί να τους προσφέρουν ευχαρίστηση, όπως μια έξοδος ή οι διακοπές, διότι νομίζουν πως δεν έχουν τον χρόνο. Σε περίπτωση που αποφασίσουν να συμμετάσχουν σε μια ευχάριστη δραστηριότητα, παίρνουν μαζί τους κάτι από την εργασία τους για να μην αφήσουν τον χρόνο τους ανεκμετάλλευτο. Στον επαγγελματικό τομέα, μπορεί να είναι επιτυχημένοι, όταν η εργασία απαιτεί αυστηρό προγραμματισμό. Όταν όμως αντιμετωπίζουν καινούργιες καταστάσεις που απαιτούν ευκαμψία και συμβιβασμό, υποφέρουν και η επίδοσή τους επηρεάζεται σημαντικά. Λόγω αυτών των χαρακτηριστικών, συνάδελφοι και φίλοι δυσκολεύονται στις σχέσεις μαζί τους.

Ο πάσχων προσεγγίζει ακόμη και την ψυχαγωγία με μεγάλη σοβαρότητα, σαν κάτι που είναι δύσκολο και απαιτεί πολύ προσεκτική οργάνωση και προσπάθεια, προκειμένου να έχει την τέλεια έκβαση, ενώ η ευχαρίστηση παραγκωνίζεται. Παραδείγματος χάριν, μπορεί να αφιερώσει πολύ χρόνο και κόπο

στον λεπτομερή προγραμματισμό μιας ημερήσιας οικογενειακής εκδρομής στη θάλασσα το καλοκαίρι. Όταν η εκδρομή τελικώς πραγματοποιείται, ο ίδιος επιμένει στην τήρηση του προγράμματος, χωρίς καμία απόκλιση. Έχοντας προγραμματίσει το μπάνιο από τις 10 μέχρι τις 11:30, παρότι οι συνθήκες είναι ιδανικές και όλοι, περιλαμβανομένου και του ίδιου, θέλουν να μείνουν παραπάνω, επιμένει να φύγουν, γιατί από τις 11:45 μέχρι τις 12:15 πρέπει να πιουν καφέ στην πλατεία, σύμφωνα με το πρόγραμμα που έχει φτιάξει ο ίδιος.

Όταν υπάρχει έλλειψη δομής, δηλαδή όταν οι κανόνες και οι δεδομένες διαδικασίες δεν επαρκούν για να δώσουν λύσεις, ο πάσχων δυσκολεύεται εξαιρετικά στη λήψη αποφάσεων. Δεν μπορεί να αποφασίσει τον καλύτερο τρόπο να προχωρήσει, να αποφασίσει τι έχει προτεραιότητα, αναστατώνεται και μπορεί και να θυμώσει, όταν αντιμετωπίζει καταστάσεις τις οποίες δεν μπορεί να ελέγξει. Ο θυμός του μπορεί να εκφράζεται είτε άμεσα, ακόμη και για θέματα ήσσονος σημασίας, είτε έμμεσα.

Ο πάσχων έχει σημαντικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η ακαμψία και η επιμονή που τον χαρακτηρίζουν, τον δυσκολεύουν συχνά να δεχτεί την άποψη των άλλων, να αλλάξει τη γνώμη του ή να συμβιβαστεί. Ακόμη και σε περιπτώσεις που αναγνωρίζει ότι κάτι είναι προς όφελός του, επιμένει στην αρχική του θέση, υποστηρίζοντας ότι είναι θέμα αρχής. Επίσης, δυσκολεύεται να αναθέσει δραστηριότητες σε άλλους, επειδή επιμένει ότι τα πράγματα πρέπει να γίνονται όπως ο ίδιος πιστεύει και οι άλλοι πρέπει να συμμορφωθούν. Ακόμη και όταν χρειάζεται τη βοήθεια κάποιου άλλου για μια δραστηριότητα, συχνά την απορρίπτει, γιατί πιστεύει ότι μόνο ο ίδιος μπορεί να την κάνει σωστά. Σε άλλες περιπτώσεις δίνει πολύ λεπτομερείς οδηγίες σε σχέση με διάφορες δραστηριότητες, ώστε να είναι σίγουρος ότι θα γίνουν σωστά, έστω και αν είναι πολύ απλές – για παράδειγμα, πώς κόβεται μια σαλάτα ή πώς πλένονται τα πιάτα. Εναλλακτικές λύσεις που προτείνουν οι άλλοι τον αιφνιδιάζουν και τον εκνευρίζουν.

Η στάση του πάσχοντος προς τους άλλους γενικώς τείνει να είναι τυπική και σοβαρή, έως άκαμπτη, ακόμη και σε καταστάσεις όπου οι άλλοι θα ήταν χαλαροί και εκδηλωτικοί. Παραδείγματος χάριν, όταν συναντά κάποιο μέλος της οικογένειάς του μετά από καιρό, περιορίζεται σε μια χειραψία, ενώ άλλοι θα ήταν πιο εγκάρδιοι. Διατηρεί μια συνεσταλαμμένη στάση μέχρι να είναι σίγουρος ότι η συμπεριφορά του θα είναι τέλεια. Συχνά δίνει πολύ μεγαλύτερη έμφαση στη λογική και στον γνωστικό τομέα, παρά στον συναισθηματικό, και δεν ανέχεται συναισθηματικές εκδηλώσεις άλλων. Ο ίδιος μπορεί να δυσκολεύεται να εκφράσει τρυφερά συναισθήματα και όταν τα εκφράζει, το κάνει με έναν πολύ ελεγχόμενο, άκαμπο τρόπο. Οι συναισθηματικές εκδηλώσεις άλλων του δημιουργούν αμηχανία.

Η ανάγκη του πάσχοντος να διατηρεί τον έλεγχο αφορά και στη διαχείριση των οικονομικών, όπου είναι φειδωλός έως και τσιγκούνης. Διατηρεί ένα επίπεδο ζωής που είναι σημαντικά κατώτερο των οικονομικών του δυνατοτήτων, διότι πιστεύει ότι πρέπει να προσέχει εξαιρετικά, λόγω ενδεχόμενων μελλοντικών καταστροφών. Επίσης, ο πάσχων δυσκολεύεται να πετάξει άχρηστα ή παλιά αντικείμενα, έστω και αν δεν έχουν καμία συναισθηματική αξία. Για παράδειγμα, μαζεύει περιοδικά, χαλασμένες συσκευές, κουτιά και άλλα. Θεωρεί ότι το να πετάξει κάτι αποτελεί σπατάλη, αφού κάποια στιγμή μπορεί να του φανεί χρήσιμο. Αναστατώνεται πάρα πολύ εάν κάποιος πετάξει παλιά αντικείμενα. Η συσσώρευση των αντικειμένων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα χώρου για τον ίδιο και τους ανθρώπους με τους οποίους συγκατοικεί (Warren & Ostrom, 1988).

Όσον αφορά σε θέματα ηθικής, ο πάσχων συχνά είναι υπερβολικά ευσυνείδητος και άκαμπτος. Αναγκάζει τον εαυτό του και τους άλλους να ακολουθήσουν αυστηρές ηθικές αρχές, συχνά κατά γράμμα, χωρίς να υπολογίζει τις εκάστοτε περιστάσεις. Για παράδειγμα, αρνείται να εκφράσει τη γνώμη του για κάποιο διάσημο πρόσωπο, διότι θεωρεί ότι δεν πρέπει κανείς να κουτοσμπολεύει. Ο ίδιος μπορεί να είναι εξαιρετικά επικριτικός ως προς τα δικά του λάθη. Είναι υποτακτικός σε πρόσωπα εξουσίας, ειδικά σε αυτούς που σέβεται, αλλά μπορεί να δείξει και υπερβολική αντίδραση σε άτομα εξουσίας που δεν σέβεται.

Σημειωτέον ότι η διαταραχή διαφέρει από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που συνιστά αγχώδη διαταραχή. Στη διαταραχή προσωπικότητας οι καταναγκαστικές τάσεις δεν αφορούν σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά –παραδείγματος χάριν, πλύσιμο χεριών–, αλλά είναι πιο ήπιες και πιο διάχυτες, δηλαδή επηρεάζουν πολλές διαφορετικές πλευρές στη ζωή του ατόμου.

Γενικά, μέχρι πριν από μερικά χρόνια η γενική άποψη ήταν ότι η σχέση μεταξύ ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής της προσωπικότητας και ιδεοψυχαναγκαστικής αγχώδους διαταραχής ήταν ελάχιστη (Samuels & Costa, 2012). Εντούτοις, ορισμένοι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι οι δύο διαταραχές δεν διαφέρουν φαινομενολογικά και ότι η διαταραχή προσωπικότητας είναι ένδειξη ιδεοψυχαναγκαστικής σοβαρότητας (Lochner et al., 2011). Ακόμη, οι Garyfallos και συνεργάτες (2010) ανακάλυψαν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ των δύο διαταραχών και πρότειναν ότι άτομα που έχουν και τις δύο διαταραχές αποτελούν ειδικό υπότυπο της διαταραχής.

Επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η διαταραχή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα από όλες τις διαταραχές της προσωπικότητας, δηλαδή από 2,1% έως και 7,9% του γενικού πληθυσμού, με δύο φορές μεγαλύτερη συχνότητα σε άνδρες (APA, 2013). Ο πάσχων απευθύνεται σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας είτε λόγω σημαντικών αποτυχιών στην προσωπική του ζωή –παραδείγματος χάριν, πολλαπλά διαζύγια–, είτε λόγω κατάθλιψης εξαιτίας της μοναξιάς, είτε λόγω κάποιας σωματικής διαταραχής που οφείλεται σε χρόνιο στρες.

### *Κλινικό παράδειγμα*

Ο Γιάννης, 45 ετών, εργάζεται ως λογιστής σε μια ναυτιλιακή εταιρεία. Απευθύνθηκε σε ειδικό κατόπιν προτροπής του ιδιοκτήτη της εταιρείας μετά από αιφνιδιαστικό έλεγχο, όπου διαπίστωσε ότι ο Γιάννης ήταν αναστατωμένος και σε σύγχυση, ενώ πάντα είναι ήρεμος και πολύ εγκρατής. Ο Γιάννης ισχυρίζεται ότι η αναστάτωσή του οφείλεται στον ερχομό ενός καινούργιου προϊσταμένου, ο οποίος τον έχει αναγκάσει να αλλάξει εξ ολοκλήρου τον τρόπο που δουλεύει. Στην εταιρεία φημίζεται για την έμφαση που δίνει στην οργάνωση και στις λεπτομέρειες, κάτι που τείνει να εμποδίζει την παραγωγικότητά του. Οι υφιστάμενοι συχνά διαμαρτύρονται ότι τους ελέγχει εξονυχιστικά και επιμένει στο γράμμα του νόμου για το πώς πρέπει να γίνονται τα πράγματα. Για παράδειγμα, ζητά βεβαιώσεις γιατρού –περιλαμβανομένου και οδοντιάτρου– για όποιον απουσιάζει λόγω ασθένειας, έστω και για μία μέρα. Ο ίδιος παραμένει στη δουλειά εκτός ωραρίου προκειμένου να ελέγξει τη δουλειά των υφισταμένων του. Ως εκ τούτου, του μένει λίγος χρόνος για την οικογενειακή ζωή, κάτι που αποτελεί μόνιμο παράπονο της γυναίκας και των παιδιών του. Επίσης, η οικογένειά του τον θεωρεί πολύ δύσκολο χαρακτήρα, λόγω του πολύ οργανωμένου τρόπου ζωής που τους επιβάλλει. Για παράδειγμα, σε κάθε οικογενειακό τραπέζι επιμένει να κάθονται όλοι πάντα στις ίδιες θέσεις και το γεύμα να ξεκινά ακριβώς στην ώρα του. Τα πιάτα πρέπει να σερβίρονται ανά δεκαπέντε λεπτά, ασχέτως αν οι παρευρισκόμενοι έχουν τελειώσει το φαγητό τους. Επιμένει ακόμα το κάθε μέλος της οικογένειας να μιλά με μία ορισμένη σειρά για τα σημαντικά γεγονότα της ημέρας. Τέλος, το γεύμα πρέπει να τελειώνει ακριβώς μιάμιση ώρα μετά την έναρξή του.

## **V. Αιτιολογία των διαταραχών της προσωπικότητας**

Η επιστημονική προσέγγιση όσον αφορά στις διαταραχές της προσωπικότητας υποδεικνύει τη συνεισφορά πολλών διαφορετικών προσεγγίσεων. Οι πιο γνωστές στον χώρο της κλινικής πρακτικής είναι η **ψυχοδυναμική**, η **γνωσιακή-συμπεριφοριστική** και η **βιολογική**.

### **A. Βιολογική προσέγγιση**

Το ερευνητικό έργο της βιολογικής προσέγγισης, που έχει εξελιχθεί κατά την περασμένη δεκαετία, εστιάζει στην κληρονομικότητα, καθώς και στην εγκεφαλική δομή και λειτουργία.

Με βάση τις μέχρι σήμερα ερευνητικές εργασίες, καταγράφεται σαφής ένδειξη γενετικού παράγοντα στη **σχιζοτύπη διαταραχή της προσωπικότητας** (Kendler & Walsh, 1995· Lenzenweger, 1998·

Nelson, 2013· Torgersen, 2000). Ακόμη, άτομα με σχιζότυπη διαταραχή εμφανίζουν πολλές από τις ίδιες ανωμαλίες που εμφανίζουν άτομα με σχιζοφρένεια στους νευροδιαβιβαστές (Siever, 1995· Walker, Logan & Walder, 1999). Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι στη σχιζότυπη διαταραχή υπάρχουν δομικές και λειτουργικές εγκεφαλικές ανωμαλίες παρόμοιες με αυτές της σχιζοφρένειας. Μια έρευνα έδειξε ότι οι εγκεφαλικές κοιλίες ατόμων με σχιζότυπη διαταραχή ήταν λιγότερο διευρυμένες από αυτές των σχιζοφρενών, αλλά σημαντικά περισσότερο διευρυμένες από εκείνες των φυσιολογικών ατόμων (Buschsbaum, 1997). Περαιτέρω, έχει βρεθεί μειωμένος όγκος της επίφυσης (κωναρίου) σε άτομα με τη διαταραχή, όπως και σε άτομα με σχιζοφρένεια (Takahashi et al., 2019). Μια πρόσφατη μελέτη υποδεικνύει μεγαλύτερο αμφίπλευρο όγκο λευκής ουσίας στον ακτινωτό στέφανο σε άτομα με σχιζότυπη και σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας κοντά σε περιοχές που αφορούν στην κινητικότητα και σχετίζονται με τη γνωσιακή αποδιοργάνωση (Via et al., 2016). Μια άλλη μελέτη αποδεικνύει τον ρόλο γονιδίου που ρυθμίζει το σύστημα NMDA και σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια και τη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας (Ohi et al., 2012).

Γενικά, οι έρευνες αποδεικνύουν τη σημαντική συνεισφορά γενετικών παραγόντων στην **παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας** (Kendler et al., 2015). Επιπλέον, όπως και άλλες διαταραχές της ομάδας A, η παρανοειδής διαταραχή φαίνεται να σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, ενώ ορισμένοι ειδικοί έχουν προτείνει η διαταραχή να αφαιρεθεί από το *DSM-5* (Bolinskey et al., 2015· Triebwasser, Chemerinski, Roussos & Siever, 2013).

Όσον αφορά στην **αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας**, οικογενειακές μελέτες, μελέτες διδύμων και μελέτες υιοθεσίας αποδεικνύουν τη γεννητική επιρροή τόσο στην αντικοινωνική διαταραχή όσο και στην εγκληματικότητα (Reichborn-Kjennerud et al., 2015· Checknita et al., 2015· Ficks & Waldman, 2014· Delisi & Vaughn, 2015· Kendler et al., 2014). Σε μια θεμελιακή έρευνα, ο Crowe (1974) συνέκρινε παιδιά από κρατούμενες μητέρες που υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες με υιοθετημένα παιδιά από φυσιολογικές μητέρες. Όλα τα παιδιά είχαν υιοθετηθεί ως νεογνά, γεγονός που μειώνει σημαντικά την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων σε σχέση με τους βιολογικούς γονείς. Τα υιοθετημένα παιδιά από κρατούμενες μητέρες είχαν ως ενήλικες σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συλλήψεων, κατηγοριών, καταδικών και χαρακτηριστικών αντικοινωνικής προσωπικότητας από τα υιοθετημένα παιδιά φυσιολογικών γονέων, γεγονός που υποδεικνύει την –τουλάχιστον μερική– γενετική επιρροή στην εγκληματικότητα και την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Εντούτοις, ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι τα παιδιά κρατουμένων που αργότερα έγιναν εγκληματίες είχαν περάσει περισσότερο χρόνο σε ορφανοτροφεία απ' ό,τι τα παιδιά κρατουμένων που δεν έγιναν εγκληματίες, καθώς και από τα παιδιά με φυσιολογικές μητέρες, γεγονός που αποδεικνύει την αλληλεπίδραση γονιδίων και περιβάλλοντος.

