Διπλωματική Εργασία

Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας: Παράγοντες που σχετίζονται με την πρόωρη αποχώρηση από την θεραπεία, ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες, και οργάνωση προσωπικότητας κατά το Inventory of Personality Organization

Παναγιώτης Κόκκορης (Α.Μ.: 20180965)

Επιβλέποντες

Ιωάννης Ζέρβας, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ιωάννης Μαλογιάννης, Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής

Ελένη Γιαννούλη, Ψυχολόγος, Εικαστική Ψυχοθεραπεύτρια

ΑΘΗΝΑ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ τον Μεταπτυχιακό Φοιτητή: Κοκκόρη Παναγιώτη

Εξεταστική Επιτροπή

- ....., Επιβλέπων
- .....
- …….

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της .....για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ... ....., συνεδρίασε σήμερα ...../…../…....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία τ... Κ... ..... Με τίτλο: …..... …….. …….…… ……, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη. Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψη το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους ..... προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους ....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους ..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

....., Επιβλέπων

(Υπογραφή) .....,

(Υπογραφή)

....., (Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωτίστως την οικογένεια μου που έκανε για εμένα δυνατή την παρακολούθηση αυτού του μεταπτυχιακού προγράμματος και έπειτα τους καθηγητές που με καθοδήγησαν και με βοήθησαν να προσπεράσω εμπόδια και τους συμφοιτητές μου που μοιραστήκαμε ιδέες και αγωνίες.

Περίληψη

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε αν η πρόωρη διακοπή της θεραπείας στα άτομα που έπασχαν από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σχετίστηκε με ελλείμματα στις επιτελικές τους λειτουργίες, με διαφορές στα κλινικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, και με διαφορές στην οργάνωση της προσωπικότητας τους. Συμμετείχαν 55 άτομα που έλαβαν την διάγνωση της ΟΔΠ σύμφωνα με το DSM-V: από τα άτομα αυτά τα 38 συνεχίζουν την θεραπεία τους (continuers), τα 10 διέκοψαν πρόωρα (dropouts), και 9 κρίθηκαν ακατάλληλα για ψυχοθεραπεία από την Μονάδα Διαταραχών Προσωπικότητας της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινητείου Νοσοκομείου Αθηνών. Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε continuers και dropouts ούτε στις επιτελικές λειτουργίες, που αξιολογήθηκαν με το Wisconsin Card Sorting Test και το Stroop Color Word Test, ούτε στην οργάνωση της προσωπικότητας, που αξιολογήθηκε με το Inventory of Personality Organization GR (IPO-GR), ούτε στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, δηλαδή ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, φύλο, ούτε στα κλινικά χαρακτηριστικά, όπως προηγούμενες νοσηλείες και απόπειρες. Η μόνη σημαντική διαφορά εντοπίστηκε στην υποκλίμακα περιορισμού της τροφής του Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ-4), με τους continuers να σημειώνουν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν μπορούν να είναι γενικεύσιμα, καθώς είναι χρήσιμο να διενεργηθούν επόμενες μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος.

Λέξεις κλειδιά: οριακή διαταραχή προσωπικότητας, εκτελεστικές λειτουργίες, οργάνωση προσωπικότητας κατά IPO, πρόωρη διακοπή θεραπείας

Abstract

In the current survey it was studied whether early dropout from psychotherapy regarding patients diagnosed with Borderline Personality Disorder was associated with cognitive impairments, with clinical and demographic differences, and with differences regarding their personality organization. The total sample was 55 patients, from which 38 continued psychotherapy, 10 dropout, and 9 were left out from psychotherapy because of their unsuitability for psychotherapy. No statistically significant differences were found between continuers and dropouts regarding neither cognitive impairments, which were assessed with the Wisconsin Card Sorting Test and the Stroop Color Word Test, nor personality organization, which was assessed with the greek version of the Inventory of Personality Organization, nor clinical and demographic characteristics, namely previous hospitalizations and suicidal attempts, and age, gender, and educational level. The only statistically significant difference was unexpectedly found regarding the food restraint facet of the greek version of the Eating Disorder Examination Questionnaire. The results of the current study are not generalizable and future studies with greater sample size should follow.

Key words: borderline personality disorder, executive functioning, personality organisation IPO, early dropout from therapy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή 7-25

Μεθοδολογία 25-30

Αποτελέσματα 31-35

Συζήτηση 36-40

Βιβλβιογραφία 40-49

Εισαγωγή

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή με αρκετές συνέπειες στα άτομα, τα οποία πάσχουν από αυτήν, όπως αυτοκτονικότητα, υψηλή συννόσηση με άλλες ψυχικές διαταραχές, σημαντικά ελλείμματα στην λειτουργικότητα. Τα άτομα που πάσχουν από ΟΔΠ χρήζουν συστηματικής περίθαλψης από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να διαχειριστούν τις προαναφερόμενες δυσκολίες, γεγονός που επιφέρει υψηλά κόστη στα συστήματα υγείας (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Ακόμα πιο κοστοβόρος και δύσκολη γίνεται η κατάσταση για τα συστήματα υγείας αν συμπεριληφθεί και η σημαντική τάση για πρόωρη διακοπή της θεραπείας από τα άτομα με ΟΔΠ, παράγοντες της οποίας έχουν ερευνηθεί εκτενώς και θα συζητηθούν αναλυτικά παρακάτω.

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) η ΟΔΠ ορίζεται από ένα σύνδρομο δυσκολιών για το άτομο, οι οποίες είναι επίμονες, εμφανίζονται σε διάφορα περιβάλλοντα, και αφορούν κυρίως την αστάθεια των διαπροσωπικών σχέσεων και της ταυτότητας, την αδυναμία ή δυσκολία ρύθμισης του συναισθήματος, και την έντονη παρορμητικότητα. Τα κριτήρια που θα πρέπει να πληρούνται σύμφωνα με το DSM-IV για την διάγνωση της ΟΔΠ είναι τα εξής: έντονες προσπάθειες για την αποφυγή πραγματικής ή φανταστικής εγκατάλειψης, ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις με εξιδανικεύσεις και υποτιμήσεις του άλλου, ασταθής εικόνα εαυτού, παρορμητικότητα που μπορεί να αποβεί επικίνδυνη (πχ στο σεξ, την οδήγηση, τα έξοδα, την κατάχρηση ουσιών, κ.α.), υψηλή αυτοκτονικότητα, συναισθηματική αστάθεια, όπως επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος, χρόνια αισθήματα κενού και ματαιότητας, δυσκολία στην ρύθμιση του θυμού και απρόσφορος θυμός, ακόμη και παρανοειδής ιδεασμός ή αποσχιστικά συμπτώματα. Προκειμένου

να δοθεί η διάγνωση της ΟΔΠ σε ένα άτομο πρέπει να πληρούνται 5 από τα παραπάνω κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV.

Αρκετές είναι οι μελέτες στις οποίες οι ερευνητές προσπάθησαν να απαντήσουν πόσο ομοιογενής είναι η συγκεκριμένη διαταραχή και ποια συμπτώματα είναι τα πιο κεντρικά για την διάγνωσή της. Σύμφωνα με τους Grilo, Becker, Anez, & McGlashan (2004) και Grilo et al. (2007) η αυτοκτονικότητα, ο αυτοτραυματισμός, και οι ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις φάνηκαν να είναι τα πιο αξιόπιστα κριτήρια για μία σωστή διάγνωση. Η πληθώρα των κριτηρίων και η πολυπλοκότητα των συμπτωμάτων κάνει την διαγνωστική κατηγορία της ΟΔΠ αρκετά ετερογενή, αφού εντός της ίδιας διάγνωσης ανήκουν αρκετοί υπότυποι ατόμων με διαφορετική ποιότητα αλλά και διαφορετική ένταση συμπτωμάτων και δυσκολιών (Skodol et al., 2002; Oldham, 2006).

