



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΥΠΟ:

Μαντέ Ελένη

Επόπτης

Ζέρβας Ιωάννης, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Επιβλέποντες

*Μαλογιάννης Ιωάννης, Ψυχίατρος- Ψυχοθεραπευτής
Γιαννούλη Ελένη, Ψυχολόγος- Εικαστική ψυχοθεραπεύτρια*

ΑΘΗΝΑ – Ιανουάριος 2021

ΤΙΤΛΟΣ

“Οριακοί ασθενείς και συναισθήματα: Μπορούν να τα Εντοπίσουν, να τα Διαχωρίσουν και να τα Εκφράσουν; Στάθμιση της κλίμακας Νοητικοποίησης των Συναισθημάτων (MAS)”

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές, την κα. Γιαννούλη Ελένη, η οποία με πολύ διάθεση υποστήριξε, ενθάρρυνε και βοήθησε με τις γνώσεις και την καθοδήγησή της στη διεκπεραίωση αυτής της διπλωματικής εργασίας και τον κο. Ιωάννη Μαλογιάννη, για την βοήθεια που παρείχε κατά την συγγραφή της εργασίας αυτής όπως και τον επόπτη μου κο. Ιωάννη Ζέρβα, για την πολύτιμη συμβολή του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα ερευνητική εργασία εξετάζει τα συναισθήματα και τις ιδιότητές των οριακών ασθενών με γνώμονα την έννοια της Νοητικοποίησης. Η Νοητικοποίηση ή Mentalizing είναι η προσυνειδητή φαντασιακή ψυχονοητική διεργασία αναφορικά με τον εαυτό και τους άλλους. Επιτρέπει να αντιλαμβάνεται και να ερμηνεύει κανείς την ανθρώπινη συμπεριφορά βάσει υποκείμενων, εμπρόθετων ψυχονοητικών καταστάσεων (π.χ. ανάγκες, επιθυμίες, πεποιθήσεις, συναισθήματα, στόχοι κ.α.). Μέσω της χορήγησης της κλίμακας Νοητικοποίησης των Συναισθημάτων-Mentalizing Affectivity Scale (MAS), της εκτίμησης των ψυχομετρικών της ιδιοτήτων και της στάθμισής της σε ελληνικό πληθυσμό αποσκοπεί στο να διερευνήσει κατά πόσο οι οριακοί ασθενείς μπορούν να εντοπίσουν, να διαχωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Διερευνά, επίσης, τον βαθμό της επίγνωσής τους κατά τη διάρκεια των συναισθηματικών διεργασιών. Η κλίμακα MAS συνδυάζει τρεις άξονες σε ένα εργαλείο και δεν έχει μέχρι στιγμής χρησιμοποιηθεί σε οριακούς ασθενείς. Μέσω συσχετίσεων και συγκρίσεων μεταξύ της κλίμακας MAS και επιμέρους ερωτηματολογίων ως προς τις απαντήσεις τριών κλινικών ομάδων, υπάρχουν προκαταρκτικά ευρήματα που αποτελούν τάσεις. Σύμφωνα με αυτές, φάνηκε πως οι οριακοί ασθενείς δυσκολεύονται στην επεξεργασία των συναισθημάτων, όπως αναμενόταν, και αισθάνονται αβεβαιότητα στην προσπάθεια νοητικοποίησης. Επιπλέον, χαμηλή νοητικοποίηση βρέθηκε σε όσους είχαν περισσότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις. Ως προς την αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει πολύ καλός δείκτης Cronbach's alpha. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε το δείγμα βρίσκεται ακόμη σε διαδικασία συλλογής και τα ευρήματα αποτελούν τάσεις.

Λέξεις κλειδιά: νοητικοποίηση, mentalizing, κλίμακα MAS, οριακή διαταραχή προσωπικότητας

ABSTRACT

The present research examines the feeling and the characteristics of patients with borderline personality disorder, from the point of view of mentalizing. Mentalizing is a form of imaginative mental activity about others or oneself. Namely, perceiving and interpreting human behavior in terms of intentional mental states (e.g. needs, desires, feelings, beliefs, goals, purposes, and reasons). Through the administration of MAS scale, the evaluation of its psychometric characteristics and adaptation of the scale in Greek population, our research aims to study the capability of borderline patients to identify, process and express their feelings. Furthermore, we are researching the level of the patients's awareness during the affective procedures. MAS scale combines three aspects as a tool and has not been used in borderline patients yet. Through correlations and comparisons between MAS scale and aliquot questioners as for the responses of three clinical groups, there are preliminary findings that tend to be trends. According to them, patients with borderline personality disorder seem to struggle to work through their emotions, as expected, and they feel uncertainty when trying to mentalize. Moreover, low level of mentalizing was found in those who were suffering from more psychiatric disorders. As for the reliability of the internal consistency, analysis showed that there is very good Cronbach's alpha indicator. On the other hand, as mention above, the sample is still procedure of collection and the results so far are only trends.

Key Words: mentalizing, MAS scale, borderline personality disorder

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
Οριακή διαταραχή προσωπικότητας – Borderline Personality Disorder (BPD).....	7
Νοητικοποίηση - Mentalizing	11
Θεραπεία βασισμένη στη Νοητικοποίηση - Mentalization based treatment (MBT)	14
Θεωρία Νοητικοποίησης των συναισθημάτων – Mentalized affectivity (MA)	17
Ερωτηματολόγιο Νοητικοποίησης – Mentalized affectivity scale (MAS)	18
ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	18
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ	19
Στόχοι της μελέτης	19
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ	19
ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ - ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ	20
ΔΕΙΓΜΑ	20
Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού	21
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	21
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	25
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	26
Δημογραφικά	26
Συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα με τον συντελεστή Pearson r – MAS correlation to all tests.....	26
One way anova MAS-SCID 5 PD	27
One way anova MAS-RFQ.....	27
Εσωτερική συνάφεια-Δείκτης Cronbach’s Alpha	29
Στάθμιση.....	29
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	29
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	31
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	32
Δήλωση τήρησης εχεμύθειας.....	32
ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΔΗ ΚΕΚΤΗΜΕΝΗ ΓΝΩΣΗ.....	33
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	33

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	38
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	43
Έντυπο συγκατάθεσης.....	43
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ:.....	43
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	45

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οριακή διαταραχή προσωπικότητας – Borderline Personality Disorder (BPD)

Βιβλιογραφικά, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας μονοπωλεί το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της ψυχικής υγείας εδώ και αρκετές δεκαετίες λόγω της

ιδιαιτερότητάς της εν γένει και της δυσκολίας ρύθμισης του συναισθήματος. Τη δεκαετία του 1960, ύστερα από παρατηρήσεις των κλινικών ιατρών, είτε στα γραφεία τους είτε σε νοσηλευόμενους κατέληξαν πως υπήρχε μια ομάδα ασθενών που δεν μπορούσε να ενταχθεί διαγνωστικά σε μία μόνο από τις υπάρχουσες διαταραχές καθώς πληρούσε κριτήρια από πολλές ταυτόχρονα. Ο Grinker ήταν ο πρώτος που έδωσε τον ορισμό "οριακό σύνδρομο". Στη συνέχεια, η προσοχή της ερευνητικής κοινότητας στράφηκε σε αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι άρχισαν να συμπεριλαμβάνονται σε έρευνες, ενώ προσπάθησαν και άλλοι να τους χαρακτηρίσουν όπως "οριακή σχιζοφρένεια" και "οριακή οργάνωση προσωπικότητας" κατά Kernberg. Τελικά, συμπεριλήφθηκε στο DSM-3 το 1980, όπου μέχρι και σήμερα στο DSM-5 ισχύουν ακόμη τα ίδια κριτήρια με ελάχιστες διαφορές (Gunderson et al.,2013). Το ενδιαφέρον, όμως, παρέμεινε και έτσι τα τελευταία χρόνια οι συνεχείς έρευνες βοήθησαν στην καλύτερη κατανόηση και θεραπεία της ΟΔΠ, η οποία χαρακτηρίζεται από σοβαρά λειτουργικά χαρακτηριστικά, υψηλό δείκτη αυτοκτονικότητας, αρνητική επίδραση στην πορεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, εκτεταμένη χρήση της θεραπείας καθώς και αρκετές κοινωνικές επιπτώσεις.

Επιπλέον, παρουσιάζει αστάθεια ως προς την πορεία της νόσου σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές προσωπικότητας. Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από χρόνιο μοτίβο ασταθούς διάθεσης, ασταθών σχέσεων, απρόβλεπτων συναισθημάτων, παρορμητικών συμπεριφορών και κατακερματισμένης εικόνας εαυτού. Παράλληλα, οι οριακοί ασθενείς επιδεικνύουν συχνά αυτοκτονική και αυτοτραυματική συμπεριφορά. Συνήθως έχουν χρόνιο αίσθημα κενού, απρόσφορο, έντονο θυμό και δυσκολία ελέγχου αυτού. Σε περιόδους έντονου στρες ενδέχεται να εμφανίσουν παρανοειδή ιδεασμό ή βαριά αποσυνδεδετικά συμπτώματα (APA,2000). Άλλωστε παλαιότερα ο όρος οριακή προσωπικότητα αναφερόταν σε άτομα που βρισκόταν μεταξύ νεύρωσης και ψύχωσης (Getzfeld, 2009). Αυτό γίνεται φανερό και από τις διαφορές που παρουσιάζουν τα διαγνωστικά εγχειρίδια. Πιο συγκεκριμένα, κατά το DSM-V η οριακή διαταραχή σκιαγραφείται ως μια ενιαία μορφή ενώ το ICD-10 τη διαχωρίζει σε δύο κατηγορίες, αυτή που χαρακτηρίζεται από παρορμητικές και εκρηκτικές συμπεριφορές και αυτή που χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά, ενοχικά συναισθήματα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (DSM-V, ICD-10).

Τα αίτια δεν είναι ακόμη πλήρως ξεκάθαρα, ωστόσο φαίνεται να συνηγορούν στην εκδήλωση της νόσου η κληρονομικότητα, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα δυσμενή γεγονότα ζωής όπως είναι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική

ηλικία (Zanarini et al.,2002), τραύμα, παραμέληση (Yen S et al.,2002) . Παράλληλα, οι νευροβιολογικές έρευνες υποστηρίζουν πως νευροβιολογικοί παράγοντες σχετίζονται με κάποια από τα συμπτώματα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Skodol et al.,2002). Οι Γονιδάκης & συν., 2018 αναφέρουν επίσης πως για την αιτιοπαθογένεια φαίνεται να συμβάλλουν τόσο οι γενετικοί παράγοντες όσο και η επίδραση εξαιρετικά αντίξοων περιβαλλοντικών καταστάσεων και συγκεκριμένα η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία βάσει ερευνών συμβάλλει τις περισσότερες φορές στην εμφάνιση της νόσου. Οι Gunderson et al., (2013) υποστηρίζουν επίσης πως η αλληλεπίδραση μεταξύ του πρώιμου περιβάλλοντος, τα γονίδια και οι νευροβιολογικοί παράγοντες συνεπικουρούν στην εκδήλωση της νόσου (Gabbard et al., 2005). Βέβαια, παρά την ύπαρξη επιστημονικών δεδομένων για την επίδραση των γονιδίων, μέχρι στιγμής δεν έχει εντοπιστεί ποιο ή ποια συγκεκριμένα γονίδια είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση της ΟΔΠ (Skodol et al., 2002). Η αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων ίσως δίνουν την καλύτερη εξήγηση αναφορικά με τα αίτια της νόσου σύμφωνα με τις έρευνες για την επίδραση του περιβάλλοντος και των γονιδίων όπου προτείνουν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο εξήγησης της ΟΔΠ. Αναφορικά με τη συχνότητα, η διαταραχή εμφανίζεται στο 1,7% του γενικού πληθυσμού, 10% σε εξωτερικούς ασθενείς και 15-25% σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς. Δεν υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις ότι είναι πιο συχνή στις γυναίκες, αυτό που φαίνεται να ισχύει όμως είναι πως εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, χαμηλό εισόδημα και κοινωνική τάξη (Gunderson et al., 2013). Σε κλινικό πληθυσμό είναι η πιο συχνή διαταραχή προσωπικότητας, σε νοσηλευόμενους ανέρχεται μεταξύ 6,5-42,7% και 8-18% σε ψυχιατρικούς εξωτερικούς ασθενείς (Oldham, 2006). Επιπλέον, οι συχνές νοσηλείες των οριακών ασθενών σχετίζονται με αυτοκτονικότητα, ψυχωσικά συμπτώματα και ανορεξία, παραδόξως όχι με κατάθλιψη (Gunderson et al.,2013). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες το 5-9% του γενικού πληθυσμού δεν αναζητά θεραπεία, ωστόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα ο αριθμός των οριακών ασθενών είναι 4 φορές πιο υψηλός σε σχέση με τον γενικό, φαίνεται πως συχνά είναι χρήστες της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Oldham, 2006).