Μια άλλη θεμελιακή μελέτη προσδιορίζει ένα συγκεκριμένο γονίδιο ως σημαντικό, γνωστό ως γονίδιο μονοαμινοξειδάση (ΜΑΟΑ - monoamine oxidase) (Caspi et al., 2002). Συγκεκριμένα, εμπλέκεται στην αποδόμηση νευροδιαβιβαστών, όπως η νορεπινεφρίνη, η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη, νευροδιαβιβαστές που επηρεάζονται από το στρες της κακοποίησης, οδηγώντας τον πάσχοντα σε επιθετική συμπεριφορά. Σε αυτή τη μελέτη, οι ερευνητές παρακολούθησαν περισσότερα από 1.000 παιδιά από τη γέννησή τους έως την ηλικία των 26 ετών. Βρήκαν ότι τα άτομα με χαμηλή ΜΑΟΑ δραστηριότητα ήταν πιο πιθανό να εκδηλώσουν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας εάν είχαν κακοποιηθεί στη βρεφική/παιδική ηλικία απ' ό,τι άτομα με υψηλή ΜΑΟΑ δραστηριότητα και έκθεση σε κακοποίηση, καθώς και άτομα με χαμηλά επίπεδα ΜΑΟΑ δραστηριότητας χωρίς κακοποίηση. Το βασικό εύρημα της αλληλεπίδρασης ΜΑΟΑ γονιδίου και περιβάλλοντος έχει επιβεβαιωθεί από πολλαπλές μελέτες (Foley et al., 2004· Kim-Cohen et al., 2006). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο περιλαμβάνουν τις γονεϊκές συγκρούσεις, τα προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων, καθώς και τη σκληρή, επιβαλλόμενη από τους γονείς πειθαρχία (Jackson & Beaver, 2015).

Η παρατήρηση ότι τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχουν μεγάλη ανάγκη για διέγερση έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι η υπο-διέγερση είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας (Prins, 2013). Σύμφωνα με την υπόθεση της υπο-διέγερσης, τα ψυχοπαθητικά άτομα έχουν υπερβο-

λικά χαμηλά επίπεδα φλοιώδους διέγερσης (Sylvers, Ryan, Alden & Brennan, 2009). Ενδέχεται να χρειάζονται υψηλότερα από τα φυσικά επίπεδα διέγερσης προκειμένου να μπορούν να διατηρήσουν τη βέλτιστη κατάσταση διέγερσης. Με άλλα λόγια, χρειάζονται περισσότερη διέγερση από άλλους για να μπορούν να διατηρήσουν το ενδιαφέρον τους ώστε να λειτουργήσουν φυσιολογικά.

Ενδέχεται επίσης να έχουν υψηλότερο ουδό φόβου από τον γενικό πληθυσμό. Δηλαδή πράγματα που φοβίζονται τους περισσότερους ανθρώπους δεν επηρεάζουν άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Syngelaki, Fairchild, Moore, Savage & Goozen, 2013).

Σύμφωνα με τον Gray (1987), τρία εγκεφαλικά συστήματα επηρεάζουν τη μάθηση και τη συναισθηματική συμπεριφορά: το σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς, το σύστημα επιβράβευσης, και το σύστημα φυγής ή πάλης (fight or flight). Δύο από αυτά τα συστήματα, το σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς και το σύστημα επιβράβευσης, χρησιμοποιούνται για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά ψυχοπαθθικών ατόμων.

Το σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς ευθύνεται για την ικανότητα του ατόμου να σταματήσει αυτό που κάνει όταν αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο τιμωρίας, έλλειψη επιβράβευσης ή καινούργιες καταστάσεις. Η ενεργοποίηση αυτού του συστήματος δημιουργεί άγχος, αλλά και εκνευρισμό. Το σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς φαίνεται να βρίσκεται στο σύστημα του ιππόκαμπου και περιλαμβάνει τα νοραδρεναλινεργικά και τα σεροτονεργικά νευροδιαβιβαστικά συστήματα.

Σχετικά με τη συμπεριφορά των ψυχοπαθθικών ατόμων, η πιθανή δυσλειτουργία των συστημάτων αυτών είναι φανερή. Μια ανισορροπία μεταξύ των δύο συστημάτων –το σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς και το σύστημα επιβράβευσης– μπορεί να μειώνει τον φόβο και το άγχος που προκαλείται από το σύστημα αναστολής και να αυξάνει τα θετικά συναισθήματα που σχετίζονται με το σύστημα επιβράβευσης (Hoppenbrouwers, Neumann, Lewis & Johansson, 2015· Byrd, Loeber & Pardini, 2013). Ορισμένοι ειδικοί έχουν προτείνει ότι αυτού του είδους οι νευροβιολογικές δυσλειτουργίες ενδέχεται να εξηγούν τον λόγο που τα ψυχοπαθθικά άτομα δεν βιώνουν άγχος όταν εκτελούν αντικοινωνικές πράξεις.

Άλλες διαφορές στην εγκεφαλική δομή και λειτουργία έχουν επίσης αναφερθεί. Ελλείμματα στον προμετωπιαίο φλοιό (που αφορά στον έλεγχο συμπεριφοράς και λήψη αποφάσεων), καθώς και στην αμυγδαλή (βασική εγκεφαλική περιοχή για το συναίσθημα και την εξαρτημένη μάθηση φόβου), θεωρείται ότι παίζουν ρόλο στις διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς που σχετίζονται με την ψυχοπαθθικότητα (Kiehl, 2006· Yang & Raine, 2009). Οι «αποτυχημένοι» ψυχοπαθθικοί έχουν πιο σημαντικά ελλείμματα σε αυτές τις περιοχές απ' ό,τι οι «πετυχημένοι» ψυχοπαθθικοί ή άτομα του γενικού πληθυσμού (Yang et al., 2010).

Οι ερευνητές συνεχίζουν να μελετούν τον τρόπο με τον οποίο διαφορές στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών (για παράδειγμα, στη σεροτονίνη) και στη νευρο-ορμονική λειτουργία (για παράδειγμα, στην τεστοστερόνη και την κορτιζόλη) μπορεί να εξηγούν την επιφανειακή γοητεία, την έλλειψη ανοχής και την παρορμητικότητα που χαρακτηρίζουν άτομα με αντικοινωνική διαταραχή. Παράλληλα, έχουν αρχίσει να αναδύονται συνθετικές θεωρίες που συνδέουν αυτές τις διαφορές, τόσο με γεννητικούς όσο και με περιβαλλοντικούς παράγοντες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη κατανόηση, καθώς και παρέμβαση για τη διαταραχή (DeLisi & Vaughn, 2015· Poppa & Bechara, 2015· Hyde, Shaw & Hariri, 2013· Waller et al., 2015· Hare et al., 2012).

Απεικονιστικές μελέτες εγκεφάλου επίσης αποδεικνύουν ενδιαφέροντα ευρήματα. Οι Decety και συνεργάτες (2013) μελέτησαν την εγκεφαλική λειτουργία κρατούμενων με υψηλό βαθμό σε ερωτηματολόγιο ψυχοπαθθικότητας όταν παρατηρούσαν εικόνες επώδυνων (πίσιμο ενός δακτύλου σε πόρτα) και ανώδυνων (βάζοντας το χέρι σε πόμολο) συμβάντων. Παράλληλα εθελοντές με χαμηλού ή μεσαίου επιπέδου βαθμούς ψυχοπαθθικότητας παρατηρούσαν τις ίδιες εικόνες. Όταν κοιτούσαν τις εικόνες αυτές, ζητήθηκε μερικές φορές από τους συμμετέχοντες να φανταστούν ότι το περιστατικό συνέβαινε στους ίδιους, ενώ άλλες φορές τους ζητήθηκε να φανταστούν ότι το περιστατικό συνέβαινε σε κάποιον άλλον. Όταν φαντάζονταν τον πόνο για τον εαυτό τους, οι κρατούμενοι με υψηλό βαθμό ψυχοπαθθικότητας εκδήλωσαν αντίδραση σε εγκεφαλικά σημεία που αφορούν στην ενσυναίσθηση για τη διαχείριση του πόνου, περιλαμβανομένου του πρόσθιου νήσου του εγκεφάλου και της αμυγδαλής. Αντιθέτως,

όταν φαντάζονταν τον πόνο άλλου ατόμου, η δραστηριότητα στις εγκεφαλικές περιοχές ήταν μειωμένη. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με τους υψηλότερους βαθμούς στις διαπροσωπικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ψυχοπαθητικότητας εκδήλωσαν αύξηση της δραστηριότητας στην περιοχή του κοιλιακού ραβδωτού (που σχετίζεται με ευχαρίστηση) όταν φαντάζονταν κάποιον άλλον να υποφέρει.

Μελέτες σχετικά με την **οριακή διαταραχή της προσωπικότητας** αποδεικνύουν ότι οι κληρονομικοί παράγοντες έχουν κάποιον αιτιολογικό ρόλο. Τα αποτελέσματα πολλαπλών μελετών δείχνουν ότι η διαταραχή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε οικογένειες που έχουν ένα μέλος με τη διαταραχή και ότι η διαταραχή συνδέεται με διαταραχές της διάθεσης (Amad et al., 2014). Η πιθανότητα να έχει ένα άτομο τη διαταραχή είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη εάν έχει βιολογικούς συγγενείς με τη διαταραχή (Gunderson et al., 2011). Ακόμη, μελέτες δείχνουν συστηματικά μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων σε σχέση με διζυγωτικούς (Calati, Gressier, Balestri & Serretti, 2013).