Ως προς την επιδημιολογία της ΟΔΠ, έχει φανεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,5% και 5,9% στον αμερικανικό γενικό πληθυσμό (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane , Loranger, & Kessler, 2007). Σε κλινικούς πληθυσμούς τα ποσοστά της ΟΔΠ φαίνεται να είναι περίπου 20% (Kernberg, & Michels, 2009; Gunderson, 2009) κάνοντας την έτσι την συχνότερη διαταραχή προσωπικότητας στον κλινικό πληθυσμό. Αντικρουόμενα είναι τα δεδομένα σχετικά με την επιδημιολογία ανάλογα με το φύλο: κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι το 75% των ατόμων που πάσχουν από ΟΔΠ είναι γυναίκες (Gunderson, Zanarini, & Kisiel, 1991), ενώ νεότερες μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (Grant et al., 2008).Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται στην επίδραση της κοόρτης και την διαφορετική περίοδο που έλαβαν χώρα οι μελέτες.

Δεδομένης και της ετερογένειας της ΟΔΠ η συννόσησή της είναι αρκετά υψηλή. Τα άτομα με ΟΔΠ είναι πιθανότερο να συνδιαγνωστούν με διαταραχές συναισθήματος, διαταραχές άγχους,

και διαταραχές κατάχρησης ουσιών· μάλιστα υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι πάνω από 8/10 άτομα με ΟΔΠ παρουσιάζουν κάποια από τις παραπάνω διαταραχές (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane , Loranger, & Kessler, 2007). Πολύ υψηλή (~40%) φαίνεται πως είναι η συννόσηση με την διαταραχή μετατραυματικού στρες προκαλώντας έτσι το ερευνητικό ερώτημα σχετικά με το αν η ΟΔΠ αποτελεί έναν υπότυπο της μετατραυματικής διαταραχής (Grant et al., 2008; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Εκτός από την συννόσηση με τις διαταραχές του παλιού σύμφωνα με το DSM Άξονα Ένα, υψηλή είναι και η συννόσηση με τις διαταραχές προσωπικότητας του παλιού Άξονα Δύο κατά DSM: πάνω από 7/10 ασθενείς με ΟΔΠ συνδιαγιγνώσκονται με μία ακόμη διαταραχή προσωπικότητας (Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane , Loranger, & Kessler, 2007). Τα υψηλά αυτά ποσοστά συννόσησης δείχνουν από την μία πόσο δύσκολη είναι η εννοιολογική κατασκευή μίας διαταραχής με τόσο μεγάλη αλληλοεπικάλυψη και από την άλλη πόσο δύσκολη είναι η διαχείριση της από τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο.

Τα ποσοστά θνησιμότητας από τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι 8-10% στον πληθυσμό των ατόμων με ΟΔΠ (Oldham, 2006). Τα ποσοστά αυτά είναι κατά 50 φορές μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό, κάτι που καθιστά την μελέτη για την φροντίδα και την κατανόηση των ατόμων με ΟΔΠ μία αδήριτη ανάγκη. Εκτός από τα ανησυχητικά ποσοστά της θνησιμότητας τα άτομα με ΟΔΠ παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση στην κοινωνική τους λειτουργικότητα, δηλαδή στην δημιουργία και διατήρηση σταθερών διαπροσωπικών σχέσεων και στην επαγγελματική τους αποκατάσταση (Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010).

Η αιτιοπαθογένεια της ΟΔΠ είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει ερευνητές από διάφορους τομείς και ψυχολογικές προσεγγίσεις. Σε αυτό που φαίνεται να καταλήγουν οι περισσότεροι

είναι ο συγκερασμός βιολογικής προδιάθεσης και έκθεσης σε ψυχοπιεστικές, ακόμη και τραυματικές πρώιμες εμπειρίες κατά την ανάπτυξη του ατόμου (Kernberg, & Michels, 2009; Gabbard, 2005; Leichsenring et al., 2011). Ως προς τους βιολογικούς παράγοντες έχει φανεί πως σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΟΔΠ παίζουν τα εξής: α) η υπερενεργοποίηση της αμυγδαλής και άλλων μεσομεταιχμιακών δομών που συνδέονται με την υπερευαισθησία των ατόμων με ΟΔΠ στα αρνητικά ερεθίσματα και το υπερβολικό αρνητικό συναίσθημα, και β) η μειωμένη ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού και του πρόσθιου φλοιού του προσαγωγίου, που συνδέεται με την δυσκολία των ατόμων με ΟΔΠ για γνωσιακή αναδόμηση και έλεγχο του συναισθήματός τους (Kernberg, & Michels, 2009). Ως προς τους περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες ανάλογα και με την σχολή της ψυχολογικής σκέψης (πχ γνωσιακές, ψυχοδυναμικές, κα), όμως οι περισσότεροι θεωρητικοί ανεξάρτητα από την παράδοση, στην οποία ανήκουν, συμφωνούν πως η στερητική, ανασφαλής, ψυχρή, και κακοποιητική σχέση του παιδιού με τους φροντιστές του μπορούν να εξηγήσουν την χαοτική και ασταθή εικόνα του ατόμου για τον εαυτό και τους άλλους, που συνδέεται με την αδυναμία ρύθμισης του συναισθήματος και της δυσκολίας κοινωνικής προσαρμογής (Kernberg, & Michels, 2009; Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Beck, Davis, & Freeman, 2015). Σίγουρα η περιπλοκότητα της ΟΔΠ δεν επιτρέπει σε καμία περίπτωση ντετερμινιστικές ερμηνείες ως προς την αιτιοπαθογένεια, που θα απομονώνουν είτε γενετικούς είτε περιβαλλοντικούς παράγοντες σχετικά με την ανάπτυξη της.

Μία σημαντική θεωρία ερμηνείας όλων των διαταραχών προσωπικότητας καθώς και της ΟΔΠ είναι το μοντέλο αντικειμενότροπων σχέσεων για την προσωπικότητα και την παθολογία της προσωπικότητας (Caligor & Clarkin, 2010). Η συγκεκριμένη θεωρία προκύπτει από την ψυχοδυναμική παράδοση και στηρίζεται στην θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων και στην

θεωρία δεσμού. Ο όρος αντικείμενο αναφέρεται στον άλλο με τον οποίο το άτομο σχετίζεται, και ο όρος αντικειμενότροπες σχέσεις αναφέρεται στην ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στο άτομο και τους άλλους. Το εσωτερικευμένο αντικείμενο είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει το άτομο για τον άλλο και την σχέση τους. Η θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων είναι λοιπόν ένα μοντέλο που ερμηνεύει την λειτουργία και τα κίνητρα των ατόμων στην βάση της εσωτερίκευσης και της αναπαράστασης της ποιότητας των σχέσεων του ατόμου με τους άλλους κατά τα πρώιμα παιδικά βιώματα.

Το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την προσωπικότητα και την παθολογία της προσωπικότητας δίνει την δυνατότητα να προσεγγιστεί η εκάστοτε διαταραχή προσωπικότητας, όπως και η ΟΔΠ, με έναν τρόπο δομικό και όχι περιγραφικό (Caligor & Clarkin, 2010). Η περιγραφική προσέγγιση των διαταραχών προσωπικότητας εστιάζει στην επιφανειακή ανάλυση των παρόντων δυσκολιών των ατόμων, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, και στις σχέσεις τους με τους σημαντικούς άλλους. Αυτή είναι η προσέγγιση που υιοθετείται από το DSM (American Psychiatric Association 2000) και η οποία καταλήγει σε μία τυπολογική περιγραφή και ταξινόμηση των διαταραχών της προσωπικότητας. Η δομική προσέγγιση εστιάζει στις δομές, δηλαδή σύμφωνα με την ψυχοδυναμική παράδοση "στα σταθερά μοτίβα ψυχολογικής λειτουργίας που ενεργοποιούνται επαναλαμβανόμενα και προβλεπόμενα σε συγκεκριμένα συγκείμενα" (Caligor & Clarkin, 2010, σελ. 7). Οι δομές αυτές μπορούν να κατανοηθούν ως ψυχολογικές διαδικασίες που μπορεί να αφορούν τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες και των προβλημάτων, τους τρόπους του σχετίζεσθαι με τους άλλους, την ρύθμιση του συναισθήματος, των κινήτρων κ.α. Σε αντίθεση με την περιγραφική προσέγγιση που χαρακτηρίζει το DSM-IV και δίνει χρήσιμες πληροφορίες και οργάνωση για την τυπολογία και την ταξινόμηση, η δομική προσέγγιση του μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων μπορεί να

πληροφορήσει τους κλινικούς και τους ερευνητές που ασχολούνται με τις διαταραχές προσωπικότητας για την σοβαρότητα της διαταραχής προσωπικότητας και για τις δομές - διαδικασίες που χρειάζεται να αποτελέσουν θεραπευτικοί στόχοι. Εν ολίγοις το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για τις διαταραχές προσωπικότητας θέτει στο προσκήνιο της ανάλυσης την βαρύτητα και την σοβαρότητα της παθολογίας της προσωπικότητας, η οποία αξιολογείται στην βάση της ποιότητας των αντικειμενότροπων σχέσεων, και όχι την τυπολογία αυτής.