Αναφορικά με την πορεία της νόσου, επιδεικνύει υψηλό δείκτη ύφεσης σύμφωνα με έρευνες follow up βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες (Zanarini et al.,2006). Ακόμη, ο ρυθμός ύφεσης δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ύπαρξη μείζονος κατάθλιψης ενώ αντίθετα η ύφεση της μείζονος κατάθλιψης φαίνεται να είναι μειωμένη από την ταυτόχρονη ύπαρξη ΟΔΠ (Gunderson et al., 2004). Τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά όπως ο θυμός, το άγχος, η κατάθλιψη, και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά όπως η εγκατάλειψη και η

εξάρτηση είναι τα πιο επικρατέστερα και σταθερά ενώ τα παρορμητικά χαρακτηριστικά όπως απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμοί επικρατούν λιγότερο. Κάποια χαρακτηριστικά τείνουν να μειώνονται σταδιακά με τα χρόνια και αυτό φαίνεται να σχετίζεται μερικώς με την ιδιοσυγκρασία του εκάστοτε ασθενούς (Zanarini et al., 2007). Σύμφωνα με τον Schmideberg (1959), οι οριακοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από "σταθερή αστάθεια" ως προς τα χαρακτηριστικά και την συμπεριφορά τους. Επιπλέον, έχει φανεί πως ασθενείς με σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και οριακή διαταραχή προσωπικότητας βρίσκονται στην ίδια κλίμακα επικινδυνότητας (Carpenter et al., 1977, Paris et al., 2007).

Συχνή συννόηση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ του άξονα I και του άξονα II. Μάλιστα, το 84,5 % με ΟΔΠ εμφανίζει κριτήρια ένα ή παραπάνω διαταραχών του άξονα I το τελευταίο δωδεκάμηνο και το 73,9% εμφανίζει διαταραχή του άξονα II έστω μια φορά κατά τη διάρκεια της ζωής. Η ΟΔΠ συνήθως συνυπάρχει με διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές και κατάχρηση ουσιών. Υπάρχει όμως, διαφοροποίηση ως προς αυτό αναφορικά με τα φύλα καθώς οι άντρες με ΟΔΠ συχνότερα εμφανίζουν κατάχρηση ουσιών ενώ οι γυναίκες τη διαταραχή πρόσληψης τροφής (Lenzenweger et al., 2007, Goldstein et al., 2008)

Επιπλέον, ο δείκτης θνησιμότητας φτάνει στο 8 με 10% που σημαίνει 50 φορές πιο πάνω από τον γενικό πληθυσμό εξαιτίας του υψηλού κινδύνου αυτοκτονικότητας, όπως προαναφέρθηκε (Oldham, 2006). Παρόλα αυτά το 25,9% των ασθενών αναφέρουν καλή ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα σε αντίθεση με το 80% που χάνει αυτές τις δεξιότητες με την πάροδο του χρόνου και δεν τις ανακτά ξανά (Zanarini et al., 2010).

Αναφορικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, ο APA προτείνει ως βασική θεραπεία την ψυχοθεραπεία με παράλληλη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Οι προσεγγίσεις που ενδείκνυται μέχρι στιγμής και υπάρχουν αποτελέσματα είναι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η γνωστικο - συμπεριφορική και η διαπροσωπική θεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία μειώνει συμπτώματα γνωστικά-αντιληπτικά, συναισθηματικά καθώς και παρορμητικές συμπεριφορές (Binks et al., 2006). Τα επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας ποικίλουν καθώς οι έρευνες παραμένουν περιορισμένες και δεν υπάρχουν ενδείξεις πως μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα. Το ίδιο ισχύει και για την ψυχοθεραπεία όπου φαίνεται να ανταποκρίνονται σε κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα. Μέχρι στιγμής δεκατρείς θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν δοκιμαστεί για την αντιμετώπιση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, από αυτές μόνο οι πέντε έχουν επιστημονικά αποδειχθεί

αποτελεσματικές. Η Dialectical Behaviour Therapy (DBT), Mentalization Based Treatment (MBT), Schema focused therapy (SFT), Transference Focused Therapy (TFT), Systems Training For Emotional Predictability and Problem Solving (Choi-Kain et al., 2017). Παρ'όλα αυτά δεν υπάρχει μέχρι στιγμής θεραπεία εκλογής. Οι Choi - Kain et al. (2017) κατέληξαν πως παρόλο που οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματικές σε άλλου είδους διαταραχές όπως τη διαταραχή μετατραυματικού στρες ή διαταραχή πρόσληψης τροφής, στην ΟΔΠ καμία δεν φαίνεται να είναι πλήρως αποτελεσματική φτάνοντας και πάλι στο συμπέρασμα πως είναι μια ασθένεια που δεν θεραπεύεται.

Όπως προαναφέρθηκε, οι οριακοί ασθενείς αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα στη συναισθηματική ρύθμιση αφού χαρακτηρίζονται από συχνές εναλλαγές της διάθεσης, ευμεταβλητότητα, έντονο θυμό ή έντονη χαρά (DSM-V). Αυτό γίνεται φανερό και από τα αποτελέσματα ερευνών κατά τα οποία έχει βρεθεί ένας σημαντικός αριθμός καλών θεραπευτικών πρακτικών οι οποίες μειώνουν τις αυτοκτονικές δραστηριότητες, τους αυτοτραυματισμούς, τις παρορμητικές συμπεριφορές και τη γενικότερη ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, υπάρχουν λιγότερα δεδομένα σχετικά με τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, του αισθήματος κενού και της μοναξιάς, του θυμού, των κοινωνικών και διαπροσωπικών λειτουργιών (Bateman & Fonagy, 2008). Στους οριακούς ασθενείς κυριαρχούν και εκφράζονται πιο πρωτόγονες συναισθηματικές συμπεριφορές (οργή, φθόνος, μίσος) τα οποία εναλλάσσονται με αισθήματα κενού και έλλειψης νοήματος ζωής (Χαντζηανδρέου, 2005). Κατά τον Kernberg (1986), η επεξεργασία και έκφραση πιο σύνθετων συναισθημάτων δεν υφίσταται στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Φαίνεται πως οι Οριακοί ασθενείς δεν έχουν μάθει κατά την παιδική τους ηλικία τις δεξιότητες των συναισθημάτων, όπως τον τρόπο να εντοπίζουν, να ανέχονται, να διαχειρίζονται, να εκφράζουν ή να χρησιμοποιούν τα συναισθήματά τους. Ουσιαστικά έχουν έλλειμμα στη Νοητικοποίηση - Mentalizing. Σήμερα έχει εντοπιστεί η σημασία και η χρησιμότητα της θεραπείας βασιζόμενης στη Νοητικοποίηση, η οποία έχει εφαρμοστεί σε οριακούς ασθενείς με θετικά αποτελέσματα (Bateman & Fonagy, 2010).

Νοητικοποίηση - Mentalizing

Η Νοητικοποίηση ή Mentalizing είναι η γνωστική και συναισθηματική ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τις σκέψεις και τα συναισθήματα, τα δικά του και των γύρω του.

Η θεωρία της Νοητικοποίησης έχει τις ρίζες της στη θεωρία δεσμού του Bowlby (Attachment Theory), την οποία επεξεργάστηκαν και ανέπτυξαν μεταγενέστεροι ψυχολόγοι. Ο όρος "νοητικοποίηση" ενέχει ρεύματα πολλών σχολών όπως της Γνωσιακής Νευροεπιστήμης, της Γαλλόφωνης Ψυχανάλυσης, τη θεωρία δεσμού του Bowlby και της Βρετανικής Σχολής των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Σύμφωνα με τον Holmes, 2005, η νοητικοποίηση συνδέεται με μια ευρεία ομάδα ψυχολογικών εννοιών όπως η συναισθηματική νοημοσύνη, η ενσυναίσθηση, η θεωρία του Νου, η Στοχαστική λειτουργία και η Μεταγνώση. Η Γαλλική Ψυχανάλυση χρησιμοποιεί τον όρο Νοητικοποίηση για πάνω από εικοσιπέντε χρόνια. Ωστόσο, έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλοι όροι όπως "ψυχοποίηση", "συμβολοποίηση" (Segal,1957), "μεταβολισμός", "αναπαράσταση" (Aulagnier,1975) και "δευτερογενώς οργανωμένη σκέψη" (Freud,1900). Ο όρος νοητικοποίηση ή εν-νόηση προτιμήθηκε ως πιο κατάλληλος έναντι του όρου ψυχοποίησης που χρησιμοποιείτο μέχρι πρότινος ως απόδοση του γαλλικού όρου (Λαμνίδης, 2010). Ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο ήταν ο Fonagy (1989) και από τότε αναπτύσσεται εστιαζόμενη στην κατανόηση των ψυχικών διαταραχών (Bateman & Fonagy, 2010).

Οι Bateman και Fonagy (2004) ορίζουν τη νοητικοποίηση ως μια προσυνειδητή φαντασιακή ψυχονοητική δραστηριότητα κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει την πραγματικότητα και την ανθρώπινη συμπεριφορά υπόρρητα, με όρους εμπρόθετων ψυχονοητικών αναγκών, αισθημάτων, αιτιών, πεποιθήσεων στόχων και σκοπών. Σύμφωνα με τον Holmes (2005), αυτός ο ορισμός σχετίζεται με άλλες τέσσερις παραμέτρους, τη νοητικοποίηση ως μια μεταγνωσιακή ικανότητα ερμηνεύοντας τις σκέψεις και τις πράξεις του ίδιου αλλά και των άλλων ανθρώπων, τη νοητικοποίηση ως προς τα νοήματα που δίνουμε στις πράξεις τις δικές μας και των άλλων και ως εκ τούτου της ικανότητας δημιουργίας σχεδίων και επιθυμιών. Τέλος, τη νοητικοποίηση ως μια διεργασία και ικανότητα που άλλοτε είναι παρούσα και άλλοτε απύουσα σε μεγάλο ή μικρότερο βαθμό.

Η νοητικοποίηση είναι μια μορφή "κοινωνικής νόησης" η ικανότητα δηλαδή ενός νου να κατανοήσει έναν άλλο νου (Allen et all., 2008). Κατά τους Twemlow, Fonagy & Sacco (2005) ένας υγιής νους χαρακτηρίζεται από νοητικοποίηση γιατί βοηθά στη διάκριση της εσωτερικής με την εξωτερική πραγματικότητα του ατόμου, υπηρετώντας τη διάκριση φαινομενικού-πραγματικότητας. Επιπλέον, ο Fonagy (2002), τη χαρακτηρίζει ως τον θεμέλιο λίθο της εαυτοενημερότητας, της ψυχικής ανθεκτικότητας καθώς και της

συγκινησιακής ρύθμισης. Οι Greenberg & Jurist (2017), υποστηρίζουν πως η ρύθμιση ενός συναισθήματος (διαχείριση, τροποποίηση, αλλαγή) βασίζεται στην ικανότητα της Νοητικοποίησης .

Η νοητικοποίηση ως ικανότητα αναπτύσσεται φυσιολογικά κατά την παιδική ηλικία όταν ο πρωταρχικός φροντιστής διαμέσου της συναισθητικά εναρμονισμένης ανταπόκρισης στην εκάστοτε ψυχική κατάσταση και ανάγκη του βρέφους γίνεται για αυτό πηγή πληροφόρησης αναφορικά με την εσωτερική ψυχονοητική κατάστασή του, για αυτό βασίζεται στη θεωρία του δεσμού του Bowlby. Μέσω της δημιουργίας δεσμού με τη μητέρα ή με οποιονδήποτε πρωταρχικό φροντιστή το παιδί αισθάνεται ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους, η σχέση αποτελεί σημείο εκκίνησης για την εξερεύνηση του εξωτερικού και του εσωτερικού κόσμου καθώς και χώρο ανάπτυξης και καλλιέργειας των κοινωνικών δεξιοτήτων. Η δημιουργία ασφαλούς δεσμού με τον φροντιστή γεννά μια υγιή και ευέλικτη συναισθηματική ρύθμιση, αντίθετα η αδυναμία δημιουργίας δεσμού οδηγεί σε αποδιοργανωμένη σχέση καθιστώντας την ασταθή και μη αποτελεσματική (Jurist, 2018). Η μη ανταπόκριση της μητέρας ή του πρωταρχικού φροντιστή του βρέφους στα συναισθήματά του ενδέχεται να δημιουργήσει την αίσθηση στο βρέφος πως οι ψυχικές του καταστάσεις δεν είναι υπαρκτές ή δεν σχετίζονται με τον εξωτερικό κόσμο (Fonagy and Target, 1998). Έτσι, το βρέφος δεν μπορεί να ρυθμίσει τη δυσφορία του, ενώ παράλληλα του διαβιβάζεται πως ο εξωτερικός κόσμος δεν αναγνωρίζει ή δεν αναπαριστά συμβολικά τη δυσφορία του (Bateman and Fonagy, 2004). Η αντανάκλαση που δέχεται το βρέφος από το πρόσωπο φροντίδας είναι μια ανακριβή αναπαράσταση των συναισθημάτων του και έτσι δεν είναι εφικτή η εμπερίεξή τους. Σύμφωνα με τον Winnicott (1965), η "αρκετά καλή μητέρα" μέσω της νοητικοποίησης και της εμπερίεξης των συναισθημάτων του βρέφους, ιδίως των αρνητικών, δημιουργεί τις απαραίτητες συνθήκες για την απορρόφηση αυτών των δύο λειτουργιών έως την ηλικία των τεσσάρων χρόνων. Έτσι το παιδί μέσω της στοχαστικής λειτουργίας (reflective functioning) ξεκινά τη διαδικασία μιας στοιχειώδους νοητικοποίησης η οποία του επιτρέπει να συμβολοποιεί τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες αντί να κατακλύζεται από αυτές (Fonagy and Target, 1998). Ωστόσο, σύμφωνα με τον Fonagy (1999), το παιδί για να φτάσει σε επίπεδο νοητικοποίησης ή στοχαστικής λειτουργίας χρειάζεται να ενσωματώσει δυο λειτουργίες ,την ψυχική ισοδυναμία και τον τρόπο του υποδύεσθαι, ώστε οι ψυχικές καταστάσεις πια να μπορούν να βιωθούν ως αναπαραστάσεις.