Διάφορες γενετικές μελέτες εστιάζουν στη διερεύνηση γονιδίων που σχετίζονται με τη σεροτονίνη, επειδή η δυσλειτουργία του σεροτονικού συστήματος σχετίζεται με τη συναισθηματική αστάθεια, την παρορμητικότητα και την αυτοκτονική συμπεριφορά (Soloff, Chiappetta, Mason, Becker & Price, 2014· Joyce, Stephenson, Kennedy, Mulder & McHugh, 2013). Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν μελέτες που να έχουν εντοπίσει τα συγκεκριμένα γονίδια που σχετίζονται με τη διαταραχή (Amad et al., 2014· Lubke et al., 2014· Witt et al., 2014). Ενδείξεις από έρευνες υποδεικνύουν ότι πιθανώς τα γονίδια που κληρονομούνται δημιουργούν μια ευαλωτότητα όσον αφορά ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός ή η παρορμητικότητα, που αποτελούν βασικά στοιχεία της οριακής διαταραχής (Hooley et al., 2012).

Το νευρωνικό υπόβαθρο της συναισθηματικής, γνωσιακής και διαπροσωπικής λειτουργίας των οριακών ασθενών έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης με νευροαπεικονιστικά μέσα (Buchheim et al., 2012· Erbe, Diamond & Fertuck, 2012). Νευροαπεικονιστικές μελέτες υποδεικνύουν ότι το λιμβικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο (Schulze, Schmahl & Niedtfeld, 2016· Stone, 2013). Ακόμη, μια έρευνα δείχνει ότι ο όγκος στη δεξιά πλευρά του ιππόκαμπου σε οριακούς ασθενείς είναι σημαντικά μειωμένος σε σύγκριση με άτομα του γενικού πληθυσμού (Sala et al., 2011). Μια παρόμοια μελέτη βρήκε ότι οι οριακοί ασθενείς έχουν μειωμένο όγκο φαιάς ουσίας στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό (Brunner et al., 2010). Ο ιππόκαμπος και ο ραχιαίος πλάγιος προμετωπιαίος φλοιός έχουν κρίσιμο ρόλο στη διατήρηση και στον έλεγχο της παρορμητικής και της επιθετικής συμπεριφοράς (Bellani et al., 2010· Sala et al., 2011). Άλλες μελέτες υποδεικνύουν ότι η οριακή διαταραχή σχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα στην αμυγδαλή όταν ο πάσχων βρίσκεται σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις, καθώς και μειωμένη προμετωπιαία ρύθμιση (Leichsenring et al., 2011).

Ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας που συνεισφέρει στην αλληλεπίδραση γονιδίου και περιβάλλοντος ως αιτιολογία για τη διαταραχή είναι το πρώιμο τραύμα στα πρώτα χρόνια της ζωής, ειδικά εμπειρίες σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης. Πολλαπλές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι πάσχοντες αναφέρουν πολύ πιο συχνά ότι έχουν εκτεθεί σε κακοποίηση απ' ό,τι άτομα του γενικού πληθυσμού ή άτομα με άλλες ψυχικές διαταραχές (Bandelow et al., 2005· Kuo, Khoury, Metcalf, Fitzpatrick & Goodwill, 2015· Zanarini et al., 2014). Αυτές οι πρώιμες στρεσογόνες συνθήκες μπορεί να δημιουργούν μια μακροπρόθεσμη απορρύθμιση στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-αδρεναλίνη (HPA), επηρεάζοντας την ανάπτυξη του εγκεφάλου, καθώς και των κρίσιμων εγκεφαλικών κυκλωμάτων που παίζουν ρόλο στη ρύθμιση των συναισθημάτων (Hooley et al., 2012).

Στην περίπτωση της **αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας**, μια μελέτη στη Νορβηγία αποδεικνύει ότι τα προεξέχοντα χαρακτηριστικά της διαταραχής υποδεικνύουν μία μέτρια γενετική επιρροή και ότι η γενετική ευαλωτότητα, τουλάχιστον εν μέρει, είναι κοινή με αυτή της κοινωνικής φοβίας (Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Torgersen et al., 2007). Επιπλέον, παρατηρείται αυξημένη δραστηριότητα στην αμυγδαλή όταν ο πάσχων βρίσκεται σε κοινωνικές συνθήκες και αναμένει αρνητικές αντιδράσεις από άλλους (Denny et al., 2015). Η αμυγδαλή ενεργοποιείται όταν το άτομο αντιμετωπίζει απειλητικά ερεθίσματα.

Οι γενετικές επιρροές θεωρούνται σημαντικές όσον αφορά στην ανάπτυξη της **εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας** (Gjerde et al., 2012). Υπάρχουν εκτιμήσεις ότι το 30-60% της διασποράς οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες (Bornstein et al., 2015· Gjerde et al., 2012). Όσον αφορά στην **ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας**, μελέτες υποδεικνύουν ότι επίσης υπάρχει γενετική συνεισφορά στη διαταραχή (Gjerde et al., 2015· Cloninger & Svakic, 2009).

Η **βιολογική παρέμβαση** συνίσταται στη χρήση φαρμακευτικής αγωγής σε ορισμένες διαταραχές. Στην περίπτωση της **σχιζότυπης διαταραχής προσωπικότητας** η παρέμβαση θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη και λόγω της στενής σχέσης με τη σχιζοφρένεια. Εφαρμόζεται συνδυασμός προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένης της αντιψυχωτικής αγωγής, διάφορες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης που δίνονται από μέλη θεραπευτικής ομάδας, καθώς και εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων (Coccaro, 1998). Η προσέγγιση αυτή οδηγεί σε μείωση των συμπτωμάτων ή και καθυστέρηση της εκδήλωσης της σχιζοφρένειας (Nordentoft et al., 2006). Οι πάσχοντες ανταποκρίνονται θετικά στις ίδιες ψυχοδραστικές ουσίες που χορηγούνται σε σχιζοφρενείς. Η ιδέα της αντιμετώπισης νεότερων ατόμων με συμπτωματολογία της σχιζότυπης διαταραχής με συνδυασμό αντιψυχωτικής αγωγής, γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας και εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική προληπτική στρατηγική (Graff, McClure & Siever, 2014· Correll, Hauser, Auther & Cornblatt, 2010· McClure et al., 2019· Nordentoft et al., 2015· Weiser, 2011). Διάφορες κατηγορίες ψυχοφαρμάκων, ειδικά τα αντικαταθλιπτικά, αλλά και τα αντιψυχωτικά και τα αντιεπιληπτικά, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση θυμικών ή συναισθηματικών συμπτωμάτων που συσχετίζονται με την **οριακή διαταραχή** (Grossman, 2002· Koeningsberg, Woo-Ming & Siever, 2002· Siever et al., 2003· Silk & Feurino, 2012). Η ανταπόκριση των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ένδειξη του βιολογικού υπόβαθρου, σύμφωνα με υποστηρικτές της βιολογικής προσέγγισης.

## B. Συμπεριφοριστική προσέγγιση

Αρχικά, η συμπεριφοριστική προσέγγιση δεν αποδεχόταν την ύπαρξη των διαταραχών της προσωπικότητας, όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή του παρόντος κεφαλαίου, και συνεπώς οι διαταραχές προσωπικότητας δεν αποτέλεσαν από την αρχή αντικείμενο επιστημονικής ενασχόλησης για την προσέγγιση αυτή. Η μελέτη τους άρχισε αργότερα, όταν οι συγκεκριμένες διαταραχές θεωρήθηκε ότι αποτελούν κατηγορία συμπεριφοράς που οφείλεται στη μάθηση και, ως εκ τούτου, μπορούν να τροποποιηθούν (Alloy, Riskind & Manos, 2005). Συγκεκριμένα, η ενίσχυση, η μίμηση προτύπου και η ανάπτυξη δεξιοτήτων θεωρείται ότι παίζουν κρίσιμο ρόλο.

Η διαρκής **ενίσχυση** ορισμένων συμπεριφορών του παιδιού από τους γονείς μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας διαταραχής προσωπικότητας. Για παράδειγμα, η θετική ενίσχυση μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς και η τιμωρία της ανεξάρτητης συμπεριφοράς του παιδιού από τους γονείς μπορεί να οδηγήσουν στην εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή. Ακόμη, η ανοχή στην εγωιστική συμπεριφορά, καθώς και οι συμπεριφορές που στοχεύουν στην πρόκληση της προσοχής, αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη ιστριονικής διαταραχής προσωπικότητας. Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, οι γονείς που ενισχύουν τη χειριστική ή κακοποιητική συμπεριφορά του παιδιού –για παράδειγμα, το συχαίρουν που έχει αντιγράψει στο σχολείο χωρίς να το πιάσουν– μαθαίνουν στο παιδί ότι μπορεί να αποκτήσει αυτό που θέλει μέσω της συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Capaldi & Patterson, 1994).