Σύμφωνα λοιπόν με την δομική προσέγγιση για τις διαταραχές προσωπικότητας αξιολογούνται οι εξής παράμετροι: 1) η ταυτότητα 2) οι άμυνες 3) ο έλεγχος της πραγματικότητας 4) η ποιότητα των αντικειμενότροπων σχέσεων 5) και η ηθική (Caligor & Clarkin, 2010). Το φάσμα της προσωπικότητας, από τις πιο λειτουργικές αυτών μέχρι τις πιο δυσλειτουργικές και παθολογικές, οργανώνεται στην βάση αυτών των πέντε παραμέτρων. Μάλιστα ο Kernberg (1984) διακρίνει το φάσμα αυτό των προσωπικοτήτων στο νευρωτικό επίπεδο οργάνωσης της προσωπικότητας και το οριακό επίπεδο οργάνωσης της προσωπικότητας, ανάλογα με την σοβαρότητα των δομών της προσωπικότητας που αξιολογούνται από τις παραπάνω παραμέτρους. Αξίζει να σημειωθεί εδώ η διάκριση ανάμεσα στην ΟΔΠ και το οριακό επίπεδο οργάνωσης προσωπικότητας: η ΟΔΠ είναι ένας τύπος διαταραχής προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-IV, ενώ το οριακό επίπεδο οργάνωσης προσωπικότητας είναι ένας χώρος μέσα στο φάσμα των διαταραχών προσωπικότητας, στο οποίο εντάσσονται οι πιο σοβαρής παθολογίας διαταραχές, και αποτελεί ορολογία της ψυχοδυναμικής παράδοσης.

Πριν περιγραφεί το κάθε ένα από τα δύο επίπεδα οργάνωσης προσωπικότητας αξίζει να περιγραφούν σύντομα η κάθε μία από τις πέντε παραμέτρους που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Η παράμετρος της ταυτότητας είναι η πιο κεντρική στο μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την προσωπικότητα. Σύμφωνα με τους Caligor και Clarkin (2010) η ταυτότητα ορίζεται ως η αίσθηση του ατόμου τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους σημαντικούς άλλους. Τα άτομα στο κανονικό και νευρωτικό φάσμα οργάνωσης της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από την ικανότητα να καταλαβαίνουν καλά τους εαυτούς τους και αυτά που τους διακρίνουν από τους άλλους σε σχέση με τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τα ενδιαφέροντα κλπ. Μπορούν να περιγράψουν ενοποιημένα τους εαυτούς τους και τους άλλους τόσο με θετικούς, όσο και με αρνητικούς όρους. Μπορούν να επενδύσουν χρόνο σε επαγγελματικές δραστηριότητες και ενδιαφέροντα. Σε αντίθεση στα άτομα στο φάσμα της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας οι εσωτερικευμένες αντικειμενότροπες σχέσεις είναι έντονα διπολικές και πολύ συναισθηματικά φορτισμένες (ή άσπρο ή μαύρο, ή όλα καλά ή όλα άσχημα). Τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να καταλάβουν και να περιγράψουν τους εαυτούς τους και τους άλλους, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις και η εμπλοκή τους σε επαγγελματικές δραστηριότητες. Δεν υπάρχει δηλαδή συνοχή στον τρόπο που αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους και τους άλλους.

Η επόμενη παράμετρος αφορά τις άμυνες. Οι άμυνες σύμφωνα με το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων ορίζονται ως οι αυτόματες αντιδράσεις του ατόμου στο στρες και την συναισθηματική δυσφορία (Caligor και Clarkin, 2010). Η παράμετρος των αμυνών δεν είναι ανεξάρτητη από την παραπάνω παράμετρο σχετικά με την ταυτότητα, καθώς ο ίδιος μηχανισμός άμυνας εκφράζεται διαφορετικά σε άτομα που έχουν απαρτιωμένη εικόνα για τον εαυτό και τους άλλους συγκριτικά με τα άτομα που έχουν πιο συγκεχυμένη ταυτότητα. Σύμφωνα με τον Kernberg (1976) οι άμυνες διακρίνονται στις ώριμες, στις νευρωτικές, και στις πρωτόγονες. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ώριμους αμυντικούς μηχανισμούς αναλύουν όλα τα στοιχεία

μίας στρεσσογόνου συνθήκης, ακόμη και αν αυτά τους προκαλούν πόνο και έρχονται σε σύγκρουση με τις εσωτερικευμένες αντικειμενότροπες σχέσεις. Η τάση αυτή των ατόμων να μην αποφεύγουν και να μην καταπιέζουν τις δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα συμβάλλει στην λειτουργικότερη απάντηση και αντίδραση στις στρεσσογόνες αυτές καταστάσεις και τελικά στον περιορισμό της δυσφορίας (Vaillant 1993). Αντίθετα, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από νευρωτικές άμυνες τείνουν να καταπιέζουν σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία είναι ικανά να τους προκαλέσουν πόνο και δυσφορία. Αυτή η διαδικασία προσφέρει μία πρόσκαιρη ανακούφιση στο άτομο αφού έτσι προστατεύονται οι εσωτερικευμένες αντικειμενότροπες σχέσεις, όμως έτσι το άτομο λειτουργεί άκαμπτα και διαστρεβλώνει σε έναν βαθμό την εξωτερική πραγματικότητα. Αυτού του είδους η άμυνα χαρακτηρίζει τις προσωπικότητες που βρίσκονται στο φάσμα της νευρωτικής οργάνωσης. Εν αντιθέσει με τις νευρωτικές άμυνες, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από πρωτόγονες άμυνες δεν αποφεύγουν τις δυσάρεστες εσωτερικές τους εμπειρίες, αλλά φαίνεται να δημιουργείται μία σχάση ανάμεσα στα στοιχεία αυτά μίας στρεσσογόνου κατάστασης που έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους ως προς μία αντικειμενότροπο σχέση. Οι πρωτόγονες άμυνες δηλαδή αφήνουν σε όλα τα στοιχεία μίας συγκρουσιακής κατάστασης να έρθουν στην συνείδηση του ατόμου, όμως όχι την ίδια στιγμή (Kernberg 1976). Έτσι δικαιολογούνται και οι πολωμένες, μη απαρτιωμένες εμπειρίες και περιγραφές σχετικά με τους άλλους (είτε τέλειος είτε κακός), αλλά και ενδιαφέροντα, εργασία κλπ (είτε εντελώς ενδιαφέροντα είτε εντελώς βαρετά). Οι πρωτόγονες αυτές άμυνες που χαρακτηρίζονται από την σχάση αφορούν, κυρίως, τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας.

Οι δομές που απομένουν είναι αυτή του ελέγχου της πραγματικότητας, της ποιότητας των αντικειμενότροπων σχέσεων και της ηθικής Caligor και Clarkin (2010). Ως προς τον έλεγχο της

πραγματικότητας τα άτομα στο φάσμα της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας τείνουν να έχουν δυσκολία να κατανοήσουν τις κοινωνικές συμβάσεις, και να διαβάσουν σωστά τα κοινωνικά σήματα, κάτι που οδηγεί στην απρόσφορη κοινωνική συμπεριφορά, και την παρερμηνεία καταστάσεων με αποτέλεσμα ακόμη και παράλογους φόβους απόρριψης και εγκατάλειψης.

Σχετικά με την ποιότητα των αντικειμενότροπων σχέσεων περιγράφονται τα εξής: α) τα άτομα με κανονική οργάνωση προσωπικότητας διατηρούν την ικανότητα να δημιουργούν σχέσεις αμοιβαίας εξάρτησης και σημαντικής εγγύτητας β) τα άτομα με νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας διατηρούν επίσης αυτή την ικανότητα, όμως συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στις ερωτικές τους σχέσεις γ) αντίθετα τα άτομα με οριακή οργάνωση, ιδιαίτερα τα χαμηλότερης λειτουργικότητας, τείνουν να δημιουργούν σχέσεις με σκοπό να ικανοποιήσουν πρώτα τις δικές τους ανάγκες υποτιμώντας τις ανάγκες του άλλου.