Το μοντέλο της νοητικοποίησης, το οποίο διατυπώθηκε από τον Fonagy και τους συνεργάτες του, για πρώτη φορά στο πλαίσιο μιας εμπειρικής έρευνας η οποία χρησιμοποιούσε τη Συνέντευξη Πρόσδεσης Ενηλίκων (Adult Attachment Interview, George, Kaplan & Main, 1985), βρέθηκε ότι ο τύπος δεσμού του παιδιού προς κάθε γονέα μπορούσε να προβλεφθεί με μεγάλη ακρίβεια όχι μόνο από τον τύπο πρόσδεσης του γονέα, αλλά ακόμα περισσότερο από την ικανότητα των γονιών να κατανοήσουν, με όρους ψυχονοητικών καταστάσεων, τις δικές τους, παιδικές, σχέσεις με τους δικούς τους γονείς (Fonagy et al, 1991). Η ικανότητα της μητέρας να νοητικοποιεί και να μπορεί να παραμείνει παιγνιώδης μέσα στην σχέση με το παιδί σχετίζεται άμεσα με την ασφαλή πρόσδεση του βρέφους (Meins (1998) και Slade (1999)). Αντιθέτως, η μη ασφαλής πρόσδεση φαίνεται πως συμβάλλει σημαντικά στην ικανότητα μειωμένης εν-νόησης στη μετέπειτα ζωή. Η κατανόηση του εαυτού και των άλλων ως ψυχονοητικών συντελεστών πηγάζει τόσο από την διαπροσωπική εμπειρία όσο και από τις πρωταρχικές σχέσεις με το αντικείμενο (Fonagy, 2003).

Βάσει αυτών και άλλων πολλών ερευνών τονίστηκε η σημαντικότητα της νοητικοποίησης στην ψυχική υγεία και στην ψυχοπαθολογία και εμφανίστηκε η ανάγκη δημιουργίας ψυχολογικής θεραπείας για την ενίσχυση αυτής της δεξιότητας η οποία θα έφερνε σημαντικά αποτελέσματα στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

Θεραπεία βασισμένη στη Νοητικοποίηση - Mentalization based treatment (MBT)

Η θεραπεία βασισμένη στη νοητικοποίηση – MBT, δημιουργήθηκε από τους Bateman και Fonagy (1999), με στόχο τη θεραπεία των οριακών ασθενών, ωστόσο η εφαρμογή της δεν περιορίστηκε μόνο στη συγκεκριμένη διαταραχή. Αναφορικά με τη συχνότητα, γίνονται εβδομαδιαίες ατομικές και ομαδικές συνεδρίες με σχεδιασμό των κρίσεων και ολοκληρωμένη ψυχιατρική κάλυψη για 18 μήνες περίπου. Οι ατομικές συνεδρίες επιτρέπουν στους ασθενείς να εστιάζουν στις λεπτομέρειες της διαδικασίας νοητικοποίησης σε ένα πλαίσιο ασφαλούς δεσμού με τον θεραπευτή ενώ οι ομαδικές διευκολύνουν την εφαρμογή της νοητικοποίησης σε μια πιο σύνθετη διαδικασία αλληλεπίδρασης (Daubney και Bateman, 2015). Η MBT επιχειρεί να διατηρήσει και να αυξήσει τη νοητικοποίηση σε

διαπροσωπικό πλαίσιο πριν χαθεί, έτσι ώστε η αδυναμία ρύθμισης των συναισθημάτων, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και τα διαπροσωπικά προβλήματα να βρίσκονται υπό έλεγχο και να μην υποκύπτουν σε διαδικασίες μη νοητικοποίησης οι οποίες οδηγούν σε συμπεριφορές συμβατές με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Έχουν καθοριστεί ορισμένες βασικές τεχνικές που χρησιμοποιεί η MBT στις παρεμβάσεις οι οποίες οργανώνονται γύρω από μια σειρά θεραπευτικών βημάτων, σχηματίζοντας το "Φάσμα Παρέμβασης": υποστήριξη και ενσυναίσθηση, αποσαφήνιση, επεξεργασία και πρόκληση, βασική νοητικοποίηση, εντοπισμός και εστίαση του συναισθήματος, νοητικοποίηση της σχέσης (Daubney και Bateman, 2015). Το επίκεντρο της θεραπείας χρειάζεται να είναι η σταθεροποίηση της αίσθησης του εαυτού, η διατήρηση της νοητικοποίησης σε διαπροσωπικό πλαίσιο θεραπείας καθώς και η διατήρηση του βέλτιστου επιπέδου διέγερσης κατά την αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους. Τόσο ο θεραπευτής όσο και ο θεραπευόμενος επικεντρώνονται στο μυαλό του ασθενούς και όχι στη συμπεριφορά του. Η εστίαση αφορά στα τρέχοντα γεγονότα, τις δραστηριότητες και την τωρινή ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Ουσιαστικά, η θεραπεία με βάση τη νοητικοποίηση είναι μια διαδικασία από κοινού εστίασης έχοντας αντικείμενο προσοχής την ψυχική κατάσταση του ασθενούς (Fonagy, 2006). Ο θεραπευτής συνεχώς δομεί και αναδομεί την εικόνα του θεραπευόμενου, ώστε να τον βοηθήσει να κατανοήσει αυτό που αισθάνεται. Υπάρχουν τέσσερις σημαντικές διαστάσεις της νοητικοποίησης: εαυτός/άλλος, γνωστική/συναισθηματική εστίαση, εξωτερική/εσωτερική εστίαση και ρητή/υπόρρητη ισορροπία στη διαδικασία νοητικοποίησης. Οι άνθρωποι, σύμφωνα με τους Daubney και Bateman, 2015, έχουν τη δυνατότητα να ανακατασκευάσουν μία από αυτές τις διαστάσεις και ο θεραπευτής MBT προσπαθεί να την εξισορροπήσει εκ νέου. Για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ο θεραπευτής εκφράζει μια προσεκτική χρήση εξεταστικής στάσης, δηλαδή μιας μετριοπαθούς στάσης που να πηγάζει από την αίσθηση 'μη γνώσης' (Fonagy, 2006). Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα είναι εμφανής όταν οι ενέργειες των ασθενών ερμηνευθούν βάσει της νοητικοποίησης, στον βαθμό που θα επιτύχει να βοηθήσει τον οριακό ασθενή να αυξήσει τη νοητικοποίηση ενεργοποιώντας παράλληλα το σύστημα δεσμού του (Fonagy, 2006). Έτσι, ενισχύεται ή αναδομείται η νοητικοποίηση εντός των νευρωνικών συστημάτων, την ίδια στιγμή που μετακινείται ο τύπος δεσμού εγγύτερα προς μια ασφαλή πρόσδεση (Fonagy, 2006).

Στις ολοένα και αυξανόμενες εφαρμογές της Εν-νόησης συγκαταλέγονται πρωταρχικά Ψυχολογικές Θεραπείες για οριακούς ασθενείς - Mentalization Based Treatment for Borderline Patients (MBT- BPD) και γενικότερα ενήλικες συμπεριλαμβανομένων των

ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών, διατροφικές διαταραχές, και σε κίνδυνο μητέρες με βρέφη και παιδιά (A. Bateman & Fonagy, 2011). Επίσης, σε εφήβους, οικογένειες και παιδιά - Mentalization Based Treatment for Adolescents (MBT-A), Mentalization Based Treatment for Families (MBT-F), Mentalization Based Treatment for Children, Adaptive mentalization-based integrative treatment (AMBIT), Ψυχοδυναμική Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (DIT) κ.α., που βασίζονται στα κριτήρια της Τεκμηριωμένης Ιατρικής (Evidence Based Medicine) καθώς και εφαρμογές στο πλαίσιο προγραμμάτων παρέμβασης με στόχο τις διάφορες μορφές πρόληψης στην Κοινότητα (Asen & Fonagy, 2011, Fonagy et al., 2009). Σε αυτό το τελευταίο επίπεδο έχουν αναπτυχθεί προγράμματα τόσο για την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού (Asen & Fonagy, 2011, Fonagy et al., 2009, Twemlow, Fonagy, & Sacco, 2005a, 2005b), όσο και για την ψυχοεκπαίδευση γονέων και εκπαιδευτικών με στόχο την ανάπτυξη της νοητικοποίησης σε παιδιά και εφήβους (Thoughts in Mind, Lundgaard Bak, 2012).

Η θεωρία της Νοητικοποίησης υποστηρίζει πως οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές ενέχουν αναπόφευκτα κάποιες δυσκολίες στη νοητικοποίηση. Η νοητικοποίηση, εκτός από την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, έχει σχετιστεί και με άλλες διαταραχές τόσο για την κατανόησή τους όσο και για τη θεραπεία. Οι J. G. Weijers et al. 2020, σε έρευνα που πραγματοποίησαν σχετικά με τη σχέση της νοητικοποίησης με την ψυχωσική διαταραχή ως προς την αιτιολογία αλλά και τη θεραπεία της, αναφέρουν πως η νοητικοποίηση μπορεί να δώσει εξηγήσεις για την αιτιολογία της ψύχωσης και μέσω της MBT να συμβάλλει στη θεραπεία κυρίως της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας που δημιουργείται σε αυτούς τους ασθενείς. Όπως αναφέρουν, βοηθά στη μείωση της άκαμπτης εικόνας και της αποκλίνουσας αισθητικοσυναισθηματικής εμπειρίας βελτιώνοντας έτσι την κοινωνική αλληλεπίδραση. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις πως η αυξημένη νοητικοποίηση μπορεί να προκαλέσει μια ευαισθησία σε διάφορες καταστάσεις στρες σε κάποια άτομα. Οι Marieke S. Tollenaar & Sandy Overgaauw, 2020, ερεύνησαν τις συσχετίσεις μεταξύ της ενσυναίσθησης και της νοητικοποίησης καθώς και τις ψυχολογικές αντιδράσεις σε ψυχοκοινωνικούς στессογόνους παράγοντες σε δύο διαφορετικές έρευνες για άντρες και γυναίκες. Φάνηκε πως η υψηλή νοητικοποίηση και η ενσυναίσθηση σχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και καρδιαγγειακού ρυθμού καθώς και σημαντικά υψηλότερη υποκειμενική αντιδραστικότητα στο στρες. Δεν υπήρξε διαφορά ως προς το φύλο.

Θεωρία Νοητικοποίησης των συναισθημάτων – Mentalized affectivity (MA)

Η Νοητικοποίηση των συναισθημάτων - Mentalized affectivity είναι κομμάτι της θεωρίας της νοητικοποίησης που περιλαμβάνει τις διάφορες πτυχές των συναισθημάτων που βιώνουμε, όπως ο εντοπισμός, η επεξεργασία και η έκφραση, τόσο στο παρόν όσο και ανακληθέντα συναισθήματα (Jurist,2018). Ο Jurist Elliot, 2017 πρότεινε μια καινοτόμα προοπτική στη συναισθηματική ρύθμιση την οποία ονόμασε “Θεωρία της Νοητικοποίησης των συναισθημάτων”– Mentalized affectivity (MA), στην οποία λαμβάνει υπόψη τη Νοητικοποίηση ως μια ρυθμιστική διαδικασία. Αυτή η ρυθμιστική διαδικασία όμως, απαιτεί την ικανότητα αντανάκλασης των σκέψεων και συναισθημάτων κάποιου και της Νοητικοποίησης σχετικά με τους παράγοντες που ενδεχομένως να σχετίζονται με αυτά τα συναισθήματα, όπως οι εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία ή μια παρούσα κατάσταση. Μέσα από αυτή τη θεωρία, ο Jurist,2017 πρότεινε τρεις άξονες, οι οποίοι συμβάλλουν στη ρυθμιστική διαδικασία των συναισθημάτων. Ο πρώτος αφορά στον εντοπισμό και ταυτοποίηση (identifying) των συναισθημάτων, ο δεύτερος στον διαχωρισμό και την επεξεργασία τους (processing) και ο τρίτος στην έκφρασή τους (expressing). Όπως αναφέρει, όλες οι μορφές ψυχοθεραπείας έχουν στο επίκεντρό τους τα συναισθήματα τα οποία θεωρούνται ως σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας τόσο για τη σημασία και τις διάφορες πτυχές τους όσο και για τη ρύθμισή τους. Όλη αυτή εστίαση στα συναισθήματα στοχεύει στη βοήθεια των ασθενών να αποφορτιστούν και να εργαστούν πιο αποτελεσματικά πάνω στις εμπειρίες που δημιούργησαν αυτά τα συναισθήματα. Η σημαντικότητα τους είναι εμφανής και από την ψυχοπαθολογία καθώς υπάρχει σχεδόν πάντα μια πτυχή συναισθηματικού πόνου (Jurist,2018).