Η **μίμηση προτύπου** είναι μια μορφή έμμεσης μάθησης με αναφορά σε σημαντικά πρόσωπα –για παράδειγμα, τους γονείς και τους συνομηλίκους–, καθώς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, κυρίως την τηλεόραση και τον κινηματογράφο. Λόγου χάριν, ένας γονέας που ασχολείται υπερβολικά με την τάξη, τους κανόνες και την οργάνωση αποτελεί πρότυπο για το παιδί του, το οποίο μπορεί να αναπτύξει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Παρομοίως, ένα παιδί με γονέα που αποφεύγει τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, λόγω φόβου κριτικής και απόρριψης, μπορεί να αναπτύξει αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Μελέτες που έχουν βρει ότι άτομα με αντικοινωνική



συμπεριφορά προέρχονται από οικογένειες με αντικοινωνικούς γονείς ενισχύουν την υπόθεση ότι οι αντικοινωνικές συμπεριφορές των γονέων, όπως η βία, η δολοπλοκία και η παρορμητικότητα, μεταδίδονται μέσω μίμησης προτύπου (Eron, 1997). Ελλείμματα όσον αφορά στην **ανάπτυξη δεξιοτήτων** επίσης μπορεί να συνεισφέρουν στη δημιουργία διαταραχών προσωπικότητας. Παραδείγματος χάριν, εάν οι γονείς δεν ευνοούν την πρωτοβουλία του παιδιού όσον αφορά βασικές αποφάσεις και ευθύνες και γενικώς την ανεξάρτητη λειτουργία του, δημιουργούν γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση εξαρτητικής διαταραχής προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή (Bornstein, 1997). Παρομοίως, γονεϊκές στάσεις που οδηγούν στην αδυναμία ανάπτυξης αυτο-καθυσάχωσης και αυτο-πρεμίας μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση οριακής διαταραχής της προσωπικότητας.

Η συμπεριφοριστική παρέμβαση δίνει έμφαση στην εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Τεχνικές για τον έλεγχο του άγχους, καθώς και η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων χρησιμοποιούνται στην περίπτωση της **παρanoiδούς διαταραχής προσωπικότητας** για να βοηθήσουν τον πάσχοντα να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα με αποτελεσματικό τρόπο. Παρόμοια εκμάθηση με παιχνίδι ρόλων, τεχνικές έκθεσης, ανάθεση εργασίας στο σπίτι χρησιμοποιείται στην περίπτωση της **σχιζοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας** (Millon, 1999). Σε άτομα με **σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας** η παρέμβαση στοχεύει στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, ενώ οι τεχνικές περιλαμβάνουν μαθήματα ορθοφωνίας, μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και συμβουλές για θέματα ενδυμασίας. Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν επίσης την αύξηση των κοινωνικών επαφών και τη μείωση της υπερδιέγερσης (Freeman et al., 1990· Millon, 1999).

Μια σημαντική μελέτη εξέτασε εάν **ανώμαλες αντιδράσεις στην εξαρτημένη μάθηση φόβου** σε ένα μικρό παιδί μπορεί να ευθύνονται για τη μεταγενέστερη αντικοινωνική συμπεριφορά του στην ενήλικη ζωή (Gao, Raine, Venables, Dawson & Mednick, 2010). Αυτή η 20ετής έρευνα μελέτησε την εξαρτημένη μάθηση φόβου στην ηλικία των 3 ετών και μετά εξέτασε στοιχεία σε σχέση με τυχόν εγκληματικότητα όταν οι συμμετέχοντες ήταν πλέον 23 ετών. Αυτό που βρήκαν ήταν ότι όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν συλληφθεί και ήταν κρατούμενοι εκδήλωσαν σημαντικά μειωμένο φόβο στην ηλικία των 3 ετών σε σύγκριση με τους άλλους συμμετέχοντες. Πολλοί κρατούμενοι δεν εκδήλωσαν κανέναν φόβο όταν ήταν παιδιά. Ελλείμματα στη λειτουργία της αμυγδαλής φαίνεται να καθιστούν τα άτομα αυτά ανίκανα να αναγνωρίζουν ενδείξεις απειλών, κάνοντάς τα άφοβα. Τα συγκεκριμένα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα παιδιά είχαν δυσκολίες σε αυτή την περιοχή του εγκεφάλου (Sterzer, 2010). Τα ευρήματα υποδεικνύουν επίσης έναν μηχανισμό μέσω του οποίου γεννητικές επιρροές, που οδηγούν σε βλάβες στην αμυγδαλή, αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικές επιρροές (μάθηση απειλών), δημιουργώντας ενήλικες που είναι σχετικά άφοβοι και, ως εκ τούτου, συμμετέχουν στις συμπεριφορές που επιφέρουν βλάβη στον εαυτό και σε άλλους.

Η παρέμβαση όσον αφορά στην **αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας** στοχεύει στη μάθηση υπεύθυνης συμπεριφοράς με την αξιοποίηση της επιβράβευσης για την κατάλληλη συμπεριφορά και της τιμωρίας για την ακατάλληλη. Άλλες τεχνικές είναι η θεραπευτική κοινότητα που στοχεύει στη μάθηση ευθύνης και τα ομαδικά προγράμματα επιβίωσης στη φύση που στοχεύουν στην αφοσίωση στην ομάδα, καθώς και στην αύξηση της αυτοεκτίμησης. Γενικώς, όμως, η αποτελεσματικότητα των τεχνικών αυτών τείνει να είναι μικρή, κυρίως επειδή οι περισσότεροι πάσχοντες δεν συμμετέχουν οικειοθελώς στα θεραπευτικά προγράμματα, αλλά εξαναγκάζονται από δικαστικές αποφάσεις.

Μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, ειδικά όσον αφορά στις σχέσεις με το άλλο φύλο, εφαρμόζεται σε άτομα με **ιστριονική διαταραχή της προσωπικότητας**, δεδομένου ότι διαμαρτύρονται συχνά για προβλήματα στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων (Kass, Silver & Abrahms, 1972· Stone, 1993). Εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, τόσο άμεση όσο και μέσω μίμησης προτύπου, καθώς και σε άλλες κοινωνικές δεξιότητες, εφαρμόζονται στην **αποφευκτική και εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας**. Τεχνικές της συμπεριφοριστικής παρέμβασης για το άγχος καθώς και την επίλυση προβλημάτων κοινωνικών δεξιοτήτων φαίνεται να είναι αποτελεσματικές (Borge et al., 2010). Η σταδιακή έκθεση του πάσχοντος σε συνθήκες κοινωνικών συναναστροφών τον αναγκάζει να αυξήσει τις κοινωνικές επαφές του. Η σταδιακή έκθεση χρησιμοποιείται επίσης ως τεχνική παρέμβασης

σε άτομα με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Η αντιμετώπιση της **ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής της προσωπικότητας** περιλαμβάνει πειράματα της συμπεριφοράς που απευθύνονται σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές.

## Γ. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση βασίζεται σε συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αρχές τις οποίες συνθέτει και εμπλουτίζει. Η προσέγγιση αυτή θεωρεί ότι η μάθηση αποτελεί τη βάση της προσωπικότητας και ότι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο εγγράφει, μεταλλάσσει και ανακαλεί πληροφορίες, ειδικά για τον εαυτό του και τους άλλους, παίζει κεντρικό ρόλο στην προσωπικότητα. Η προσωπικότητα αντανακλά μια διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ των απαιτήσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος και του τρόπου με τον οποίο το άτομο επεξεργάζεται πληροφορίες για τον εαυτό του και τον κόσμο (Bandura, 1986· Heim & Westen, 2005). Η προσέγγιση αυτή επικεντρώνεται σε διάφορους παράγοντες που θεωρούνται σημαντικοί σε σχέση με τις διαταραχές προσωπικότητας, όπως γνωσιακά σχήματα, προσδοκίες, στόχοι και αυτορρύθμιση (Bandura, 1999· Beck et al., 2003· Linehan, 1993, 2014· Mischel & Shoda, 1995). Σύμφωνα με το μοντέλο του Beck, οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις αποτελούν έναν βασικό αιτιολογικό παράγοντα στις διαταραχές προσωπικότητας. Τρεις διαστάσεις θεωρούνται κρίσιμες:

1. Οι αυτόματες σκέψεις, δηλαδή οι πεποιθήσεις και οι υποθέσεις για τον κόσμο, τον εαυτό και τους άλλους.
2. Οι διαπροσωπικές στρατηγικές.
3. Οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις, τα συστηματικά λάθη της λογικής σκέψης.

Με βάση τις διαστάσεις αυτές, περιγράφεται ένα προφίλ που χαρακτηρίζει κάθε διαταραχή προσωπικότητας (Beck et al., 2001, 2003).