Τέλος και σε ό,τι αφορά την ηθική τα άτομα με κανονική και νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από σταθερότητα σε αξίες και ηθικούς κώδικες, που είναι εσωτερικευμένοι και σύντονοι με τις ταυτότητες των ατόμων. Τα άτομα με οριακή οργάνωση προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από υπερβολικά αυστηρούς κώδικες και μεγάλο άγχος που συνδέεται είτε με την αυτοκριτική είτε με την κριτική που περιμένουν από τους σημαντικούς άλλους στην περίπτωση που δεν εξυπηρετήσουν αυτούς τους αυστηρούς κώδικες. Αυτή η τάση παρατηρείται και στα άτομα που ανήκουν στο φάσμα της νευρωτικής οργάνωσης προσωπικότητας, όμως σε χαμηλότερο βαθμό και συχνότητα. Άτομα οριακής οργάνωσης προσωπικότητας με χαμηλή λειτουργικότητα μπορεί και να χαρακτηρίζονται από την παντελή απουσία ηθικών κανόνων και αξιών με έντονα αντικοινωνικά κίνητρα.

Η αξιολόγηση των ατόμων στις πέντε παραμέτρους που αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή στην ταυτότητα, τις άμυνες, τον έλεγχο της πραγματικότητας, την ποιότητα των αντικειμενότροπων σχέσεων, και την ηθική, γίνεται με το εργαλείο Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg & Clarkin, 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001). Επομένως και η επιμέρους βαθμολογία του κάθε ατόμου σε αυτές τις πέντε παραμέτρους κρίνει και το που ανήκει το κάθε άτομο στο φάσμα της οργάνωσης της προσωπικότητας, από το υγιές, μέχρι το νευρωτικό, και το οριακό.

Σύμφωνα με το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την προσωπικότητα η ΟΔΠ κατά το DSM-IV βρίσκεται στο φάσμα της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας, καθώς τα άτομα εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες και στις πέντε παραμέτρους που αναφέρθηκαν και κυρίως στην πιο κεντρική, αυτήν της ταυτότητας (Caligor & Clarkin, 2010). Η τοποθέτηση της ΟΔΠ σε αυτό το φάσμα των προσωπικοτήτων δεν μας ενημερώνει μόνο για την σοβαρότητα της δυσλειτουργίας και την ένταση των δυσκολιών για τα άτομα, αλλά δίνει χρήσιμες πληροφορίες και για την πρόγνωση και την πορεία της θεραπείας. Σύμφωνα με τους Clarkin, Yeomans, και Kernberg (2007), τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας και μάλιστα αυτά με την χαμηλότερη λειτουργικότητα, παρουσιάζουν δυσκολία να δομήσουν μία θεραπευτική σχέση, να αναστοχαστούν, να ρυθμίσουν τα συναισθήματα τους μέσα σε ένα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα να είναι πιθανότερο να διακόψουν πρόωρα τις συνεδρίες τους. Σύμφωνα με τους Caligor, Diamond, Yeomans, και Kernberg (2009) η ίδια η εικόνα τους για τον θεραπευτή τους είναι πολωμένη και μη ρεαλιστική ακολουθώντας το μοτίβο των σχέσεων που αναπαράγεται και εκτός του θεραπευτικού πλαισίου, κάτι που τους καθιστά δύσκολους και συναισθηματικά απαιτητικούς θεραπευόμενους για τον θεραπευτή τους. Σχετικά με τα άτομα υψηλότερης λειτουργικότητας που βρίσκονται όμως στο φάσμα της οριακής

οργάνωσης προσωπικότητας δεν φαίνεται να παρουσιάζονται οι ίδιες δυσκολίες στην ίδια συχνότητα και ένταση, ενώ οι ίδιοι οι θεραπευτές έχουν το περιθώριο να προλάβουν και να ρυθμίσουν τέτοιες δυσκολίες ως προς την θεραπευτική σχέση (Caligor & Clarkin, 2010). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για τις προσωπικότητες, τα περισσότερα άτομα με ΟΔΠ φαίνεται να ανήκουν στο φάσμα της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας με χαμηλότερη λειτουργικότητα. Παρακάτω θα συζητηθούν αναλυτικότερα οι έρευνες που εστιάζουν στην πρόωρη διακοπή της θεραπείας ατόμων με ΟΔΠ.

Υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία σχετικά με την πρόωρη αποχώρηση από την θεραπεία για άτομα με ΟΔΠ ανάλογα με την θεραπευτική προσέγγιση. Σχετικά με την ψυχοδυναμική θεραπεία έχουν διενεργηθεί αρκετές μελέτες. Οι Skodol, Buckley, και Charles (1983) παρουσίασαν ότι το 67% των θεραπευομένων με ΟΔΠ αποχώρησαν τους πρώτους τρεις μήνες από την ψυχοδυναμική θεραπεία με τους λόγους της αποχώρησης να είναι ο θυμός, η επιθετικότητα, η θεραπευτική σχέση, και ο μεγαλύτερος αριθμός των προηγούμενων ψυχοθεραπευτικών προσπαθειών. Οι Waldinger και Gunderson (1984) παρατήρησαν σε μελέτες περιπτώσεις ότι το 46% αποχώρησε πρόωρα από εντατική ψυχοδυναμική θεραπεία μέσα στους πρώτους έξι μήνες αυτής και πρότειναν ότι η ένταση των συμπτωμάτων πριν την εκκίνηση της θεραπείας ήταν σημαντικός παράγοντας για την πρόωρη διακοπή.

Οι Gunderson, Frank, Ronningstam, Wachter, Lynch και Wolf (1989) ανέτρεψαν τα παραπάνω ευρήματα. Αυτό που βρήκαν ήταν ότι η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της αυτοκτονικότητας πριν την θεραπεία, όπως και οι προηγούμενες ψυχοθεραπευτικές προσπάθειες ήταν προβλεπτικοί παράγοντες συνέχισης των συνεδριών και όχι διακοπής τους. Αυτές οι διαφορές μπορεί να οφείλονται στην διαφορά του δείγματος της τελευταίας μελέτης, η οποία είχε αρκετά μεγαλύτερο αριθμό θεραπευόμενων από τις προηγούμενες. Ακόμη οι Gunderson et

al. (1989) προχώρησαν σε μια κατηγοριοποίηση των ατόμων που διέκοψαν πρόωρα: 1) οι ασθενείς που είχαν δυσλειτουργική θεραπευτική σχέση στην οποία ένιωθαν ότι κρίνονται 2) τα άτομα που δεν είχαν κοινωνική υποστήριξη και 3) τα άτομα χωρίς κίνητρο ή με κοινωνιοπαθητικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Να σημειωθεί ότι και σε αυτή την μελέτη τα ποσοστά πρόωρης διακοπής ήταν παρόμοια με τις προηγούμενες (52%). Οι Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin, & Selzer (1995) βρήκαν ότι η μικρότερη ηλικία και τα μεγαλύτερα επίπεδα επιθετικότητας προέβλεψαν καλύτερα την πρόωρη αποχώρηση, η οποία είχε ποσοστά 36% τους πρώτους έξι μήνες της θεραπείας.

Οι πιο πρόσφατες μελέτες που πραγματεύονται την πρόωρη διακοπή της ψυχοδυναμικής θεραπείας για την ΟΔΠ συμφωνούν με τα ποσοστά πρόωρης διακοπής του παρελθόντος καθώς και με τους παράγοντες πρόβλεψης αυτής. Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ο αριθμός των διαταραχών του άξονα Ι του DSM, η συννόσηση με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως την σχιζοειδή, αλλά και την σχιζότυπη και την εξαρτητική, όπως και το ανδρικό φύλο αποτελέσαν παράγοντες για την πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Wampers et al., 2018; Del Pozo, Kliem, Mestel, Votsmeier-Röhr, & Kröger, 2017).