Η νοητικοποίηση των συναισθημάτων συχνά επικαλύπτεται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων - emotion regulation ως ένα βαθμό, καθώς περιλαμβάνει τη ρύθμιση και την ανακατασκευή των συναισθημάτων. Παρόλα αυτά η θεωρία νοητικοποίησης των συναισθημάτων διαχωρίζει τη θέση της καθώς βασίζεται στην αναγνώριση ότι η ρύθμιση των συναισθημάτων επηρεάζεται από το είδος της προσωπικότητας, τις αξίες, και το πιο σημαντικό τη νοητικοποίηση. Στόχος της είναι η επαναξιολόγηση των εμπειριών νοηματοδοτημένων από άλλη οπτική και όχι απλώς η διαμόρφωση των συναισθημάτων. Βοηθά δηλαδή, τον ασθενή να κατανοήσει και να εκφράσει περίπλοκες και δύσκολες συναισθηματικές εμπειρίες. Σκοπός είναι η σύνδεση των παρελθοντικών εμπειριών με την επίδρασή τους στο τώρα και στο μέλλον. Επιπλέον, οι τραυματικές αναμνήσεις μπορεί να είτε ατομικές είτε πολιτισμικές. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Winter (2012), τόσο οι

προσωπικές αναμνήσεις όσο και οι πολιτισμικές μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου ως ένα βαθμό. Η θεωρία νοητικοποίησης των συναισθημάτων μπορεί λοιπόν να φωτίσει νέες οπτικές στη ζωή του ανθρώπου, ως μια δεξιότητα που συνεχώς εξελίσσεται και σαν εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιείται ως τρόπος αντιμετώπισης και διαχείρισης των γεγονότων της ζωής (Jurist,2018).

Ερωτηματολόγιο Νοητικοποίησης – Mentalized affectivity scale (MAS)

Έτσι, δημιουργήθηκε η κλίμακα MAS με στόχο την εγκαθίδρυση μιας νέας πολυδιάστατης εκτίμησης της συναισθηματικής ρύθμισης, βασισμένης στην MA θεωρία, χτίζοντας ένα μοντέλο στο οποίο μπορεί να κατανοηθεί η MA σε σχέση με την προσωπικότητα, το ευ ζην, την ψυχοπαθολογία και την ψυχοθεραπεία. Η κλίμακα MAS, λοιπόν, αποτελεί το πρώτο εργαλείο που εστιάζει στη Νοητικοποίηση με ταυτόχρονη μέτρηση του Εντοπισμού, του Διαχωρισμού και της Έκφρασης των συναισθημάτων από μόνον με προβλήματα συναισθηματικής ρύθμισης. Απευθύνεται τόσο στην ερευνητική κοινότητα όσο και στην κλινική πράξη. Μέχρι στιγμής έχει σταθμιστεί μόνο στην Αμερική και έχει μεταφραστεί σε οκτώ γλώσσες (κορεατική, ιαπωνική, ταϊβανέζικη, γερμανική, ισπανική, περσική, τούρκικη και ιταλική).

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας δυσκολεύονται στη διαχείριση και ρύθμιση των συναισθημάτων και των παρορμήσεών τους, ωστόσο έχει συσχετιστεί θετικά με τη Νοητικοποίηση, δεδομένου ότι η θεραπεία που εστιάζει σε αυτή (Mentalization based treatment) έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τις συνήθεις θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τα στοιχεία, όμως που έχουμε μέχρι σήμερα είναι ελλιπή σχετικά με μια απόλυτα αποτελεσματική θεραπεία. Για αυτό θεωρήθηκε χρήσιμο να διερευνηθεί περαιτέρω εξετάζοντας τους άξονες της Νοητικοποίησης μέσω της κλίμακας MAS. Έτσι, η μετέπειτα έρευνα και θεωρία να μπορεί να επικεντρωθεί στην ενίσχυση και ενδυνάμωση αυτής της ικανότητας και να δημιουργήσει θεραπείες ικανές να ανταποκριθούν στη συγκεκριμένη

ομάδα ασθενών. Οι έρευνες δείχνουν πως πολλοί ψυχιατρικοί ασθενείς διαθέτουν δεξιότητες εντοπισμού και έκφρασης συναισθημάτων, αλλά όχι τον διαχωρισμό και την επεξεργασία αυτών (Greenberg & Jurist, 2017, Bateman & Fonagy, 2010, Bateman & Fonagy, 2008). Αυτό αναμένεται να φανεί και μέσα από την παρούσα έρευνα αναφορικά με τους οριακούς ασθενείς η οποία ευελπίζεται να φωτίσει το συναισθηματικό κομμάτι της οριακής διαταραχής προσωπικότητας ώστε στο μέλλον να δημιουργηθεί η κατάλληλα ανταποκρινόμενη θεραπευτική προσέγγιση. Το ερευνητικό ερώτημα που τίθεται είναι αν “Οι Οριακοί Ασθενείς μπορούν να Εντοπίσουν, να Διαχωρίσουν και να Εκφράσουν τα Συναισθήματά τους”.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Στόχοι της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας Νοητικοποίησης των συναισθημάτων MAS και συγκεκριμένα την εκτίμηση της συγκλίνουσας, της συντρέχουσας εγκυρότητας (convergent and concurrent validity), της διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity), της αξιοπιστίας ως προς την εσωτερική συνάφεια (internal consistency), καθώς και την εκτίμηση της εσωτερικής δομής (factor structure). Σκοπός είναι να σταθμιστεί σε ελληνικό ψυχιατρικό πληθυσμό με διάγνωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας και δευτερογενώς να πραγματοποιηθεί σύγκριση των συμμετεχόντων οριακών ασθενών με ψυχιατρικούς ασθενείς χωρίς διάγνωση οριακής διαταραχής. Τέλος, όλοι οι ψυχιατρικοί ασθενείς να συγκριθούν με την ομάδα ελέγχου που απαρτίστηκε από 262 άτομα γενικού πληθυσμού χωρίς ψυχιατρική διάγνωση τη δεδομένη στιγμή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

Η κλίμακα MAS αποτελεί νέο μοντέλο εκτίμησης της συναισθηματικής ρύθμισης βασισμένο στη θεωρία της νοητικοποίησης “Mentalized affectivity (MA)” η οποία ενσωματώνει την προηγούμενη θεωρία και έρευνα για τη συναισθηματική ρύθμιση και νοητικοποίηση. Κατασκευάστηκε για την ανάγκη μέτρησης 3 παραμέτρων με ένα εργαλείο, κάτι που δεν υπήρχε προηγουμένως. Τα στοιχεία για τη δημιουργία της MAS συλλέχθηκαν

από 4 ειδικούς ερευνητές που εκπαιδεύτηκαν για ένα έτος στη συναισθηματική ρύθμιση και νοητικοποίηση. Αρχικά τα στοιχεία συλλέχτηκαν βασιζόμενα σε 6 κατηγορίες ευθυγραμμισμένες με την ΜΑ θεωρία (εντοπισμός βασικών και πολύπλοκων επιρροών, διαχωρισμός ρύθμιση/βελτίωση, έκφραση εξωτερική/εσωτερική), η 7^η κατηγορία αφορούσε στην ερμηνεία των τωρινών συναισθημάτων και εμπειριών σε συνάρτηση με προηγούμενα συναισθήματα. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μείωση της αρχικής λίστας των ερωτήσεων στις 76 ενώ ο τελικός αριθμός των ερωτήσεων είναι οι 60.

Η κλίμακα MAS δημιουργήθηκε, σταθμίστηκε και χρησιμοποιήθηκε μέχρι στιγμής στις Η.Π.Α και συγκεκριμένα στη Νέα Υόρκη, ωστόσο έχει μεταφραστεί στην κορεάτικη, ιαπωνική, ταϊβανέζικη, γερμανική, ισπανική, περσική, τούρκικη και ιταλική γλώσσα.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ - ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Ακολουθήθηκαν τα έξι βήματα προετοιμασίας της μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα. Η κλίμακα MAS μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από το αρχικό ερωτηματολόγιο. Δύο επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γηγενείς ομιλητές της ελληνικής γλώσσας, με άπταιστη γνώση της αγγλικής γλώσσας, προχώρησαν σε ανεξάρτητες μεταφράσεις της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα. Δημιουργήθηκε η ελληνική εκδοχή η οποία στη συνέχεια μεταφράστηκε ξανά στην αρχική γλώσσα από επαγγελματία μεταφραστή. Αυτές οι δύο εκδοχές, η αντίστροφη μετάφραση και η αρχική κλίμακα, συγκρίθηκαν προκειμένου να διαπιστωθούν αποκλίσεις μεταξύ τους, έγιναν οι απαραίτητες προσαρμογές για την παραγωγή της τελικής ελληνικής έκδοσης που παρουσιάζεται στο προσάρτημα. Στη συνέχεια η κλίμακα χορηγήθηκε για την πολιτισμική της προσαρμογή σε 30 εξεταζόμενους και 10 επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα συλλέχθηκε από τον Ιανουάριο έως και τον Δεκέμβριο του 2020 από τη Μονάδα διαταραχών προσωπικότητας, από τμήματα και εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου καθώς και μέσω του survey monkey, ιντερνετική συμπλήρωση από γενικό πληθυσμό.

A) 60 ασθενείς με διάγνωση οριακή διαταραχή προσωπικότητας σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο SCID 5 PD-5 PD που προσήλθαν για θεραπεία στη Μονάδα διαταραχών προσωπικότητας.

B) 45 ψυχιατρικοί ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις του Άξονα II (εκτός της οριακής διαταραχής) ή με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές ή Νευροαναπτυξιακές διαταραχές στον Άξονα I που παρακολουθούνται σε διάφορα τμήματα και εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Γ) 262 συμμετέχοντες γενικού πληθυσμού

Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού

Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς με διάγνωση οριακή διαταραχή προσωπικότητας, ψυχιατρικοί ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις του Άξονα II (εκτός της οριακής διαταραχής) ή με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές ή Νευροαναπτυξιακές διαταραχές στον Άξονα I και υγιείς μάρτυρες.

Στα κριτήρια αποκλεισμού εντάχθηκαν άτομα κάτω των 18 και άνω των 65, ασθενείς του φάσματος της σχιζοφρένειας και ασθενείς με διπολική διαταραχή ή ψύχωση.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν συνολικά δώδεκα ερωτηματολόγια κυρίως αυτοσυμπληρούμενα και δύο ημιδομημένες συνεντεύξεις τα οποία αναλύονται παρακάτω:

- **Η κλίμακα MAS (έχει περιγραφεί ήδη)**
- **Το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL-90R (Derogatis, 1973)**

Πρόκειται για ένα εργαλείο 90 στοιχείων σε κλίμακα Likert 5 σημείων που αξιολογεί ένα μεγάλο εύρος ψυχοπαθολογικών φαινομένων. Το εργαλείο αποτελείται από 9 διαστάσεις συμπτωμάτων: Σωματοποίηση, Ιδεοληψίες – Ψυχαναγκασμοί, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Θυμός – Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός, και Ψυχωτισμός. Ακόμη υπάρχουν τρεις δείκτες που αξιολογούν την συνολική

ψυχολογική δυσφορία: ο δείκτης γενικής δυσφορίας, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων, και ο δείκτης δυσφορίας θετικών συμπτωμάτων.

Προσαρμογή στα ελληνικά από: Ντώνια, Καραστεργίου, Μάνο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα Θεσσαλονίκης, (1991).

- **Το ερωτηματολόγιο Αμυντικών Μηχανισμών DSQ-40 ((Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983)**

Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του είδους της ψυχολογικής άμυνας του ατόμου. Τα είδη των ψυχολογικών αμυνών διακρίνονται σε ανώριμες, νευρωτικές, και ώριμες. Το εργαλείο αποτελείται από 40 ερωτήματα σε μία κλίμακα Likert 9 σημείων.

Μετάφραση στα ελληνικά από Χ. Τσάνη, Γ. Βασιλαματζί, Μ. Μαρκίδη, 1995.

- **Το ερωτηματολόγιο Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy et al., 2016).**

Το Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (Fonagy et al., 2016) περιλαμβάνει οκτώ λήμματα και δύο υποκλίμακες: την ασφάλεια (RFQc) και την αβεβαιότητα (RFQu) σχετικά με τις ψυχικές καταστάσεις. Μελετά τη νοητικοποίηση, γνωστή και ως «αναστοχαστική λειτουργία», η οποία ορίζεται ως «η ψυχική διαδικασία» με την οποία ένα άτομο ερμηνεύει έμμεσα και ρητά τις πράξεις του ίδιου και των άλλων, ως έχουσες νόημα επί τη βάση εμπρόθετων ψυχικών καταστάσεων (Bateman & Fonagy, 2004) Περιλαμβάνει κλίμακα Likert 7 σημείων.