Ο Young και οι συνεργάτες του θεωρούν ότι πρώιμα, δυσπροσαρμοστικά σχήματα και διαδικασίες επίσης παίζουν κρίσιμο ρόλο (Young & Lindemann, 2002· Young et al., 2003). Τα σχήματα θεωρείται ότι έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική διάσταση, είναι πιο διάχυτα και αφορούν σε μεγαλύτερο βαθμό στον διαπροσωπικό τομέα απ' ό,τι οι πεποιθήσεις. Προσδιορίζονται δεκαέξι δυσπροσαρμοστικά σχήματα, καθένα από τα οποία περιλαμβάνει γνωσιακές, συναισθηματικές και διαπροσωπικές συνιστώσες. Επίσης, προσδιορίζονται τρεις διαδικασίες που συμβάλλουν στην εμφάνιση διαταραχών προσωπικότητας:

1. Η διαδικασία που ευθύνεται για τη διατήρηση των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων – για παράδειγμα, η συμπεριφορά αυτοπαραίτησης.
2. Η αποφυγή σχημάτων, δηλαδή γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών τρόπων με τους οποίους το άτομο αποφεύγει το αρνητικό συναίσθημα που σχετίζεται με το σχήμα.
3. Η υπερανάπληρωση σχήματος, που αφορά σε τρόπους με τους οποίους το άτομο υπερανάπληρώνει ένα σχήμα.

Τα σχήματα αυτά δημιουργούνται νωρίς στη ζωή του ατόμου και διατηρούνται επειδή οι πάσχοντες προσανατολίζονται επιλεκτικά σε εμπειρίες που συμβαδίζουν με τις προκαταλήψεις τους και έχουν την τάση να ερμηνεύουν τις εμπειρίες τους ως επικύρωση των προκαταλήψεων αυτών. Ακόμη, οι δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές διαιώνίζονται και λόγω αυτοεκπληρούμενης «προφητείας». Για παράδειγμα, ένα άτομο με παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να εκνευρίσει τους άλλους με την καχυποψία του, ενώ το ίδιο ερμηνεύει τον εκνευρισμό των άλλων ως επίθεση προς το πρόσωπό του.

Όσον αφορά στην παρέμβαση, βασικός στόχος της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης είναι ο προσδιορισμός και η αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων, καθώς και των δυσπροσαρμοστικών τρόπων συμπεριφοράς. Επειδή οι πεποιθήσεις που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών προσωπικότητας είναι μακροχρόνιες και βαθιά ριζωμένες, στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία

δεν έχει στόχο να καταργήσει τις πεποιθήσεις εντελώς, αντιθέτως στοχεύει στην τροποποίηση, την εκ νέου ερμηνεία ή τη μεταμφίεσή τους.

Στην περίπτωση της **παρανοειδούς διαταραχής**, οι λανθασμένες πεποιθήσεις για τις κακοήθειες και δόλιες προθέσεις των άλλων αποτελούν τη βάση της διαταραχής. Η θεραπεία επιχειρεί την αμφισβήτηση αυτών των υποθέσεων, με στόχο την αλλαγή των πεποιθήσεων ότι όλοι οι άλλοι είναι κακόβουλοι και ανάξιοι εμπιστοσύνης (Beck, Davis & Freeman, 2015· Lobbestael & Arntz, 2012). Η παρέμβαση βοηθά το άτομο να αναπτύξει πιο ρεαλιστικές ερμηνείες για τα λεγόμενα και τις πράξεις των άλλων, καθώς και να αναγνωρίζει τις οπτικές τους. Για παράδειγμα, η παρέμβαση μπορεί να απευθύνεται σε δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις όπως: «Οι άλλοι έχουν κακές προθέσεις και δεν πρέπει κανείς να τους εμπιστεύεται». Επειδή όμως άτομα με παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να θεωρήσουν ότι η άμεση αντιπαράθεση των πεποιθήσεών τους είναι ένδειξη ότι και ο θεραπευτής είναι εναντίον τους, η παρέμβαση έχει στόχο να βοηθήσει τον πάσχοντα να αξιολογήσει την απειλή της κάθε περίπτωσης, καθώς και τον τρόπο που ο ίδιος μπορεί να αντιμετωπίσει τα πράγματα. Παραδείγματος χάριν, η παρέμβαση βοηθά τον πάσχοντα να αναγνωρίσει ότι ένας συνεργάτης που δεν θέλει το καλό του μάλλον δεν θα γίνει βίαιος ή δεν θα κάνει κάτι άμεσα για να τον υπονομεύσει (Beck & Freeman, 1990).

Άτομα με **σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας** παρουσιάζουν ελλείμματα στον τρόπο σκέψης. Η σκέψη τους είναι ασαφής και δυσκολεύονται να αντιληφθούν συναισθηματικά μηνύματα από άλλους. Οι ίδιοι δεν μπορούν να ανταποκριθούν. Η παρέμβαση σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει τον πάσχοντα να βιώνει πιο θετικά συναισθήματα και να έχει πιο ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις. Οι τεχνικές περιλαμβάνουν την καταγραφή ευχάριστων εμπειριών από τον πάσχοντα για να τις ανακαλεί στη μνήμη, καθώς και την παρουσίαση από τον θεραπευτή στον πάσχοντα καταλόγων από συναισθήματα. Επειδή οι κοινωνικές δεξιότητές τους είναι ελλιπείς, σημαντικό μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης περιλαμβάνει μάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων (Caballo, Salazar, Iurrtia, Olivares & Olivares, 2014).

Στην περίπτωση της **σχιζοτυπής διαταραχής της προσωπικότητας**, η γνωσιακή θεραπεία παροτρύνει τον πάσχοντα να εξετάσει τις ασυνήθιστες σκέψεις και αντιλήψεις αντικειμενικά και να προσπαθήσει να αγνοήσει τις ακατάλληλες. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί να σημειώνει περίεργες ή μαγικές προβλέψεις και αργότερα να σημειώνει τη μη επαλήθευσή τους. Ακόμη, όταν ο πάσχων μιλά και αρχίζουν να χαλαρώνουν οι συνειρμοί, ο θεραπευτής μπορεί να του ζητήσει να κάνει μια περίληψη αυτών που λέει. Παρ' όλα αυτά, η συγκεκριμένη διαταραχή αποτελεί πρόκληση για την προσέγγιση αυτή, η οποία βασίζεται στη λογική και αντικειμενική εκτίμηση, δεδομένου ότι το άτομο με αυτή τη διαταραχή σκέφτεται με πολύ ιδιόρρυθμο τρόπο (Hansell & Damour, 2005). Η διαδικτυακή γνωσιακή αποκατάσταση και εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων αναφέρεται ως αποτελεσματική, ειδικά σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική χρήση της γκουανφακίνης (guanfacine) (McClure et al., 2019).

Η **αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας** οφείλεται σε διαστρεβλωμένες και δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις. Γενικά, οι συνηθισμένοι στόχοι της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης περιλαμβάνουν τα εξής: (1) αυξημένο αυτοέλεγχο, αυτοκριτική σκέψη και αντίληψη της κοινωνικής προοπτικής· (2) αυξανόμενη αναγνώριση, επίγνωση και ευαισθητοποίηση σε σχέση με τα θύματα· (3) μάθηση διαχείρισης θυμού· (4) αλλαγή των αντικοινωνικών στάσεων· και (5) αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες. Η παρέμβαση διεξάγεται σε ελεγχόμενο περιβάλλον –για παράδειγμα, σε φυλακή– από το οποίο ο πάσχων δεν μπορεί να φύγει. Επιπλέον, η παρέμβαση γενικώς παροτρύνει τον πάσχοντα να σκεφτεί για θέματα ηθικής, καθώς και τις ανάγκες των άλλων (Beck & Freeman, 1990). Πρόσφατα, έχει αναδειχθεί η σημαντικότητα της έλλειψης ενσυναίσθησης και μετάνοιας και η αντιμετώπισή τους αποτελεί κεντρικό σημείο της παρέμβασης (Bailey, Sehgal, Coscia & Shelton, 2015). Μελέτη με βίαιους κρατούμενους υποδεικνύει ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μειώνει την πιθανότητα μιας βίαιης συμπεριφοράς ακόμα και πέντε χρόνια μετά την παρέμβαση (Olver, Lewis & Wong, 2013).