Η διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς, που αποτελεί μια γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία που συνδυάζει ατομικές και ομαδικές συνεδρίες (Dimeff, & Linehan, 2001), έχει λάβει μεγάλο μέρος της προσοχής των ερευνών, καθώς χρησιμοποιείται συχνά στην θεραπεία της ΟΔΠ. Ένα ασυνήθιστα χαμηλό ποσοστό πρόωρης διακοπής της τάξεως του 17% μετά από έναν χρόνο διαλεκτικής θεραπείας συμπεριφοράς έχει αναφερθεί από τους Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, και Heard (1991). Όμως πολλές είναι οι εμπειρικές μελέτες που δείχνουν ότι τα ποσοστά της πρόωρης διακοπής είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρήθηκαν παραπάνω, στις ψυχοδυναμικές θεραπείες, δηλαδή κοντά στο 30% (Koons et al., 2001; Linehan et al., 2006;

Linehan et al. 2002; Linehan et al., 1999; Mc Main et al., 2009). Εντοπίζονται ακόμη κάποιες μελέτες στην βιβλιογραφία όπου το ποσοστό πρόωρου τερματισμού ανεβαίνει ακόμη και πάνω από το 50%, όμως η μία είχε αρκετά αυστηρότερα κριτήρια ως προς τον ορισμό της πρόωρης διακοπής (Priebe et al., 2012), ενώ η άλλη αφορούσε διαλεκτική θεραπεία σε άτομα που μπορεί να είχαν και άλλη διαταραχή προσωπικότητας πέρα από ΟΔΠ (Feigenbaum et al., 2012).

Σχετικά με την θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία έχει φανεί ότι η μικρότερη ηλικία, η μεγαλύτερη δυσφορία, και η άρνηση – αποφυγή των συναισθηματικών αντιδράσεων ήταν οι μεταβλητές που συνδέθηκαν με την πρόωρη αποχώρηση (Landes, Chalker, & Comtois, 2016). Στην μελέτη των Wnuk et al. (2013), που επίσης αφορούσε την διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς σε εξωτερικά ιατρεία, οι ασθενείς που αποχώρησαν νωρίτερα είχαν χειρότερη θεραπευτική σχέση, περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας και συννόσηση με διαταραχή του Άξονα 1 του DSM – IV.

Παρόμοια είναι τα ευρήματα των μελετών σχετικά με τους παράγοντες πρόωρης διακοπής της διαλεκτικής θεραπείας που έλαβε χώρα ενδονοσοκομειακά. Η συναισθηματική αποφυγή, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητες, οι λιγότερες απόπειρες αυτοκτονίας, η μικρότερη ηλικία, οι πολλές ημέρες ενδονοσοκομειακής ψυχιατρικής νοσηλείας, οι διατροφικές διαταραχές και η κατάχρηση αποτέλεσαν τους καλύτερους προβλεπτικούς παράγοντες της πρόωρης διακοπής (Rüsch et al. 2008; Kröger, Harbeck, Armbrust, & Kliem, 2013; Kröger, Röepke, & Kliem, 2014; Farres et al., 2018). Σε άλλες μελέτες που αφορούσαν διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς μικρότερης διάρκειας (τρεις μήνες) οι παράγοντες πρόωρης διακοπής ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Perroud, Uher, Dieben, Nicastro, & Huguelet, 2010) και το χαμηλό κίνητρο για αλλαγή (Soler et al., 2008). Ακόμη οι Steuwe, Berg, Driessen, και Beblo (2017) έδειξαν πως η σοβαρή παιδική κακοποίηση αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα ρίσκου διακοπής της θεραπείας.

Σημαντικές μελέτες έχουν γίνει όσο αναφορά άλλες θεραπευτικές μεθόδους πέρα από την ψυχοδυναμική και την διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, σχετικά με την Transference Focused Psychotherapy (TFP - Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008), η οποία βασίζεται στο μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την παθολογία της προσωπικότητας, και την θεραπεία σχημάτων (Young, 1999) έχει φανεί ότι τα υψηλά επίπεδα εχθρότητας, η κακοποίηση στην παιδική ηλικία, και η διάσχιση κατά την συνεδρία είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της πρόωρης διακοπής της θεραπείας (Arntz, Stupar-Rutenfrans, Bloo, van Dyck, & Spinhoven, 2015).

Λίγες είναι οι μελέτες που εστιάζουν στην γενική παροχή ψυχικής φροντίδας χωρίς να στηρίζεται σε κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση. Σχετικά με την παροχή γενικής ψυχιατρικής φροντίδας (φαρμακοθεραπεία με ή χωρίς υποστηρικτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις) σε εξωτερικά ιατρεία φάνηκε ότι το ιστορικό των αποπειρών αυτοκτονίας προέβλεψε καλύτερα την πρόωρη διακοπή της θεραπείας, ενώ τα στοιχεία αποφευκτικής προσωπικότητας και η συννόσηση με διαταραχή πρόσληψης τροφής προστάτευσαν από την πρόωρη διακοπή (De Panfilis et al., 2012). Επιπλέον, σε ό,τι αφορά την ψυχοκοινωνική θεραπεία ομάδας σε εξωτερικά ιατρεία βρέθηκε ότι η λιγότερο ικανοποιητική θεραπευτική σχέση και τα εξωτερικά προβλήματα, όπως οι καθημερινές υποχρεώσεις, το πρόγραμμα της εβδομάδας, και τα γεγονότα ζωής ήταν οι μεταβλητές που προέβλεψαν σημαντικά την πρόωρη αποχώρηση των ασθενών με ΟΔΠ (Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012). Ως προς την θεραπεία σε πλαίσιο κέντρου ημέρας φάνηκε ότι το ρίσκο της πρόωρης διακοπής της θεραπείας αυξανόταν όσο μικρότερη ήταν η ηλικία του θεραπευόμενου, όσο περισσότερες φορές είχε νοσηλευτεί ή είχε ζητήσει βοήθεια, και όσο εντονότερα ήταν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονταν με την διάγνωση της ΟΔΠ (Ogrodniczuk et al., 2008).

Τα ευρήματα αυτά από τις εμπειρικές μελέτες σχετικά με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας των ατόμων με ΟΔΠ δείχνουν πόσο ετερογενή είναι τα κίνητρα των ασθενών. Αυτό που θα μπορούσε να συνοψιστεί είναι πως η σοβαρότητα και η ένταση των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την ακαμψία των προσωπικών χαρακτηριστικών των ατόμων φαίνεται να σχετίζονται με μη βοηθητικές για την θεραπευτική σχέση μεταβιβάσεις και δυσκολία επένδυσης για την διερεύνηση εντός της θεραπευτικής διαδικασίας αυτών των εμποδίων.

Τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες των ασθενών με ΟΔΠ, όπως αυτά αξιολογούνται στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες, έχουν επίσης αποτελέσει σημαντικό πεδίο ερευνών, καθώς η ΟΔΠ έχει συνδεθεί, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στα κριτήρια του DSM με παρορμητικότητα και ρίσκο. Σε αντίθεση όμως με τις έρευνες που αναφέρθηκαν παραπάνω σχετικά με τους παράγοντες πρόβλεψης της πρόωρης διακοπής της θεραπείας, όπου η σύγκριση γινόταν μεταξύ των ασθενών με ΟΔΠ που διέκοψαν την θεραπεία και των ασθενών με ΟΔΠ που την συνέχισαν, οι μελέτες σχετικά με τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες αφορούν την σύγκριση μεταξύ των ασθενών με ΟΔΠ και την ομάδα ελέγχου από τον γενικό πληθυσμό, που δεν έχει λάβει κάποια διάγνωση. Επομένως, υπάρχει ένα σημαντικό κενό στην βιβλιογραφία, αφού δεν έχει γίνει ακόμη σύγκριση των επιτελικών λειτουργιών ανάμεσα στους ασθενείς με ΟΔΠ που διέκοψαν την θεραπεία και στους ασθενείς με ΟΔΠ που συνέχισαν την θεραπεία.