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά: Πομίνι Β. & Γουρνέλης Ρ. (2017)

- **ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ (Gratz & Roemer, 2004).**

Η Κλίμακα Δυσκολιών στη Συναισθηματική Ρύθμιση (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS.), αποτελείται από 36 ερωτήσεις που μετράνε έξι παράγοντες: τη μη-αποδοχή των συναισθηματικών αποκρίσεων, τη δυσκολία επιμονής στην επίτευξη στόχων, τη δυσκολία

ελέγχου των παρορμήσεων, την έλλειψη συναισθηματικής επίγνωσης, την περιορισμένη πρόσβαση σε στρατηγικές ρύθμισης και την έλλειψη συναισθηματικής ενάργειας.

Προσαρμογή στα ελληνικά και έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του DERS από Μητσοπούλου και συν., 2013.

- **Toronto Alexithymia Scale (TAS, Bagby et al., 1992)**

Αλεξιθυμία είναι η δυσκολία αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων και για την μέτρηση της χορηγήθηκε η κλίμακα TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale - 20). Η TAS – 20 δημιουργήθηκε από τους M. Bagby, G. Taylor και J. Parker, με σκοπό τη μέτρηση της αλεξιθυμίας (όρος που προτάθηκε από τον P. Sifneos), η οποία περιλαμβάνει 20 θέματα, βαθμολογούμενα από 1(διαφωνώ πολύ) έως 5 (συμφωνώ πολύ) . Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 20 έως 100. Το TAS – 20 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών. Παρουσιάζει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0.80).

Μετάφραση στα ελληνικά από Τσαούση Ιωάννη, Σταυρογιαννόπουλο Μάριο, Γεωργιάδη Στέλιο, 2009.

- **Empathy Quotient (EQ, Baron Cohen et al., 2004)**

Το Empathy Quotient (EQ) είναι ένα ερωτηματολόγιο 60 ερωτήσεων (υπάρχει επίσης μια συντομότερη εκδοχή 40 λημμάτων) σχεδιασμένη για να μετράει την ενσυναίσθηση στους ενήλικες. Η κλίμακα αναπτύχθηκε από τον Simon Baron-Cohen στο ARC (Κέντρο Έρευνας για τον Αυτισμό) του Πανεπιστημίου του Cambridge το 2004.

- **Early Trauma Inventory (ETI-SR-SF, Bremner et al., 2007)**

Το ETI-SR-SF αναπτύχθηκε από τους Bremner et al το 2007 και έχει αποδειχθεί ένα έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση του τραύματος στην παιδική ηλικία. Καλύπτει τέσσερις τύπους τραυμάτων που μπορεί να

έχουν οι άνθρωποι πριν από την ηλικία των 18 ετών: (α) τραυματική εμπειρία διαφόρων αιτιολογιών – γενικό τραύμα, β) τραύμα λόγω σωματικής κακοποίησης, γ) τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης και (δ) εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης.

Στάθμιση στην ελληνική γλώσσα από Αντωνοπούλου και συν., 2017.

- **Ten-Item Personality Inventory (TIPI -Gosling et al. 2003)**

Το TIPI είναι ερωτηματολόγιο 10 λημμάτων που μελετούν τις διαστάσεις του Big Five Questionnaire (ή του Μοντέλου Πέντε Παραγόντων) Τα λήμματα που αποτελούν το TIPI επιλέχθηκαν από το ήδη υπάρχων Big Five inventory (BFI, John & Srivastava, 1999). Αποτελείται από 2 στοιχεία για κάθε ένα από τα 5 κυρίαρχα στοιχεία που απεικονίζονται στο FFM.

Αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ από τους Gosling, Rentfrow and Swan (2003) και μεταφράστηκε στα Ελληνικά από Καρφοπούλου και συν., 2016.

- **Satisfaction with Life Scale (SWLS – Diener et al. 1985)**

Κλίμακα 5 λημμάτων που έχει σχεδιαστεί για να μετρά τις συνολικές γνωσιακές κρίσεις του ατόμου για την ικανοποίηση από την ζωή (δεν αποτελεί κλίμακα μέτρησης για θετική ή αρνητική επίδραση).

Οι συμμετέχοντες υποδεικνύουν πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με κάθε ένα από τα 5 λήμματα χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 7 σημείων που κυμαίνεται από 1 ως 7 (συμφωνώ έντονα ως διαφωνώ έντονα).

Μετάφραση στα Ελληνικά από Γαλανάκη, 2017.

- **SCID 5 PD 5 – PD - Ημιδομημένη Συνέντευξη Προσωπικότητας για τις Διαταραχές Προσωπικότητας κατά DSM 5**

Η ημι-δομημένη Κλινική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Προσωπικότητας του DSM-5 (SCID 5 PD-5-PD) είναι μια διαγνωστική συνέντευξη για την αξιολόγηση των 10 Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5 που περιλαμβάνονται στις Ομάδες Α, Β, και Γ, καθώς και της Άλλης Προσδιοριζόμενης Διαταραχής Προσωπικότητας. Η Συνέντευξη SCID 5 PD-

5-PD μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γίνονται διαγνώσεις Διαταραχών Προσωπικότητας, είτε κατηγορικά (παρούσες ή απούσες) είτε διαστατικά. Περιλαμβάνει το Ανιχνευτικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης για το DSM-5 (SCID 5 PD-5-SPQ), ένα εύχρηστο ανιχνευτικό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για ασθενείς ή για τον γενικό πληθυσμό.

Μετάφραση στα ελληνικά από Κοκκέβη, 2017.

- **Μίνι Διεθνής Νευροψυχιατρική Συνέντευξη (MINI) Παρακολούθηση 7.0.2(M.I.N.I. - D. Sheehan, 2016)**

Η Μίνι Διεθνής Νευροψυχιατρική Συνέντευξη (MINI) είναι μια σύντομη διαρθρωμένη διαγνωστική συνέντευξη που αναπτύχθηκε αρχικά στο 1990 από ψυχιάτρους και κλινικούς ιατρούς στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη για ψυχιατρικές διαταραχές DSM-III-R και ICD-10 με χρόνο χορήγησης περίπου 15 λεπτών. Το *MINI Παρακολούθηση 7.0.2* αφορά στο DSM-5. Μετατρέπει τις δυαδικές απαντήσεις (Ναι / Όχι) των υπομονάδων MINI σε επιλογές διακριτικής απόκρισης (none / ήπια / μέτρια / πολύ / ακραία) για κάθε σύμπτωμα / κριτήριο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS 25 και συγκεκριμένα η μέθοδος Crosstabulation για την εξαγωγή των δημογραφικών αποτελεσμάτων και το One Sample Kolmogorov – Smirnov Test για τον έλεγχο της κατανομής της κλίμακας MAS. Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση συσχέτισης με τον συντελεστή Pearson r ως προς τη συγκλίνουσα, συντρέχουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα, συγκρίνοντας όλα τα τεστ με το MAS. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε One way ANOVA μεταξύ MAS - SCID 5 PD και MAS – RFQ καθώς και οι επιμέρους συγκρίσεις για το κάθε ένα με Post hoc test LSD. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση με τον συντελεστή Cronbach's Alpha για τον έλεγχο της αξιοπιστίας ως προς την εσωτερική συνέπεια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά

Για τα αποτελέσματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκε η Crosstabulation ανάλυση του SPSS ως προς την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τη διάγνωση (SCID 5 PD). Από το δείγμα των συμμετεχόντων ο μέσος όρος ηλικίας ήταν από 17 έως 24 ετών κατά 40%, το 71,7% αποτελούνταν από γυναίκες, το 87,7% του κλινικού πληθυσμού ήταν άγαμοι, το 51,4% είχαν ανώτατη εκπαίδευση και το 40% απολυτήριο λυκείου. Τέλος, σύμφωνα με το SCID 5 PD η πιο συχνή διάγνωση σε συννόσηση με την ΜΔΠ ήταν η παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας κατά 36,7%.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας στην κλίμακα MAS με One-Sample Kolomogorov – Smirnov Test σύμφωνα με το οποίο φάνηκε πως το MAS έχει κανονική κατανομή.

Συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα με τον συντελεστή Pearson r – MAS correlation to all tests

Αρχικά πραγματοποιήθηκε σύγκριση με τον συντελεστή Pearson r για τη διερεύνηση των συσχετίσεων των υποκατηγοριών του MAS με τα υπόλοιπα tests. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που βρέθηκαν είναι περισσότερες θετικές και δύο αρνητικές.

Ως προς τις θετικές φάνηκε πως όσο αυξάνεται το σκορ στο TAS Eot τόσο αυξάνεται το σκορ στο Processing ($r(58)=.3,3$, $p=0,01$) και στο Expressing ($r(58)=.3,4$, $p=0,007$). Στο TAS Total επίσης, φαίνεται θετική συσχέτιση με το Identifying ($r(58)=.2,6$, $p=0,047$). Επιπλέον, στο Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης/παρενόχλησης φαίνεται θετική συσχέτιση με το Expressing ($r(58)=.2,6$, $p=0,048$). Στο RFQ Certainty υπήρξε θετική συσχέτιση με το Processing ($r(58)=.2,7$, $p=0,039$), το ίδιο ισχύει και για το Tipi Conscientiousness ($r(58)=.3,8$, $p=0,003$).

Οι αρνητικές συσχετίσεις αφορούν το Clarity με το expressing ($r(58)=-.3,8$, $p=0,003$) και παραδόξως το Tipi extraversion με το expressing ($r(58)=-.3,5$, $p=0,005$), δηλαδή όσο αυξάνεται το Tipi extraversion τόσο μειώνεται το expressing στο MAS. Στο παράρτημα

παρατίθεται ο πίνακας 1. όπου φαίνονται ξεκάθαρα οι στατιστικά σημαντικές διαφορές (συγκλίνουσα εγκυρότητα) και οι μη σημαντικές (διακρίνουσα εγκυρότητα).

One way anova MAS-SCID 5 PD

Πραγματοποιήθηκε One way ANOVA με τα αποτελέσματα του SCID 5 PD, στο οποίο ελέγχεται εάν οι συμμετέχοντες έχουν από 1 έως 5 διαγνώσεις και έχουν χωριστεί σε 5 κατηγορίες ανάλογα με τη διάγνωση, και στη συνέχεια συγκρίνονται με τις υποκατηγορίες του MAS. Αυτό που φάνηκε είναι πως υπάρχει σημαντική διαφορά στον εντοπισμό των συναισθημάτων – Identifying ανάλογα με τη συννόηση, δηλαδή με την ποικιλία των διαγνώσεων που έχει κάποιος ($F(4,55)=4,93$, $p=0,002$). Για το Processing και το identifying δεν βρέθηκε κάποια σημαντική διαφορά.

Στη συνέχεια, έγιναν επιμέρους συγκρίσεις με Post hoc tests LSD, μεταξύ των κατηγοριών του SCID 5 PD (1-5 διαγνώσεις) με τις υποκατηγορίες του MAS. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως όσο αυξάνονται οι διαγνώσεις στο SCID 5 PD τόσο μειώνονται τα σκορ στο MAS, όσες περισσότερες οι διαγνώσεις τόσο χαμηλότερη η νοητικοποίηση που έχει κάποιος. Τα χαμηλότερα σκορ είναι στην πρώτη κατηγορία, δηλαδή στον εντοπισμό των συναισθημάτων - Identifying. Ωστόσο, το παράδοξο είναι πως το 4.00 είναι πιο χαμηλό από το 5.00. Αυτό ίσως οφείλεται στο είδος των διαγνώσεων και όχι απαραίτητα στην ποσότητα. Πιο αναλυτικά φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Post Hoc Test: LSD							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MAS_IDENTIFYING	4.00	1.00	-18.78750*	5,52430	0,001	-29,8585	-7,7165
		2.00	-21.87273*	5,34193	0,000	-32,5782	-11,1673
		3.00	-22.06154*	5,67404	0,000	-33,4326	-10,6905
		5.00	-26.10000*	7,23301	0,001	-40,5953	-11,6047

One way anova MAS-RFQ

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μέσων όρων μεταξύ των κατηγοριών του MAS και του RFQ στους κλινικούς πληθυσμούς ΝΑΔ, ΤΨΨ και ΜΔΠ. Φάνηκε πως γενικά υπήρχαν διαφορές μεταξύ των γκρουπ σε αυτά τα tests. Πιο συγκεκριμένα:

Στο Identifying $F(2,103=4,8, p=0,021)$,

στο Processing $F(2,103=4,8, P=0,010)$

και στο RFQ UNCERTAINTY $F(2,103=13,2, p = 0,000)$.