Περαιτέρω, μια πρόσφατη μελέτη βρήκε ότι τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από αίσθηση συναισθηματικής στέρησης, αίσθηση μεγαλείου, καχυποψία,

ευαλωτότητα σε βλάβη και αρρώστια, και κοινωνική απομόνωση. Οι πάσχοντες εμφανίζουν ακόμη πρώιμα δυσπροσαρμοστικά **σχήματα**. Θεωρούν ότι δεν είναι αγαπτοί, ότι οι άλλοι τους απορρίπτουν και ότι υποφέρουν από τη μοναξιά (Özdel et al., 2015). Η **θεραπεία σχήματος** εφαρμόζεται σε ορισμένες περιπτώσεις (Chakhssi, Kersten, De Ruiter & Bernstein, 2014). Με αφετηρία την ανασκόπηση των απωλειών λόγω αντικοινωνικών χαρακτηριστικών και τη συζήτηση για τις βασικές αξίες μπορεί να αυξηθεί η συνειδητοποίηση των πασχόντων για την ανάγκη τους για αλλαγή, και να κατευθυνθούν προς θετικές κοινωνικές συμπεριφορές σύμφωνα με τις δικές τους αξίες. Όταν οι πάσχοντες έχουν εμπλακεί στη θεραπευτική διαδικασία, η θεραπεία εστιάζει στη σκέψη και τη λήψη αποφάσεων του ασθενούς σχετικά με τις εγκληματικές του πράξεις, αλλά και τους κινδύνους, καθώς και για τις συνθήκες που τον θέτουν σε κίνδυνο για συνεχιζόμενη αντικοινωνική συμπεριφορά. Η επακόλουθη θεραπευτική διαδικασία στοχεύει στην αλλαγή των τρόπων σκέψης που σχετίζονται με την αντικοινωνική συμπεριφορά, ενώ αντιθέτως ενθαρρύνονται οι αποφάσεις που οδηγούν στην επιδίωξη βασικών αξιών και σε μια πιο ικανοποιητική ζωή. Η παρέμβαση εστιάζει επίσης στην αδυναμία στη σκέψη του πάσχοντος που τον εμποδίζει να συνδέσει τις πράξεις με τις επιπτώσεις τους, ειδικά την αναγνώριση του πώς οι πράξεις του μπορεί να βλάψουν τους άλλους (Mitchell, Tafrate & Freeman, 2015). Η ομαδική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία φαίνεται να είναι η πιο αποτελεσματική μορφή της προσέγγισης (Gabbard, 2014· National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

Στην περίπτωση της **οριακής διαταραχής της προσωπικότητας**, βασικό αιτιολογικό ρόλο παίζουν οι δυσκολίες στην αυτορρύθμιση ως προς τη στοχοθέτηση, την αυτοεκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την εκπλήρωση αυτών των στόχων, καθώς και την προσαρμογή της συμπεριφοράς με βάση την ανατροφοδότηση. Τα κύρια χαρακτηριστικά της απορρύθμισης του συναισθήματος είναι η δυσκολία περιορισμού της ακατάλληλης συμπεριφοράς που απορρέει από σφοδρά συναισθήματα, η δυσκολία αυτο-οργάνωσης για την εκπλήρωση στόχων, η ρύθμιση της σωματικής διέγερσης που συσχετίζεται με έντονη συναισθηματική διέγερση και η επανεστίαση της προσοχής σε περίπτωση συναισθηματικής διέγερσης. Συνεπώς, η αντιμετώπιση των δυσκολιών αυτών είναι βασική συνιστώσα του περιεκτικού μοντέλου παρέμβασης της Linehan, το οποίο ονομάζεται **διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς** και συνδυάζει γνωσιακές, συμπεριφοριστικές, ψυχοδυναμικές, βιολογικές, ακόμη και βουδιστικές αρχές (Niacsiu & Linehan, 2014· Panos, Jackson, Hasan & Panos, 2014). Η θεραπεία βασίζεται σε μια ιεράρχηση συμπεριφορών-στόχων όπου ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος ασχολούνται με συμπεριφορές με την ακόλουθη σειρά: συμπεριφορές που απειλούν τη ζωή του πάσχοντος, συμπεριφορές που εμποδίζουν τη θεραπεία, συμπεριφορές που εμποδίζουν την ποιότητα ζωής, συμπεριφορές που σχετίζονται με μετατραυματικό στρες και συμπεριφορές που εμποδίζουν τον αυτοσεβασμό και, γενικώς, την ποιότητα ζωής του πάσχοντος (Kim & Goff, 2000). Ο θεραπευτής επιδοκιμάζει θερμά το έντονο συναισθηματικό βίωμα του πάσχοντος χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές για να τον βοηθήσει να διαχειριστεί έντονες συναισθηματικές εμπειρίες και να λύσει καθημερινά προβλήματα με αποτελεσματικό τρόπο. Ατομικές συνεδρίες συνδυάζονται με ομαδική θεραπεία για την ανάπτυξη δεξιοτήτων σε τέσσερις τομείς: βελτίωση της εστίασης της προσοχής, αύξηση του συναισθηματικού ελέγχου, βελτίωση της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας και ανοχή δυσφορικών συναισθημάτων. Η εκμάθηση δεξιοτήτων στοχεύει στην αλλαγή της σκέψης του πάσχοντος αναφορικά με τις εμπειρίες, τον βοηθά να δεχθεί την πραγματικότητα, αμφισβητεί τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις σχετικά με τις διαπροσωπικές επαφές και απαρτίζει αντίθετα συναισθήματα. Μαθαίνει επίσης καινούργιες συμπεριφορές για την αντιμετώπιση συναισθηματικών κρίσεων – για παράδειγμα, διδάσκεται τεχνικές αυτο-καθυστάσεως ή εκπαιδεύεται στη διεκδικητικότητα. Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής προσφέρεται σε πάσχοντες που έχουν διαρκή δυσκολία να ελέγχουν τα σφοδρά συναισθήματά τους (Crits-Christoph & Barber, 2003).

Το γνωσιακό μοντέλο θεωρεί πως ο πάσχων με **ιστριονική διαταραχή της προσωπικότητας** δεν πιστεύει ότι μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του και, συνεπώς, χρειάζεται την προσοχή και την έγκριση από άλλους, την οποία προκαλεί με τη δραματική του συμπεριφορά. Ακόμη, το γνωστικό του στιλ βασίζεται σε ασαφείς εντυπώσεις παρά σε ακριβή σκέψη, λογική και συγκεκριμένα γεγονότα. Η

θεραπεία έχει στόχο να βοηθήσει τον πάσχοντα να προσδιορίσει αυτό που θέλει και να το ζητά άμεσα, παρά να καταφεύγει σε έμμεσες και μη αποτελεσματικές συμπεριφορές αναζήτησης προσοχής (Freeman et al., 1990). Επίσης, η παρέμβαση στοχεύει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αίσθησης ότι ο πάσχων μπορεί να είναι ανεξάρτητος.

Σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς, η **ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας** οφείλεται σε διαστρεβλωμένα σχήματα όσον αφορά στην αυτοεκτίμηση και την εκτίμηση των άλλων. Ο πάσχων θεωρεί τον εαυτό του και τους άλλους είτε ανώτερο/ους είτε άχρηστο/ους. Αυτά τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα μπορεί να οδηγήσουν τον πάσχοντα σε επώδυνα βιώματα – για παράδειγμα, κατάθλιψη μετά την απώλεια μιας σχέσης. Συνήθως, ο πάσχων απευθύνεται σε κάποιον ειδικό λόγω αυτών των συμπτωμάτων, παρά λόγω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του και, ως εκ τούτου, η θεραπεία απευθύνεται στην αντιμετώπιση των υποβοσκομένων σχημάτων. Η παρέμβαση παροτρύνει τον πάσχοντα να έχει μια πιο ρεαλιστική εικόνα, τόσο του εαυτού του όσο και των άλλων. Μια άλλη οπτική θεωρεί ότι η διαταραχή αναπτύσσεται όταν ο πάσχων από την παιδική του ηλικία αντιμετωπίζεται με υπερβολικό θαυμασμό από τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του και, συνεπώς, μαθαίνει να υπερεκτιμά την αυτοαξία του, με αποτέλεσμα να έχει μια αίσθηση ανωτερότητας και μεγαλείου (Millon, 1987). Η παρέμβαση επικεντρώνεται στον εγωιστικό τρόπο σκέψης του πάσχοντος και στην ανακατεύθυνση της προσοχής του στις γνώμες των άλλων, καθώς και στη μάθηση της ενσυναίσθησης (Beck & Freeman, 1990).

Άτομα που πάσχουν από **αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας** έχουν χαρακτηριστικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις όσον αφορά στην αναμονή απόρριψης και κριτικής των άλλων, καθώς και στην τάση να αγνοούν τα θετικά μηνύματα επειδή δεν συμβαδίζουν με τις διαστρεβλώσεις αυτές (Millon & Davis, 2000). Η θεραπεία στοχεύει στην αλλαγή αυτών των πεποιθήσεων, στην ανοχή δυσάρεστων συναισθημάτων και στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης (Alden, 1989· Beck & Freeman, 1990). Για παράδειγμα, μια παρέμβαση παροτρύνει τον πάσχοντα να προσέξει τη θετική ενίσχυση από το περιβάλλον που συνήθως αγνοεί. Ακόμη, ο θεραπευτής μέσω της αντιπαράθεσης, βοηθά τον πάσχοντα να αναθεωρήσει την ιδέα ότι η απόρριψη είναι αβάσταχτα επώδυνη και ότι πρέπει να την αποφύγει πάση θυσία (Beck & Freeman, 1990).