Οι ασθενείς με ΟΔΠ έχει φανεί ότι είναι περισσότερο παρορμητικοί στην δοκιμασία Wisconsin Card Sorting Test (WCST), στην οποία αξιολογούνται οι επιτελικές λειτουργίες (Kongs, Thompson, Iverson, & Heaton, 2000). Συγκεκριμένα οι έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ κάνουν περισσότερα λάθη συνολικά συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ενώ προχωρούν και σε περισσότερα λάθη και απαντήσεις εμμονής (Lenzenweger, Clarkin, Fertuck, & Kernberg, 2004; Safarinia, Zare, Vashe, & Abasaliloo, 2015). Ακόμη, σε μελέτη των Ghanem et al. (2016) οι

ασθενείς με ΟΔΠ είχαν λιγότερες συμπληρωμένες κατηγορίες, λιγότερες σωστές διαδοχικές απαντήσεις, περισσότερες προσπάθειες να συμπληρωθεί σωστά η πρώτη κατηγορία, και περισσότερα λάθη στο να διατηρήσουν σωστά την ακολουθία των καρτών.

Σημαντικό ενδιαφέρον έχει λάβει και το Stroop Color Word Test (SCWT; Golden, & Freshwater, 1978; Stroop, 1935), μία δοκιμασία που αξιολογεί τις επιτελικές λειτουργίες και κυρίως την ικανότητα των ατόμων για αναστολή της αυθόρμητης απάντησης. Αρκετές είναι οι μελέτες στις οποίες τα άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα συγκριτικά με την υγιή ομάδα ελέγχου στον έλεγχο της αναστολής τους στην δοκιμασία (Carpenter, Gold, & Fenton, 1993; Swirsky-Sacchetti et al., 1993; Sieswerda, Arntz, Mertens, & Vertommen, 2007; Arntz, Appels, & Sieswerda, 2000). Οι Swirsky-Sacchetti et al. (1993) μάλιστα ερμηνεύουν αυτή την διαφορά ως την δυσκολία των ατόμων με ΟΔΠ να ελέγξουν τις αυτόματες - ασυνείδητες αντιδράσεις τους, ενώ οι Sieswerda, Arntz, Mertens, και Vertommen (2007) ως υπερεγρήγορση ως προς τα αρνητικά φορτισμένα συναισθηματικά σήματα. Παρόλα αυτά υπάρχουν και άλλες μελέτες που δεν κατάφεραν να δείξουν ότι τα άτομα με ΟΔΠ υστερούν στην δοκιμασία SCWT συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Sprock, Rader, Kendall, & Yoder, 2000). Αρκετοί είναι οι λόγοι για αυτή την αντίθεση, από τα μεγέθη των δειγμάτων μέχρι την ίδια την ετερογένεια που εντοπίζεται στην συμπτωματολογία και τις δυσκολίες των ατόμων με ΟΔΠ (Sprock, Rader, Kendall, & Yoder, 2000).

Εκτός από την νευροψυχολογική δοκιμασία WCST και SCWT, οι ασθενείς με ΟΔΠ έχουν εμφανίσει σημαντικά ελλείμματα των επιτελικών λειτουργιών και σε άλλες παρόμοιες δοκιμασίες. Συγκεκριμένα, πολλές είναι οι έρευνες που επιβεβαιώνουν το εύρημα ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ παίρνουν αποφάσεις με μεγαλύτερο ρίσκο στην δοκιμασία Iowa Gambling Task (LeGris, Links, van Reekum, Tannock, & Toplak, 2012; Haaland, & Landrø, 2007; Maurex et

al., 2009; Schuermann, Kathmann, Stiglmayr, Renneberg, & Endrass, 2011; Svaldi, Philipsen, Matthies, 2012). Ακόμη στην δοκιμασία Game of Dice Task έχει φανεί ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ επίσης ρισκάρουν περισσότερο από την ομάδα ελέγχου, ενώ παρουσιάζουν και χειρότερη ικανότητα αξιοποίησης της ανατροφοδότησης, που τους δίνεται κατά την δοκιμασία (Svaldi, Philipsen, & Matthies, 2012). Σχετικά με την δοκιμασία Tower of London του Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery, οι ασθενείς με ΟΔΠ παρουσιάζουν χειρότερη επίδοση σε όλα τα επίπεδα δυσκολίας, μικρότερο χρόνο αρχικού σχεδιασμού, και λιγότερες λύσεις με τον πιο οικονομικό – αποτελεσματικό τρόπο συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Gvirts, Harari, Braw, Y., Shefet, Shamay-Tsoory, & Levkovitz, 2012).

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν τα εξής: α) αν και πως διαφέρουν ως προς την οργάνωση της προσωπικότητας, σύμφωνα με το μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την παθολογία της προσωπικότητας, τα άτομα με ΟΔΠ που αποχώρησαν πρόωρα από την θεραπεία (dropouts) συγκριτικά με τα άτομα με ΟΔΠ που συνέχισαν (continuers) β) αν και πως διαφέρουν ως προς τις επιτελικές λειτουργίες στις δοκιμασίες SCWT και WCST, καθώς και το νοητικό τους πηλίκο οι continuers και οι dropouts και γ) αν και πως διαφέρουν ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, και το εκπαιδευτικό επίπεδο οι dropouts και οι continuers δ) αν και πως διαφέρουν ως προς τις προηγούμενες νοσηλείες και απόπειρες αυτοκτονίας οι dropouts και οι continuers.

Η έρευνα αυτή θα βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση των θεμάτων που σχετίζονται με την ΟΔΠ σε ελληνικό δείγμα, καθώς οι μέχρι στιγμής έρευνες σε ελληνικό δείγμα είναι λίγες και μάλιστα παλαιότερες (Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos, & Vaslamatzis, 2009; Serman, Johnson, Geller, Kanost, & Zacharapoulou, 2002; Hatzitaskos, Soldatos, Kokkevi, & Stefanis, 1999; Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, & Kostogianni, 1998). Ακόμη, σύμφωνα με την έως

τώρα βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, θα είναι η πρώτη φορά που θα ερευνηθεί το κατά πόσο τα πιθανά ελλείμματα σε επιτελικές λειτουργίες, αλλά και η οργάνωση της προσωπικότητας κατά ΙΡΟ μπορούν να συνδεθούν με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Τέλος, θα δοθεί η δυνατότητα να συγκριθούν τα αποτελέσματα που θα προκύψουν με αυτά που αυτά παλαιότερων ερευνών και έτσι θα αξιολογηθεί η αξιοπιστία τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 55 άτομα (11 άνδρες και 46 γυναίκες) που έλαβαν την διάγνωση της ΟΔΠ σύμφωνα με το DSM-V. Από τα άτομα αυτά τα 38 συνεχίζουν την θεραπεία τους (continuers), τα 10 διέκοψαν πρόωρα (dropouts), και 9 κρίθηκαν ακατάλληλα για ψυχοθεραπεία από την Μονάδα Διαταραχών Προσωπικότητας της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινητείου Νοσοκομείου Αθηνών.

Τα κριτήρια ένταξης των ατόμων στην παρούσα έρευνα ήταν τα εξής: 1) να έχουν λάβει διάγνωση ΟΔΠ σύμφωνα με το Structured Clinical Interview για το DSM-V (SCID 5 – PD; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992) 2) να έχουν ηλικία από 18-55 ετών 3) να έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον 12 έτη σπουδών 4) να έχουν ως μητρική γλώσσα την ελληνική 4) να έχουν προταθεί ή να έχουν ξεκινήσει ατομική ή ομαδική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ή ατομική ή ομαδική εικαστική ψυχοθεραπεία.

Τα κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη ήταν τα εξής: 1) η ηλικία κάτω των 18 ή άνω των 55 ετών 2) η συννόσηση με διπολική διαταραχή, κατάθλιψη ή ψυχωτισμό, η διάγνωση των οποίων αξιολογήθηκε με το Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 3) η νοσηλεία τον

τελευταίο χρόνο 4) η διάγνωση νοητικής υστέρησης, όπως αυτή αξιολογήθηκε από το Wechsler Adult Intelligence Scale - 4th Edition (WAIS; Wechsler, 2008) 5) η παρουσία κινητικών προβλημάτων 6) η πρόσφατη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών 7) τα οργανικά προβλήματα, όπως ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, και άλλων νευρολογικών νόσων-λοιμώξεων του κεντρικού νευρικού συστήματος 8) η διάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), όπως αυτή αξιολογήθηκε από το Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Disorders (KID-SCID; Hien et al., 2014).