Στη συνέχεια μέσω του Post hoc test LSD έγιναν οι επιμέρους συγκρίσεις για να φανούν οι διαφορές μεταξύ των γκρουπ. Από αυτή την ανάλυση φάνηκε πως στο Identifying υπήρξε στατιστική διαφορά μεταξύ του ΝΑΔ και του ΤΨΨ δηλαδή η ΝΑΔ σκόραρε χαμηλότερα στον εντοπισμό των συναισθημάτων σε σχέση με το γκρουπ των ΤΨΨ (md: $-11.66022, p=0,007$). Στο Processing οι ΜΔΠ σκόραραν χαμηλότερα σε σχέση με τους ΤΨΨ (md: $-8.26882, p = 0,003$). Στο expressing οι ΝΑΔ σκόραραν χαμηλότερα από τους ΤΨΨ (md: $-4.66452, p=0,031$). Στο RFQ CERTAINTY οι ΝΑΔ σκόραραν υψηλότερα από τους ΤΨΨ (md: $.49183, p=0,020$) ενώ στο RFQ UNCERTAINTY οι ΝΑΔ σκόραραν χαμηλότερα από τους ΜΔΠ ($-.63592, p=0,000$) και οι ΜΔΠ σκόραραν υψηλότερα από τους ΤΨΨ (md: $.51422, p=0,000$).

Multiple Comparisons							
LSD							
Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
MAS IDENTIFYING	ΝΑΔ	ΤΨΨ	-11.66022^*	4,19985	0,007	-19,9896	-3,3308
MAS PROCESSING	ΜΔΠ	ΤΨΨ	-8.26882^*	2,67207	0,003	-13,5682	-2,9694
MAS EXPRESSING	ΝΑΔ	ΤΨΨ	-4.66452^*	2,13451	0,031	-8,8978	-0,4312
RFQ_CERTAINTY ABOUT MENTAL STATES	ΝΑΔ	ΤΨΨ	$.49183^*$	0,20857	0,020	0,0782	0,9055
RFQ_UNCERTAINTY ABOUT	ΝΑΔ	ΜΔΠ	$-.63592^*$	0,16028	0,000	-0,9538	-0,3181

MENTAL HEALTH

ΜΔΠ	ΤΨΨ	-.51422*	0,12281	0,000	-0,7578	-0,2707
-----	-----	----------	---------	-------	---------	---------

Εσωτερική συνάφεια-Δείκτης Cronbach's Alpha

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμά τη συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου, εκτιμά δηλαδή εάν οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι άριστη όταν ο συντελεστής Kuder-Richardson ή ο συντελεστής Cronbach's alpha λαμβάνουν τιμές 0,9–0,94. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας του MAS ως προς της εσωτερική συνέπεια έγινε ανάλυση με τον συντελεστή Cronbach's Alpha ο οποίος είναι 0,842 για 60 items, άρα φαίνεται πως υπάρχει πολύ καλή εσωτερική συνάφεια.

Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος των επιμέρους items στα οποία επίσης ο δείκτης είναι πολύ υψηλός, άρα δεν χρειάζεται να διαγραφεί κάποιο item.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,842	0,848	60

Στάθμιση

Αναφορικά με τη στάθμιση, πραγματοποιήθηκε μόνο έλεγχος εσωτερικής εγκυρότητας λόγω του μικρού δείγματος το οποίο βρίσκεται σε διαδικασία συλλογής. Για την επιμέρους στάθμιση του εργαλείου χρειάζεται Confirmatory analysis. Επομένως, το επόμενο βήμα είναι η συλλογή μεγαλύτερου δείγματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της εργασίας αυτής ήταν αφενός να διερευνηθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας MAS, να σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό και αφετέρου να φωτίσει τις δυνατότητες και τις ελλείψεις στους άξονες της νοητικοποίησης των οριακών ασθενών, ώστε μέσω της θεραπευτικής πράξης να ενισχύεται και να εστιάζεται η παρέμβαση στη

συγκεκριμένη συναισθηματική διαδικασία. Οι επιμέρους στόχοι λοιπόν, αφορούσαν στην εκτίμηση της συγκλίνουσας, συντρέχουσας και διακρίνουσας εγκυρότητας, στην αξιοπιστία ως προς την εσωτερική συνάφεια, στην εκτίμηση της εσωτερικής δομής και στη στάθμιση. Από αυτά πραγματοποιήθηκαν οι έλεγχοι για την συγκλίνουσα, συντρέχουσα, διακρίνουσα εγκυρότητα και για την αξιοπιστία ως προς την εσωτερική συνάφεια ενώ η εσωτερική δομή και η στάθμιση δεν ήταν δυνατόν να εξεταστούν καθότι απαιτούσαν μεγαλύτερο δείγμα το οποίο συνεχίζει να συλλέγεται.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε αρχικά πως το 71,7% του δείγματος με οριακή διαταραχή προσωπικότητας ήταν γυναίκες, κάτι που παρά το μικρό μέγεθος του δείγματος δείχνει πως ή οι γυναίκες ζητούν πιο συχνά βοήθεια ή ότι η ΟΔΠ είναι πιο συχνή, το οποίο επαληθεύεται από παλαιότερες έρευνες (Johnson et al.,2003). Οι συσχετίσεις του MAS με τα υπόλοιπα τεστ έδειξαν πως όσοι μπορούν να εστιάζουν την προσοχή τους στο εξωτερικό περιβάλλον μπορούν να επεξεργάζονται και να εκφράζουν πιο εύκολα τα συναισθήματα τους. Αυτό φάνηκε μέσα από τη θετική συσχέτιση του MAS με το TAS, το οποίο μετρά την αλεξιθυμία, μοιάζει λογικό καθώς τα δυο τεστ μετράνε συγκλίνουσες έννοιες. Επιπλέον, μέσω της θετικής συσχέτισης του RFQ certainty και του MAS φάνηκε πως όταν κάποιος νοητικοποιεί με βεβαιότητα τα δικά του συναισθήματα και των άλλων έχει ενσυνειδητότητα και εκφράζει τα συναισθήματά του, που είναι λογικό. Θετική συσχέτιση υπήρξε επίσης, με το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης ως προς την έκφραση συναισθημάτων το οποίο μάλλον είναι παράδοξο καθότι τα θύματα κακοποίησης βάσει ερευνών κλείνονται στον εαυτό τους (Bonnano et al.2007), ωστόσο αυτή η σύνδεση ίσως οφείλεται στο μικρό δείγμα. Στις συσχετίσεις επίσης, φάνηκε πως όση περισσότερη διαύγεια έχει κάποιος τόσο λιγότερο εκφράζει τα συναισθήματά του. Μια ερμηνεία σε αυτό ίσως είναι ο φόβος έκθεσης ή οι μηχανισμοί άμυνας που ενδεχομένως μπλοκάρουν την έκφραση των συναισθημάτων. Βασικός παράγοντας, ωστόσο, είναι, και σ' αυτή την περίπτωση, το μικρό δείγμα που ίσως παραποιεί τα αποτελέσματα.

Από τις συγκρίσεις του MAS με το SCID-5 φάνηκε πως όσες περισσότερες διαγνώσεις έχει κάποιος τόσο δυσκολότερα εντοπίζει τα συναισθήματά του και κατ' επέκταση, όσες περισσότερες είναι οι διαγνώσεις τόσο χαμηλότερη η νοητικοποίηση που διαθέτει. Αυτό επαληθεύει παλαιότερους ισχυρισμούς του Kernberg (1986) πως οι οριακοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από χαμηλή νοητικοποίηση. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως στην έρευνα φάνηκε ότι κάποιος με τέσσερις διαγνώσεις έχει χαμηλότερη νοητικοποίηση από κάποιον με πέντε διαγνώσεις ενώ θα αναμενόταν το αντίθετο. Αυτό ίσως οφείλεται στο

είδος των διαγνώσεων και όχι τόσο στην ποσότητα, δείχνοντας πως ίσως ο βαθμός νοητικοποίησης να μην εξαρτάται απαραίτητα από την ποικιλία των διαγνώσεων αλλά από το είδος και τη συνύπαρξη αυτών. Σίγουρα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Επιπλέον, στη σύγκριση του MAS με το RFQ τα κλινικά γκρουπ εμφάνισαν διαφορές ως προς τις δεξιότητες του εντοπισμού, της επεξεργασίας των συναισθημάτων και της ανασφάλειας ως προς τη νοητικοποίηση. Πιο αναλυτικά, στην ομάδα των νευροαναπτυξιακών βρέθηκαν ελλείμματα στον εντοπισμό και στην επεξεργασία των συναισθημάτων, κάτι αναμενόμενο βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτών των ασθενών. Αναφορικά με τους οριακούς ασθενείς επαληθεύτηκε η αρχική υπόθεση της παρούσας έρευνας ως προς τη δυσκολία τους στην επεξεργασία των συναισθημάτων. Παραδόξως, οι ΝΑΔ φάνηκαν να νοητικοποιούν με μεγαλύτερη σιγουριά σε σχέση με το γκρουπ των ΤΨΨ, καθόλου αναμενόμενο καθώς οι ΝΑΔ είχαν χαμηλά επίπεδα νοητικοποίησης. Όπως επίσης, σε σύγκριση με την ομάδα των ΜΔΠ, οι ΝΑΔ είχαν μικρότερη ανασφάλεια ως προς τη νοητικοποίηση των συναισθημάτων των ίδιων και των γύρω τους. Τέλος, οι ΟΔΠ είχαν υψηλότερα επίπεδα ανασφάλειας ως προς τη νοητικοποίηση σε σχέση με τους ΤΨΨ, το οποίο ίσως να είναι αποτέλεσμα της υπάρχουσας θεραπευτικής διαδικασίας και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Κλείνοντας είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα υπάρχοντα στοιχεία είναι προκαταρκτικά και αποτελούν τάσεις, καθώς η έρευνα πρόκειται να συνεχιστεί με στόχο τη στάθμιση της κλίμακας και τη διεξαγωγή εγκυρότερων αποτελεσμάτων.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σημαντικότερος περιορισμός αυτής της μελέτης ήταν η έναρξη της πανδημίας που είχε ως αποτέλεσμα αρχικά τη διακοπή της έρευνας για ένα χρονικό διάστημα, ενώ στη συνέχεια η συλλογή του δείγματος ήταν δύσκολη εξαιτίας των κυβερνητικών περιορισμών. Λόγω του χρονικού ορίου για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος, πραγματοποιήθηκαν οι αναλύσεις βάσει του υφιστάμενου δείγματος, ωστόσο για πολλά δεδομένα δεν ήταν επαρκές ώστε να διεξαχθούν οι απαραίτητοι έλεγχοι όπως η εσωτερική δομή ή η στάθμιση. Επιπλέον, βασικός παράγοντας της έρευνας ήταν το control group το οποίο δεν κατέστη δυνατό να αξιοποιηθεί λόγω τεχνικών δυσκολιών που προέκυψαν από το survey monkey και έτσι οι συγκρίσεις και οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά μεταξύ των κλινικών ομάδων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βάσει των ανωτέρω περιορισμών που αναφέρθηκαν τα αμέσως επόμενα βήματα αφορούν στην ολοκλήρωση της στάθμισης μέσω τη συλλογής μεγαλύτερου δείγματος καθώς και την επίλυση των τεχνικών προβλημάτων του survey monkey ώστε να ενταχθεί στη μελέτη ο υγιής πληθυσμός. Πέραν τούτου, θα ήταν χρήσιμο να προστεθούν στην έρευνα και άλλα ερωτηματολόγια μέτρησης της νοητικοποίησης προκειμένου να υποστηριχθεί καλύτερα το ερευνητικό της ερώτημα και να παρέχει μια πιο ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη εικόνα με ένα ευρύτερο δείγμα δεδομένων. Θα ήταν ενδιαφέρον επίσης, να μετρηθεί η νοητικοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των θεραπειών. Κάτι τέτοιο, θα μπορούσε να συμβάλλει σε ανάλογες μελλοντικές έρευνες σχετικές με το θέμα που πραγματεύεται αυτή η εργασία, τη νοητικοποίηση, η οποία επηρεάζεται και εξελίσσεται σύμφωνα με τις κοινωνικοπολιτικές και πολιτισμικές αλλαγές, όπως και ο ίδιος ο άνθρωπος.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Καθότι η έρευνα αφορά ανθρώπους και στις πληροφορίες που θα συλλεχθούν από τους ίδιους στηρίζονται τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι δεδομένο ότι θα ανακύψουν θέματα ηθικής και δεοντολογίας, ιδιαίτερα εφόσον υπάρχει συμμετοχή κλινικού πληθυσμού, όπου χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή. Αυτό καθιστά αναγκαία τη διακριτικότητα και την εχεμύθεια ως προς τα προσωπικά δεδομένα και το απόρρητο από το ερευνητικό προσωπικό καθώς και την απόκτηση άδειας από τους ίδιους με το έντυπο συγκατάθεσης. Επιπλέον, η άδεια είναι απαραίτητη και από τον δημιουργό της κλίμακας MAS προκειμένου να σταθμιστεί.