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, δύο προσαρμοστικές τάσεις παίζουν βασικό ρόλο στην **εξαρτητική διαταραχή της προσωπικότητας**. Το άτομο αισθάνεται ότι είναι ανεπαρκές και ανήμπορο να αντιμετωπίσει τον κόσμο και ότι χρειάζεται κάποιον να τον προστατεύει για να μπορεί να τα βγάλει πέρα. Επίσης, χαρακτηρίζεται από διπολική σκέψη, δηλαδή πιστεύει ότι είτε θα είναι ανεξάρτητο, αλλά τελείως μόνο, είτε θα είναι εξαρτημένο, αλλά εντελώς ανήμπορο (Beck, 1997). Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν αμφισβήτηση των πεποιθήσεων αυτών και δημιουργούν ευκαιρίες για την αυτόνομη λειτουργία του πάσχοντος. Ακόμη, ο πάσχων ενθαρρύνεται να κάνει ορισμένα πράγματα –για παράδειγμα, να ψωνίσει χωρίς συμβουλές άλλων– τα οποία όταν πραγματοποιούνται, επιβεβαιώνουν την άποψη ότι δεν είναι ούτε ανήμπορος, ούτε αναποτελεσματικός (Freeman et al., 1990).

Δυσλειτουργικές γνωσιακές διεργασίες χαρακτηρίζουν την **ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας**. Η διπολική σκέψη μπορεί να οδηγήσει στην τελειομανία και την ακαμψία, καθώς και στην τάση του ατόμου να παρερμηνεύει ή να υπερβάλλει ως προς τις επιπτώσεις των λαθών του. Επιπλέον, ο πάσχων επικεντρώνεται σε λεπτομέρειες, παρά στα βασικά θέματα της ζωής του. Η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση των φόβων που φαίνεται να ελλοχεύουν στην ανάγκη για τάξη (Pinto, 2016). Οι γνωσιακές τεχνικές απευθύνονται στον παράλογο χαρακτήρα του γνωστικού στίλ του πάσχοντος, ο οποίος παροτρύνεται να αλλάξει τη διπολική σκέψη, την τελειομανία, την αναποφασιστικότητά του, καθώς και τη χρόνια τάση του να ανησυχεί. Ο πάσχων εύκολα δέχεται και εφαρμόζει τις τεχνικές αυτές, επειδή προσανατολίζονται προς την ορθολογιστική ανάλυση που συνάδει με τον τρόπο σκέψης του (Hansell & Damour, 2005).

## Δ. Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Σήμερα, οι διαταραχές της προσωπικότητας βρίσκονται στο προσκήνιο του κλινικού και θεωρητικού ενδιαφέροντος της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, επειδή η πλειονότητα των ατόμων που προσέρχονται για βοήθεια εμφανίζουν αυτές τις διαταραχές (Baudry, 1995· Bornstein, 2006· Kernberg & Caligor, 2005· McWilliams, 2012). Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ήταν η πρώτη που ασχολήθηκε με τις διαταραχές προσωπικότητας, με αφετηρία το έργο του Freud (Westen, Gabbard & Blagov, 2006). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υποδεικνύει πολλές και σημαντικές μεταγενέστερες εξελίξεις, οι οποίες προέρχονται από και συμβαδίζουν με τα κύρια ψυχαναλυτικά ρεύματα – για παράδειγμα, η ψυχολογία του Εγώ, η θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, η ψυχολογία του Εαυτού, η ψυχοσωματική προσέγγιση, η διυποκειμενική προσέγγιση (Heim & Westen, 2005). Η ψυχαναλυτική σκέψη έχει επίσης επηρεάσει άλλες προσεγγίσεις, τόσο ως προς την κατανόηση όσο και ως προς την παρέμβαση<sup>5</sup>.

Στη μελέτη των διαταραχών προσωπικότητας κεντρικό ρόλο κατέχει η έννοια της προσωπικότητας στο σύνολό της, ιδιαίτερα η ανάπτυξη και η διαμόρφωσή της. Οι όροι «προσωπικότητα» (personality) και «χαρακτήρας» (character) χρησιμοποιούνται στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία εναλλακτικά<sup>6</sup>. Ο χαρακτήρας του ατόμου και τα γνωρίσματα που τον συγκροτούν είναι πολυδιάστατα και πολύπλοκα φαινόμενα. Κάθε γνώρισμα αποτελεί συνδυασμό των ενορμήσεων, των αμυνών, των ταυτίσεων, καθώς και ορισμένων στοιχείων του Υπερεγώ. Τα γνωρίσματα μπορεί να είναι είτε προσαρμοστικά είτε δυσπροσαρμοστικά. Συνεπώς, ο χαρακτήρας κάθε ανθρώπου εκδηλώνεται με τον τρόπο που αυτός συνήθως λειτουργεί, δηλαδή με τον τρόπο που αισθάνεται και αντιδρά. Ο τρόπος αυτός τον διαφοροποιεί από όλους τους άλλους, ενώ δεν αποτελεί ένδειξη ούτε φυσιολογικότητας ούτε ψυχοπαθολογίας.

Η έννοια του χαρακτήρα αναφέρεται στη βιβλιογραφία για πρώτη φορά από τον Freud στα κείμενά του *The Interpretation of Dreams* (Freud, 1900) και *Three Essays on the Theory of Sexuality* (Freud, 1905), ενώ η θεμελιακή ανάπτυξη της ψυχαναλυτικής έννοιας του χαρακτήρα εντοπίζεται στο κείμενο *Character and Anal Eroticism* (Freud, 1908)<sup>7</sup>. Τα πρώτα σχήματα ταξινόμησης των διαταραχών προσωπικότητας που περιέγραψαν ο Freud (1931) και ο Abraham (1921, 1924a) αφορούσαν στην περιγραφή του στοματικού, του πρωκτικού και του γεννητικού χαρακτήρα. Ο Fenichel (1945), στο κλασικό του εγχειρίδιο, θεωρεί ότι ο χαρακτήρας αντανάκλα την προσπάθεια του Εγώ να απαρτιώσει τις απαιτήσεις του Εκείνου, του Εγώ, του Υπερεγώ και της καταναγκαστικής επανάληψης<sup>8</sup>, και ταξινομεί διαταραχές του χαρακτήρα ως παθολογικές συμπεριφορές προς το Εκείνο, το Υπερεγώ και προς εξωτερικά αντικείμενα. Το έργο του Reich (1949) επίσης θεωρείται θεμελιακό όσον αφορά στον χαρακτήρα. Ο Reich ασχολήθηκε εκτενώς με τη δομή του χαρακτήρα, καθώς και με τις διαταραχές του, εστιάζοντας την προσοχή του σε άτομα με ισχυρά, άκαμπτα χαρακτηριστικά που τα ονόμασε «πανοπλία του χαρακτήρα» (character armor), καθώς και σε θεραπευτικές τεχνικές που ενδείκνυνται σε τέτοιες περιπτώσεις.

Οι θεωρητικές αυτές τοποθετήσεις αποτελούν την αφετηρία της ψυχαναλυτικής προσέγγισης όσον αφορά στον χαρακτήρα, αλλά έχουν πλέον εγκαταλειφθεί, επειδή μεταγενέστερες μελέτες έχουν υποδείξει ότι ο χαρακτήρας και οι διαταραχές του διακρίνονται από μεγαλύτερη πολυπλοκότητα. Σύμφωνα

5. Για παράδειγμα, η έννοια του Beck (1976) για τη διπολική σκέψη (dichotomous thinking) περιγράφει το φαινόμενο, δηλαδή την άμυνα της διχοτόμησης (splitting), που προϋπάρχει στη βιβλιογραφία (Bornstein, 2006).

6. Παρότι οι δύο όροι σχετίζονται στενά, μια ακριβέστερη οπτική τους διαφοροποιεί ως εξής: Η προσωπικότητα αφορά στο σύνολο των σωματικών, συναισθηματικών, συμπεριφοριστικών, νοητικών και κοινωνικών στοιχείων του ατόμου. Ο χαρακτήρας αποτελεί μια πιο περιορισμένη έννοια που περιλαμβάνει δύο διαστάσεις. Η κλινική διάσταση αφορά στις σταθερές στάσεις και συμπεριφορές του ατόμου (γνωρίσματα-traits), όπως παρατηρούνται από άλλους, που τον διαφοροποιούν από τους άλλους. Η θεωρητική, μεταψυχολογική διάσταση αφορά στην περιγραφή της οργάνωσης του ψυχισμού (Baudry, 1995· De Mijolla, 2005).

7. Περιγράφει μια συννησιμένη κλινική εικόνα που αποτελείται από τρία γνωρίσματα: τη φειδώ, το πείσμα και την έμφαση στην τάξη, τα οποία θεωρεί παράγωγα του πρωκτικού αναπτυξιακού σταδίου. Τα γνωρίσματα αυτά αποτελούν εξέλιξη αρχικών ενορμήσεων σε τροποποιημένη μορφή ή αντιδραστικούς σχηματισμούς ή μετουσιώσεις.

8. Θεωρία που αρχικά διατύπωσε ο Waelder (1930).