Εργαλεία

Δημογραφικά στοιχεία. Χορηγήθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες μία φόρμα δημογραφικών στοιχείων, η οποία αφορούσε το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τις σπουδές, τις προηγούμενες νοσηλείες και τις απόπειρες αυτοκτονίας των συμμετεχόντων. Ως προς την ηλικία δημιουργήθηκαν ηλικιακές ομάδες, η πρώτη ήταν για τις ηλικίες από 17-24, η δεύτερη από 25-32, η τρίτη από 33-40, η τέταρτη από 41-48, και η πέμπτη 49-56. Ως προς τις σπουδές δημιουργήθηκαν επίσης ομάδες ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο (πχ μία ομάδα για αποφοίτους λυκείου, μία για αποφοίτους ΑΕΙ, κλπ).

Ερωτηματολόγιο Οργάνωσης της Προσωπικότητας (IPO - GR; Γιαννούλη και Μαλογιάννης, 2020; IPO; Kernberg & Clarkin, 1995). Είναι το μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στα ελληνικά IPO που αναφέρθηκε εκτενώς παραπάνω και στηρίζεται στο μοντέλο των αντικειμενότροπων σχέσεων για την παθολογία της προσωπικότητας. Αποτελείται από 83 στοιχεία που απαντώνται σε μία κλίμακα Likert 1-5 (με το 1 να σημαίνει ποτέ και το 5 πάντα). Το IPO - GR αποτελείται από πέντε υποκλίμακες σύμφωνα με τις δομές του μοντέλου των αντικειμενότροπων σχέσεων: 1) έλεγχος της πραγματικότητας 2) διάχυση ταυτότητας 3) ποιότητα των αντικειμενότροπων σχέσεων 4) ηθική 5) ψυχολογικές άμυνες. Η

στάθμιση του IPO - GR στον ελληνικό πληθυσμό συμβαίνει την ίδια χρονική περίοδο με την παρούσα μελέτη (Γιαννούλη, Κούστα, Στεφανάτου, Μαλογιάννης, 2020).

Η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Προσωπικότητας του DSM-5 (SCID-5-PD; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992). Είναι μια ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη για την αξιολόγηση των 10 Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5 που περιλαμβάνονται στις Ομάδες Α, Β, και Γ, καθώς και της Αλλιώς Προσδιοριζόμενης Διαταραχής Προσωπικότητας. Η Συνέντευξη SCID-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-SPQ), ένα εύχρηστο ανιχνευτικό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για ασθενείς ή για τον γενικό πληθυσμό. Η μετάφραση και η προσαρμογή του εργαλείου αυτού στον ελληνικό πληθυσμό έχει γίνει από την Κοκκέβη και συν. (2017).

Eating Disorder Examination-Questionnaire (Fairburn & Beglin, 1994). Το EDEQ-4 είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 38 ερωτήσεις και προέρχεται από την ημιδομημένη κλινική συνέντευξη EDE (Eating Disorders Examination, *12th edition, Fairburn C.G., & Cooper, Z., 1993,)* η οποία και αποτελεί την προτεινόμενη μέθοδο αξιολόγησης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Το EDEQ-4 μετρά τις παθολογικές στάσεις και συμπεριφορές του ασθενούς απέναντι στο φαγητό για τις τελευταίες 4 εβδομάδες (διάστημα 28 ημερών). Οι 4 υποκλίμακες του EDEQ-4 είναι: (1) Περιορισμός, (2) Ενασχόληση με το Σχήμα του Σώματος, (3) Ενασχόληση με το Βάρος, (4) Ενασχόληση με το Φαγητό και μετρούνται σε μία κλίμακα Likert 1-6 (1 = καμία μέρα, 6 = κάθε μέρα). Οι 14 από τις 38 συνολικές ερωτήσεις είναι ανοικτού τύπου μετρούν τα συμπεριφορικά συμπτώματα των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όπως η υπερφαγία, οι απρόσφορες αντιρροπιστικές μέθοδοι, αλλά και τις διαταραγμένες

στάσεις του ασθενούς σε σχέση με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματός του. Οι βαθμολογίες για τις υποκλίμακες κυμαίνονται από 0 (απουσία παθολογίας) μέχρι 6 (εξαιρετικά σοβαρή παθολογία). Οι βαθμολογίες 4, 5 ή 6 ερμηνεύονται ως έχουσες κλινική σοβαρότητα. Η βαθμολογία του ερωτώμενου στην κάθε υποκλίμακα υπολογίζεται με τον αντίστοιχο μέσο όρο των απαντήσεων που υπάγονται στην κάθε υποκλίμακα.

Wechsler Adult Intelligence Scale Fourth Edition (WAIS-IV; Wechsler, 2008; Στογιαννίδου, και συν., 2014). Είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης του νοητικού δυναμικού που αποτελείται από 10 επί μέρους κεντρικές δοκιμασίες, οι οποίες είναι οι εξής: Ομοιότητες, Λεξιλόγιο, Πληροφορία, Σχεδιασμός, Οπτικά Παζλ, Εύρος Ψηφίων, Αριθμητική, Κωδικοποίηση, Αναζήτηση Συμβόλων, Μήτρες. Ακόμη υπάρχουν 5 συμπληρωματικά επί μέρους δοκιμασίες, οι οποίες είναι οι εξής: Κατανόηση, Βάρος των Φιγούρων, Συμπλήρωση Εικόνων, Ακολουθία Γράμματος – Νούμερου, και Ακύρωση. Δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες ανάλογα με το επίπεδο νοητικού πηλίκου: η ομάδα νούμερο ένα με άτομα οριακής και χαμηλής φυσιολογικής νοημοσύνης, η ομάδα νούμερο δύο με άτομα μέσης φυσιολογικής νοημοσύνης, και ομάδα νούμερο τρία με άτομα ανώτερης φυσιολογικής νοημοσύνης.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998). Αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο σχεδιάστηκε ως μια σύντομη δομημένη διαγνωστική συνέντευξη για τις μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές των DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5 και ICD-10. Έχουν διεξαχθεί μελέτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας, οι οποίες συγκρίνουν τη MINI με το SCID-P για το DSM-III-R και την CIDI (μια δομημένη συνέντευξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας). Τα ευρήματα αυτών των ερευνών δείχνουν ότι η MINI έχει παρόμοια εγκυρότητα και αξιοπιστία και με τα δύο αυτά εργαλεία, αλλά μπορεί να χορηγηθεί σε πολύ πιο σύντομη χρονική περίοδο (μέσος 18.7 ± 11.6 λεπτά, διάμεσος 15 λεπτά) από αυτή που απαιτείται για τα παραπάνω

εργαλεία. Κλινικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες μπορούν να το χρησιμοποιήσουν μετά από μια σύντομη εκπαίδευση, ενώ απλοί συνεντευκτές πρέπει να ακολουθούν μια πιο εκτενή εκπαίδευση. Το εργαλείο έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 70 γλώσσες. Η απλή MINI αξιολογεί τις 17 πιο κοινές διαταραχές ψυχικής υγείας. Οι διαταραχές που διερευνώνται είναι οι πιο σημαντικές που πρέπει να εντοπίζονται σε κλινικό και ερευνητικό πλαίσιο και επιλέχθηκαν βάσει των τρεχόντων επιπέδων επιπολασμού τους στο γενικό πληθυσμό (0.5% ή υψηλότερα) στις επιδημιολογικές μελέτες. Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε για τον αποκλεισμό ατόμων που είχαν συννόσηση με διπολική διαταραχή, κατάθλιψη ή ψυχωτισμός τον τελευταίο χρόνο.

Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Kongs, Thompson, Iverson, & Heaton, 2000). Είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης των επιτελικών λειτουργιών που αποτελείται από 6 υποκλίμακες: Αριθμός Σωστών Απαντήσεων, Αριθμός Λάθος Απαντήσεων, Απαντήσεις Εμμονής, Λάθη Εμμονής, Λάθη μη εμμονής και Συμπληρωμένες Κατηγορίες.

Stroop Card Word Test (SCWT; Golden, & Freshwater, 1978; Stroop, 1935). Είναι μία νευροψυχολογική δοκιμασία που αξιολογεί την ικανότητα του ατόμου να αναστέλλει την γνωστική παρεμβολή, που συμβαίνει, όταν η επεξεργασία ενός ερεθίσματος επηρεάζει την ταυτόχρονη επεξεργασία ενός άλλου ερεθίσματος. Οι συμμετέχοντες καλούνται κατά την διάρκεια της δοκιμασίας αυτής να απαντήσουν σωστά σε μία λιγότερο αυτόματη γνωστική διαδικασία (π.χ. να ονομάσουν σωστά το χρώμα της λέξης που εμφανίζεται στην οθόνη), ενώ παρεμβάλλεται μία περισσότερο αυτόματη διαδικασία (π.χ. να διαβάσουν την λέξη που εμφανίζεται στην οθόνη).