Δήλωση τήρησης εχεμύθειας

«Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και

ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΔΗ ΚΕΚΤΗΜΕΝΗ ΓΝΩΣΗ

Η παρούσα έρευνα ευελπιστεί, αφενός να αποδώσει σαφείς απαντήσεις σχετικά με τη Νοητικοποίηση των συναισθημάτων των οριακών ασθενών σε κάθε άξονα ξεχωριστά, ώστε να δώσει ώθηση στην επιστήμη και στο ερευνητικό κοινό για τη δημιουργία θεραπείας εστιασμένης στην ενίσχυση του εκάστοτε ελλείμματος και αφετέρου να αφήσει στην ελληνική κοινότητα ερευνητών ένα εργαλείο εξαιρετικά χρήσιμο για αντίστοιχες έρευνες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Allen.J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington: *American Psychiatric Press*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Asen, E., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347–370. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x>

Aulagnier, P. (1975). *The Violence of Interpretation*. Philadelphia: Brunner-Routledge

Bagby, M., Taylor, G., Parker, J. (1992). The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1992:57, 34-41. 50.

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.>

Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005653. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653>

Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 333–338. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030103013>

Bremner, J., Bolus, R., & Mayer, E. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>

Carpenter, W. T., & Gunderson, J. G. (1977). Five year follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 18(6), 567–571. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(97\)90007-9](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(97)90007-9)

D. W. Winnicott, F.R.C.P. (1965). The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. *The International Psycho-Analytical Library*, 64:1-276. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965.

Daubney Michael & Bateman Anthony (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry* 2015, Vol 23(2) 132–135

Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): An overview. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 23(2), 132–135. <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>

Dawn MJohnsonˆ M.TracieSheaˆ ShirleyYenˆ Cynthia LBattle ˆCaronZlotnickˆ Charles ASanislowˆ Carlos MGriloˆ Andrew ESkodolˆ Donna SBenderˆ Thomas HMcGlashanˆ John GGundersonˆ Mary CZanarini. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 44, Issue 4, July–August 2003, Pages 284–292.

Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (pp. 1–2). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Fonagy & Target, M. (2002). *Early intervention and the development of self-regulation*. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307–335.

Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, et al. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*. 2016;11(7):e0158678.

Fonagy, P. & Βρούβα, Ι. (2010). Εν-νόηση και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. *Οιδίπους*, 4, 349-391.

Fonagy, P., & Moran, G. (1991). Understanding psychic change in child psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 15-22.

Fonagy, P., & Target, M. (1998). *Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis*. *Psychoanalytic dialogues*, 8, 87- 114.

Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early Intervention and the Development of Self-Regulation. *Psychoanalytic Inquiry - PSYCHOANAL INQ*, 22, 307–335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>

Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS One*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (1999). A new transgenerational theory of self-development. *Paper presented at the IPTAR conference on the Evolution and Dissolution of the Self*, New York.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412–459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>

Freud. (1900). *The interpretation of dreams*. In *Standard Edition*, Vol. 4, (pp. 1–338). London: Hogarth Press.

Gabbard, G. O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 648–655. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.648>

George A. Bonanno and Deniz M., ColakDacher Keltner and Michelle N. Shiota., Anthony Papa., Jennie G. Noll and Frank W. Putnam., Penelope K. Trickett. (2007). Context Matters: The Benefits and Costs of Expressing Positive Emotion Among Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Emotion Copyright 2007 by the American Psychological Association 2007*, Vol. 7, No. 4, 824 – 837

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, *Berkeley, CA: University of California*.

Getzfeld, Andrew R. (2009). *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*. GOTSIS.

Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533–45.

Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504–528. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). *Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y., & Jurist, E. L. (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. *PloS One*, 12(10), e0185264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185264>

Gunderson John G., M.D. Weinberg, Igor Ph.D. Choi-Kain, Lois M.D, 2013. Borderline Personality Disorder. *FOCUS THE JOURNAL OF LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY*

Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Yen, S., Daversa, M. T., & Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1049–1056. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0804>

Holmes, J. (2005). Notes on Mentalization: Old hat or New Wine? *British Journal of Psychotherapy* 19:690-710

Jurist Elliot (2018). *Minding Emotions. Cultivating Mentalization in Psychotherapy* : New York : Guilford Press, [2018] | Series: Psychoanalysis and psychological science

Karfopoulou, E., Anastasiou, C. A., Avgeraki, E., Kosmidis, M. H., & Yannakoulia, M. (2016). The role of social support in weight loss maintenance: Results from the MedWeight study. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(3), 511–518. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9717-y>

Kernberg O. F., (1986). *Severe Personality Disorders- Psychotherapeutic Strategies*. Yale University press.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). *DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>

Lundgaard Bak, (2012). *Thoughts in mind': Promoting mentalizing communities for children*. 1st Edition, 2012, Imprint Routledge

Marieke S.Tollenaar & Sandy Overgaauw, (2020). *Empathy and mentalizing abilities in relation to psychosocial stress in healthy adult men and women*. *HELIYON* 6(8)

Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). *Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study*. *Social Development*, 7(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00047>

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>

Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.001>

Schmideberg M. (1959). *The borderline patient*. In: Arieti S, ed. *American handbook of psychiatry* New York: Basic Books,: 398–416

Segal H. (1977). Countertransference. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* , 6, 31–37.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.

Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51(12), 951–963. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01325-2)

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 575–594). The Guilford Press.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1–2), 34–41. <https://doi.org/10.1159/000288571>

Twemlow, S., Fonagy, P., & Sacco, F. (2005). A developmental approach to mentalizing communities I: A model for social change. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 265–281. <https://doi.org/10.1521/bumc.2005.69.4.265>

Weijers, J. G., ten Kate, C., Debbané, M., Bateman, A. W., de Jong, S., Selten, J.-P. C. J., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2020). Mentalization and Psychosis: A Rationale for the Use of Mentalization Theory to Understand and Treat Non-affective Psychotic Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3), 223–232. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09449-0>

Weinberg I. (2007) The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*; 48: 145–54.

Winter, A. (2012). *Memory: Fragments of a modern history*. Chicago: University of Chicago Press.

World Health Organisation, (2016). *International Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, ICD-10*. Geneva.

Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B., & McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(8), 510–518. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827–832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929–935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Βαλσαματζής Γ., (2005). *Ο Οριακός Ασθενής*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Γονιδάκης, Φ., & Συνεργάτες. (2018). *Μιλώντας για την Οριακή διαταραχή προσωπικότητας: Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία*. Αθήνα, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΙΠΕ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

1. Pearson r – MAS correlation to all tests

Correlations				
		MAS_IDENTIFYI NG	MAS_PROCESSI NG	MAS_EXPRESSI NG
DSQ_Μετουσίωση	Pearson	-0,222	-0,090	0,027

	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	0,088	0,496	0,840
	N	60	60	60
DSQ_Χιούμορ	Pearson Correlation	0,091	-0,015	-0,069
	Sig. (2-tailed)	0,489	0,910	0,602
	N	60	60	60
DSQ_Καταστολή	Pearson Correlation	-0,070	0,087	0,245
	Sig. (2-tailed)	0,594	0,510	0,059
	N	60	60	60
DSQ_Πρόβλεψη	Pearson Correlation	-0,071	-0,029	-0,080
	Sig. (2-tailed)	0,590	0,824	0,545
	N	60	60	60
DSQ_Ωριμοί	Pearson Correlation	-0,092	-0,015	0,044
	Sig. (2-tailed)	0,483	0,907	0,739
	N	60	60	60
DSQ_Ματαίωση	Pearson Correlation	0,085	0,111	-0,047
	Sig. (2-tailed)	0,518	0,400	0,719
	N	60	60	60
DSQ_Αλτρουισμός	Pearson Correlation	0,097	0,075	0,043
	Sig. (2-tailed)	0,460	0,571	0,744
	N	60	60	60
DSQ_Αντιδραστικός σχηματισμός	Pearson Correlation	0,064	0,051	-0,037
	Sig. (2-tailed)	0,627	0,698	0,780
	N	60	60	60
§	Pearson Correlation	-0,080	-0,132	-0,085
	Sig. (2-tailed)	0,542	0,313	0,519
	N	60	60	60
DSQ_Νευρωτικοί	Pearson Correlation	0,051	0,028	-0,053
	Sig. (2-tailed)	0,699	0,833	0,688
	N	60	60	60
DSQ_Διανοητικοποίηση	Pearson Correlation	-0,018	-0,037	0,067
	Sig. (2-tailed)	0,894	0,777	0,611
	N	60	60	60
DSQ_Προβολή	Pearson Correlation	0,065	0,145	0,134
	Sig. (2-tailed)	0,621	0,270	0,309
	N	60	60	60
DSQ_Αρνηση	Pearson Correlation	-0,007	-0,052	0,067
	Sig. (2-tailed)	0,955	0,694	0,611
	N	60	60	60

DSQ_Αποσύνδεση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,108	-0,231	-0,066
	Sig. (2-tailed)	0,413	0,075	0,615
DSQ_Αυτιστική φαντασία	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,249	0,073	0,129
	Sig. (2-tailed)	0,055	0,579	0,325
DSQ_Εκδραμάτιση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,115	0,082	-0,106
	Sig. (2-tailed)	0,380	0,532	0,422
DSQ_Παθητικο_επιθετικότητα	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,147	0,128	-0,046
	Sig. (2-tailed)	0,264	0,328	0,726
DSQ_Διάσπαση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,134	0,074	-0,120
	Sig. (2-tailed)	0,308	0,576	0,359
DSQ_Μόνωση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,024	-0,018	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,853	0,888	0,772
DSQ_Σωματοποίηση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,037	0,003	0,157
	Sig. (2-tailed)	0,781	0,981	0,231
DSQ_Μετάθεση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,142	0,088	0,118
	Sig. (2-tailed)	0,279	0,506	0,368
DSQ_Υποτίμηση	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,034	0,059	0,215
	Sig. (2-tailed)	0,799	0,652	0,098
DSQ_Νευρωτικοί	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,159	0,061	0,094
	Sig. (2-tailed)	0,225	0,644	0,477
SCL_ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,001	0,047	0,149
	Sig. (2-tailed)	0,991	0,723	0,259
SCL_ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ_ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	N	59	59	59
	Pearson Correlation	-0,154	-0,181	-0,015
	Sig. (2-tailed)	0,240	0,167	0,907
SCL_ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ_ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,077	0,034	0,069

SCL_ΚΑΤΑΘΑΙΨΗ	Sig. (2-tailed)	0,560	0,799	0,603
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,086	-0,050	0,067
SCL_ΑΓΧΟΣ	Sig. (2-tailed)	0,515	0,702	0,611
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,069	-0,010	0,095
SCL_ΘΥΜΟΣ_ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	Sig. (2-tailed)	0,598	0,939	0,472
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,104	0,194	0,136
SCL_ΦΟΒΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ	Sig. (2-tailed)	0,428	0,137	0,300
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,006	0,092	0,155
SCL_ΠΑΡΑΝΟΕΙΑΗΣ_ΙΔΕΑΣΜΟΣ	Sig. (2-tailed)	0,962	0,482	0,236
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,074	0,032	0,096
SCL_ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	Sig. (2-tailed)	0,576	0,806	0,465
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,050	-0,031	0,141
SCL_GSI	Sig. (2-tailed)	0,703	0,813	0,282
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,059	0,020	0,127
SCL_PST_total	Sig. (2-tailed)	0,652	0,881	0,332
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,032	0,018	0,071
SCL_PSDI	Sig. (2-tailed)	0,810	0,892	0,589
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,058	0,017	0,135
TAS_DDF	Sig. (2-tailed)	0,659	0,900	0,302
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,138	-0,139	0,132
TAS_DIF	Sig. (2-tailed)	0,293	0,289	0,315
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,238	-0,138	-0,034
TAS_EOT	Sig. (2-tailed)	0,067	0,293	0,794
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,147	.329*	.343**
TAS_TOTAL	Sig. (2-tailed)	0,261	0,010	0,007
	N	60	60	60
	Pearson	.257*	-0,049	0,130

ΕΠΙΠΕΔΑ	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	0,047	0,709	0,321
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	.c	.c	.c
Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας	Sig. (2-tailed)			
	N	0	0	0
	Pearson Correlation	0,100	0,176	-0,094
	Sig. (2-tailed)	0,448	0,178	0,473
Τραύμα σωματικής τιμωρίας	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,108	0,187	0,070
	Sig. (2-tailed)	0,409	0,153	0,596
	N	60	60	60
Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	Pearson Correlation	-0,023	0,034	-0,075
	Sig. (2-tailed)	0,859	0,796	0,566
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,182	0,092	.256*
Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης/παρενοχλήσης	Sig. (2-tailed)	0,164	0,484	0,048
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,049	0,096	0,121
	Sig. (2-tailed)	0,708	0,464	0,356
DERS_NONACCEPT	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,173	-0,028	-0,127
	Sig. (2-tailed)	0,185	0,830	0,334
	N	60	60	60
DERS_GOALS	Pearson Correlation	0,121	-0,009	-0,183
	Sig. (2-tailed)	0,358	0,943	0,161
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,042	0,104	-0,027
DERS_IMPULSE	Sig. (2-tailed)	0,750	0,431	0,838
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,025	-0,209	-0,088
	Sig. (2-tailed)	0,851	0,110	0,506
DERS_AWARENESS	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,158	0,010	-.381**
	Sig. (2-tailed)	0,229	0,940	0,003
	N	60	60	60
DERS_STRATEGIES	Pearson Correlation	0,117	-0,010	-0,164
	Sig. (2-tailed)	0,373	0,938	0,211
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,117	-0,010	-0,164
CLARITY	Sig. (2-tailed)	0,373	0,938	0,211
	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,117	-0,010	-0,164
	Sig. (2-tailed)	0,373	0,938	0,211
TOTAL SCORE	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,117	-0,010	-0,164
	Sig. (2-tailed)	0,373	0,938	0,211
	N	60	60	60

RFQ_CERTAINTY ABOUT MENTAL STATES	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,129	.267*	0,111
	Sig. (2-tailed)	0,326	0,039	0,399
RFQ_UNCERTAINTTY ABOUT MENTAL HEALTH	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,088	0,053	-0,108
	Sig. (2-tailed)	0,502	0,689	0,413
SWLS	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,203	0,004	0,056
	Sig. (2-tailed)	0,119	0,976	0,670
TIPI_Extraversion	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,065	0,125	-.356**
	Sig. (2-tailed)	0,624	0,342	0,005
TIPI_Agreeableness	N	60	60	60
	Pearson Correlation	-0,036	-0,022	.304*
	Sig. (2-tailed)	0,786	0,865	0,018
TIPI_Conscientiousness	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,195	.382**	0,075
	Sig. (2-tailed)	0,135	0,003	0,568
Emotional stability	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,033	0,217	-0,022
	Sig. (2-tailed)	0,802	0,096	0,868
Openess to experiences	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,028	0,078	-0,079
	Sig. (2-tailed)	0,832	0,551	0,551
Eq	N	60	60	60
	Pearson Correlation	0,204	0,241	-0,042
	Sig. (2-tailed)	0,118	0,064	0,752
	N	60	60	60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

Έντυπο συγκατάθεσης

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ:

Εισαγωγή-Σκοπός

Στη διάρκεια της παρακολούθησης και της θεραπείας σας στο Τμήμα Διαταραχών Προσωπικότητας της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, θα σας ζητηθεί να συμμετάσχετε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της κλινικής εργασίας του τμήματος τόσο για τον κάθε θεραπευόμενο ξεχωριστά όσο και συνολικά για το τμήμα. Στο πλαίσιο της αξιολόγησης αυτής θα σας δοθεί **το ερωτηματολόγιο «Κλίμακα νοητικοποίησης των συναισθημάτων»**, το οποίο σταθμίζεται στον ελληνικό πληθυσμό. Την συγκεκριμένη έρευνα διενεργεί η **κα Μαντέ Έλενα**, στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας στο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ» που διενεργείται στην Ιατρική Σχολή Αθηνών.

Συμμετέχοντες-Διαδικασία

Στο πλαίσιο αυτό, θα χρειαστεί να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις και να συμπληρωθούν ερωτηματολόγια ψυχολογικής αξιολόγησης σε διαφορετικές χρονικές στιγμές: στην αρχή της παρακολούθησης και ακολούθως κάθε 6 μήνες για τρία χρόνια. Η συμμετοχή δεν είναι υποχρεωτική, ενώ άρνηση της συμμετοχής σας δεν συνεπάγεται διακοπή της φροντίδας που λαμβάνεται από το Τμήμα.

Οφέλη και Κόστη της Συμμετοχής

Η συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή δεν συνοδεύεται από κάποια επιβάρυνση, πέραν της χρονικής, ενώ θα βοηθήσει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών του τμήματος.

Εμπιστευτικότητα και Διάχυση των Αποτελεσμάτων

Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα είναι απόρρητες και εμπιστευτικές. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη μελέτη, ενδέχεται να παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια και επιστημονικές δημοσιεύσεις στο σύνολό τους και επομένως, κανένας δεν θα γνωρίζει προσωπικές/ατομικές απαντήσεις, δεν θα αναφερθεί προσωπικά σε εσάς, ούτε θα γνωρίζει τη δική σας συμμετοχή.

Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε τη συμμετοχή σας, καθώς και να αποσύρετε την συγκατάθεση σας σε οποιοδήποτε σημείο της μελέτης, για οποιοδήποτε λόγο, χωρίς οποιαδήποτε ειδοποίηση. Σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες για τη

μελέτη μπορείτε να απευθυνθείτε στον Επιστημονικά Υπεύθυνο της μελέτης, Ιωάννη Μαλογιάννη (τηλέφωνο: 2107217024).

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ:

Έχω διαβάσει τις παραπάνω πληροφορίες, ή μου έχουν κοινοποιηθεί και είχα την ευκαιρία να διατυπώσω ερωτήσεις αναφορικά με τη μελέτη. Συναινώ στην εθελοντική μου συμμετοχή στην έρευνα αυτή.

Αθήνα, __ __/__ __/20__ __

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή συμμετέχοντος:

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή ερευνητή:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΝΟΗΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Μετάφραση και προσαρμογή από Ελ. Γιαννούλη, Ι. Μαλογιάννη, 2020

Ακολουθούν ορισμένες δηλώσεις για τα συναισθήματα, που ενδέχεται να ισχύουν ή να μην ισχύουν για εσάς. Παρακαλείσθε να αναφέρετε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα.

Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Δεν συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ πολύ
1	2	3	4	5	6	7

1		Συχνά σκέφτομαι πώς τα συναισθήματα, που αισθάνομαι, προέρχονται από προηγούμενες εμπειρίες ζωής (π.χ. τα δυναμικά της οικογένειας κατά την παιδική ηλικία).
---	--	--

2		Μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου με σαφήνεια στους άλλους.
3		Είμαι καλός στην κατανόηση των σύνθετων συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων.
4		Χρησιμοποιώ δεξιότητες, που έχω αποκτήσει, για να βοηθηθώ, όταν βρίσκομαι σε δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις.
5		Μπορώ να αντιληφθώ πώς προηγούμενες σχέσεις επηρεάζουν τα τρέχοντα συναισθήματά μου.
6		Μπορώ να σκέφτομαι λογικά ακόμα κι αν τα συναισθήματά μου είναι πολύπλοκα.
7		Είμαι σε θέση να περιμένω, ώστε να ενεργήσω σύμφωνα με τα συναισθήματά μου.
8		Καταβάλλω προσπάθεια, για να διαχειριστώ τα συναισθήματά μου.
9		Μου είναι δύσκολο να μιλώ για τα πολύπλοκα συναισθήματα μου.
10		Όταν με πλημμυρίζει ένα αρνητικό συναίσθημα, ξέρω πώς να το χειριστώ.
11		Γνωρίζω συχνά τους λόγους, για τους οποίους αισθάνομαι συγκεκριμένα συναισθήματα.
12		Η κατανόηση της συναισθηματικής μου εμπειρίας είναι μια συνεχής διαδικασία.
13		Είμαι συχνά μπερδεμένος, αναφορικά με τα συναισθήματα που αισθάνομαι.
14		Είμαι σε θέση να προσαρμόσω τα συναισθήματά μου, για να είμαι πιο ακριβής.
15		Είναι δύσκολο για μένα να διαχειριστώ τα συναισθήματά μου.
16		Η γνώση των παιδικών μου εμπειριών με βοηθά να θέσω τα συναισθήματά μου σε ένα ευρύτερο πλαίσιο.
17		Είναι εύκολο για μένα να αντιλαμβάνομαι πότε αισθάνομαι διαφορετικά συναισθήματα την ίδια στιγμή.
18		Συχνά σκέφτομαι τις προηγούμενες εμπειρίες μου, για να μπορέσω να καταλάβω τα συναισθήματα που νιώθω στο παρόν.
19		Είμαι σε θέση να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου, αν ο χρόνος για να τα εκφράσω δεν είναι σωστός.
20		Συχνά κρατώ τα συναισθήματά μέσα μου.

Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Δεν συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ πολύ
1	2	3	4	5	6	7

21	Μπορώ εύκολα να ορίσω τα βασικά συναισθήματα (φόβο, θυμό, θλίψη, χαρά και έκπληξη), που αισθάνομαι.
22	Είμαι καλός στο να ενισχύω τα συναισθήματα, που θέλω να αισθάνομαι περισσότερο.
23	Είμαι καλός στον έλεγχο των συναισθημάτων μου.
24	Όταν εκφράζω τα συναισθήματά μου σε άλλους, είναι συνήθως μπερδεμένα.
25	Όταν με κατακλύζει ένα θετικό συναίσθημα, ξέρω πώς να το διατηρήσω.
26	Είμαι καλός στον έλεγχο των συναισθημάτων, που δεν θέλω να αισθανθώ.
27	Είμαι γρήγορος στο να ενεργώ με βάση τα συναισθήματά μου.
28	Με βοηθά το να γνωρίζω τους λόγους, για τους οποίους βιώνω συγκεκριμένα συναισθήματα.
29	Αντιλαμβάνομαι επαναλαμβανόμενα μοτίβα στα συναισθήματά μου.
30	Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι καλός στο να εκφράζω τα συναισθήματά μου.
31	Όταν νιώθω κάτι, προτιμώ να μην το συζητάω με τους άλλους.
32	Μου χρειάζεται λίγος χρόνος, για να καταλάβω πώς πραγματικά αισθάνομαι.
33	Προσπαθώ να κατανοήσω την πολυπλοκότητα των συναισθημάτων μου.
34	Είναι σημαντικό για μένα το να αναγνωρίζω τα δικά μου αληθινά συναισθήματα
35	Συχνά καταλαβαίνω από πού προέρχονται τα συναισθήματά μου.
36	Εάν νιώθω κάτι, προτιμώ να μην το μεταφέρω σε άλλους.
37	Συχνά αναπολώ την ιστορία της ζωής μου, για να μπορέσω να κατανοήσω την τρέχουσα συναισθηματική μου κατάσταση.
38	Είμαι ανοιχτός σε αυτό, που λένε οι άλλοι για μένα, προκειμένου να βοηθηθώ να κατανοήσω αυτά που νιώθω.
39	Οι άνθρωποι μπερδεύονται, όταν προσπαθώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου.
40	Μερικές φορές είναι καλό να κρατώ τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.
41	Είμαι καλός στο να διακρίνω τα διαφορετικά συναισθήματα, που αισθάνομαι.
42	Με ενδιαφέρει η αναγνώριση των συναισθημάτων μου.
43	Αν ένα συναίσθημα με κάνει να αισθάνομαι άβολα, μπορώ εύκολα να το ξεφορτωθώ.
44	Γνωρίζω συχνά τι αισθάνομαι, αλλά επιλέγω να μην το αποκαλύψω.

Διαφωνώ έντονα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Δεν συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ πολύ
1	2	3	4	5	6	7

45		Όταν νιώθω κάτι, συχνά ξεχύνεται από μέσα μου.
46		Επιχειρώ να καταβάλλω προσπάθεια για τον εντοπισμό των συναισθημάτων μου.
47		Μπορώ να εντοπίσω τις εμπειρίες της παιδικής μου ηλικίας, που επηρεάζουν τον τρόπο που συχνά σκέφτομαι και αισθάνομαι.
48		Όταν αισθάνομαι κάτι, το μεταφέρω στους άλλους.
49		Η σκέψη για τις συναισθηματικές εμπειρίες των άλλων ανθρώπων με βοηθά να σκεφτώ για τις δικές μου.
50		Μπορώ να αντιληφθώ τον τρόπο, με τον οποίο οι προηγούμενες σχέσεις επηρεάζουν τις σχέσεις που έχω τώρα.
51		Είναι βοηθητικό να σκέφτομαι πώς τα συναισθήματά μου προέρχονται από τα οικογενειακά δυναμικά.
52		Είμαι ανοιχτός στην άποψη των άλλων ανθρώπων για μένα, επειδή με βοηθά να καταλάβω καλύτερα τον εαυτό μου.
53		Σπάνια σκέφτομαι τους λόγους, για τους οποίους αισθάνομαι μ' ένα συγκεκριμένο τρόπο.
54		Είναι σημαντικό να κατανοήσω τα σημαντικά γεγονότα της ζωής, που επηρέασαν τη συμπεριφορά μου.
55		Δεν έχω αίσθηση των συναισθημάτων που αισθάνομαι, όταν συζητώ.
56		Αισθάνομαι πιο άνετα όταν "μιλώ έμμεσα" για τα συναισθήματά μου, αντί να μιλώ άμεσα για αυτά.
57		Μπορώ γρήγορα να εντοπίσω τα συναισθήματά μου, χωρίς να χρειαστεί να σκεφτώ πάρα πολύ γι' αυτά.
58		Μπορώ να κατανοήσω τα συναισθήματά μου μέσα στο πλαίσιο του περιβάλλοντός μου.
59		Μπορώ να αντιληφθώ αν νιώθω ταυτόχρονα ένα συνδυασμό συναισθημάτων.
60		Ενδιαφέρομαι να μάθω για ποιο λόγο νιώθω κάποια συναισθήματα πιο συχνά από άλλα.

Reprinted with permission from Elliot Jurist and David M. Greenberg in *Minding Emotions: Cultivating Mentalization in Psychotherapy* by Elliot Jurist (The Guilford Press, 2018).