The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID; Hien et al., 2014; Ζαχαροπούλου και συν. 2014). Πρόκειται για μία ημιδομημένη συνέντευξη που

χρησιμοποιείται για την διάγνωση ψυχοπαθολογικών φαινομένων στην παιδική ηλικία με βάση το DSM-IV. Στην συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε μόνο το μέρος που αφορά την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση στην παρούσα μελέτη διενεργήθηκε με το SPSS 25.0 για Windows. Οι συγκρίσεις ανάμεσα σε continuers και dropouts για τις συνεχείς μεταβλητές (επιδόσεις στις δοκιμασίες επιτελικών λειτουργιών, IPO, και EDEQ) έγινε με την χρήση του Mann Whitney U test, καθώς παρατηρήθηκε μη κανονική κατανομή βάσει του Kolmogorov-Smirnov test. Ως προς τις κατηγορικές – ονομαστικές μεταβλητές (φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, ηλικιακή ομάδα, επίπεδο νοητικού πηλίκου) έγιναν ξεχωριστά Chi-Square tests, για να ελεγχθεί η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές και τις 2 ομάδες, dropouts και continuers. Για όλες τις αναλύσεις επιλέχθηκε ένα επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. *Σύγκριση διαμέσων των δύο ομάδων με το Mann-Whitney U test.*

	Θεραπευτική Πορεία	N	Mdn	Mann-Whitney U
WCST_Κατηγορίες	Continuers	38	25.25	161.5
	Dropouts	10	21.65	
	Total	48		
WCST_Λάθη Εμμονής	Continuers	37	23.18	154.5
	Dropouts	10	27.05	
	Total	47		
WSCT_Συνολικά Λάθη	Continuers	38	23.05	135
	Dropouts	10	30.00	
	Total	48		
SWCT_Λέξη	Continuers	38	24.22	179.5
	Dropouts	10	25.55	
	Total	48		

SWCT_Χρώμα	Continuers	38	23.54	153.5
	Dropouts	10	28.15	
	Total	48		
SWCT_Λέξη και Χρώμα	Continuers	38	24.89	175.0
	Dropouts	10	23	
	Total	48		
SWCT_Λάθη Εμμονής	Continuers	38	25.68	145.0
	Dropouts	10	20.00	
	Total	48		
EDEQ_Περιορισμός	Continuers	38	21.97	94.0
	Dropouts	9	32.56	
	Total	47		
EDEQ_Ανησυχία για φαγητό	Continuers	38	22.72	122.5
	Dropouts	9	29.39	
	Total	47		
EDEQ_Ανησυχία για σχήμα σώματος	Continuers	38	22.91	129.5
	Dropouts	9	28.61	
	Total	47		
EDEQ_Ανησυχία για βάρος σώματος	Continuers	38	23.13	138.0
	Dropouts	9	27.67	
	Total	47		
Νοσηλείες	Continuers	37	24.00	185.0
	Dropouts	10	24.00	
	Total	47		
Απόπειρες Αυτοκτονίας	Continuers	37	24.14	180
	Dropouts	10	23.50	
	Total	47		
IPO_Άμυνες	Continuers	38	25.75	142.5
	Dropouts	10	19.75	
	Total	48		
IPO_Ταυτότητα	Continuers	38	24.99	171.5
	Dropouts	10	22.65	
	Total	48		
IPO_Έλεγχος Πραγματικότητας	Continuers	38	25.55	150
	Dropouts	10	20.50	
	Total	48		

IPO_Επιθετικότητα	Continuers	38	24.25	180.5
	Dropouts	10	25.45	
	Total	48		
IPO_Ηθική	Continuers	37	24.45	168.5
	Dropouts	10	22.35	
	Total	47		

Σημείωση. Mdn: συντόμευση του αγγλικού όρου για την διάμεσο, median.

* $p < .05$

Η επίδοση των δύο ομάδων στην δοκιμασία WCST δεν διέφερε σημαντικά σε καμία κατηγορία, όπως έδειξε το Mann-Whitney U test. Οι συμπληρωμένες κατηγορίες δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 161.5, p = .378, τα λάθη επιμονής δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 154.5, p = .427, και τα συνολικά λάθη δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 135.0, p = .162 (Πίνακας 1).

Η επίδοση των δύο ομάδων στην δοκιμασία SWCT δεν διέφερε σημαντικά σε καμία κατηγορία, όπως έδειξε το Mann-Whitney U test. Οι επιδόσεις στις λέξεις δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 179.5, p = .789, οι επιδόσεις στα χρώματα δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 153.5, p = .353, οι επιδόσεις στις λέξεις και τα χρώματα δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 175.0, p = .702, και τα λάθη επιμονής δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες, U = 145.0, p = .250 (Πίνακας 1).

Οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά στην υποκλίμακα περιορισμού του EDEQ, U = 94.00, $p < .05$, με τα άτομα που αποχώρησαν να παρουσιάζουν μεγαλύτερους διάμεσους από τα άτομα που παρέμειναν ($Mdn_{dropouts} = 32.56$, $Mdn_{continuers} = 21.97$). Καμία σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν βρέθηκε στις υπόλοιπες υποκλίμακες του EDEQ, δηλαδή στην ανησυχία για φαγητό, U = 122.5, p = .188, στην ανησυχία για το μέγεθος, U = 129.5, p = .261, και στην ανησυχία για το βάρος, U = 138.0, p = .372 (Πίνακας 1).

Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά στον αριθμό των νοσηλειών, U = 185.00, p = 1.000, και στον αριθμό των προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, U = 180.00, p = .860 (Πίνακας 1). Οι βαθμολογίες των δύο ομάδων δεν διέφεραν σημαντικά σε καμία από τις υποκλίμακες του IPO, δηλαδή στις άμυνες, U = 142.5, p = .227, στην διάχυση της ταυτότητας, U = 171.5, p = .638, στον έλεγχο της πραγματικότητας, U = 150.0, p = .309, στην επιθετικότητα, U = 180.5, p = .809, και στην ηθική, U = 168.5, p = .667 (Πίνακας 1).

Η συσχέτιση ανάμεσα στην πορεία της θεραπείας (dropouts – continuers) και όλες τις κατηγορικές – ονομαστικές μεταβλητές ήταν στατιστικά μη σημαντική: για το φύλο $X^2 = 2.81$, p = .093, για την ηλικιακή ομάδα $X^2 = 1.99$, p = .573, για το εκπαιδευτικό επίπεδο $X^2 = 7.57$, p = .181, και για το επίπεδο νοητικού πηλίκου, $X^2 = 1.66$, p = .436 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 : *Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στην πορεία της θεραπείας (continuers – dropouts) και το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, και το επίπεδο του νοητικού πηλίκου με την χρήση του Chi-Square test (X^2)*

	X^2	p
Φύλο	2.81	.093
Ηλικιακή Ομάδα	1.99	.573
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	7.57	.181
Επίπεδο Νοητικού Πηλίκου	1.66	.436

Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι διαφορές σε κλινικό, γνωσιακό, και κοινωνικό – δημογραφικό επίπεδο ανάμεσα στην ομάδα των ασθενών με ΟΔΠ που συνέχισαν την ψυχοθεραπεία και την ομάδα των ασθενών που την διέκοψε πρόωρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ούτε σε κλινικά (IPO- GR; προηγούμενες νοσηλείες και απόπειρες) και γνωσιακά χαρακτηριστικά (WCST; SWCT; IQ), αλλά ούτε και σε

κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση). Η μόνη διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες αφορούσε την κλίμακα EDEQ, και μάλιστα μόνο την υποκλίμακα του περιορισμού της τροφής, με τους dropouts να παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες από τους continuers.

Το τελευταίο εύρη μα σχετικά με τον περιορισμό της τροφής αποτελεί ένα μ η αναμενόμενο εύρη μα, αν και υπάρχουν προηγούμενες μελέτες στις οποίες η συννόσηση με διατροφική διαταραχή (Farres et al., 2018) ή η παρουσία νευρικής ανορεξίας (Kröger, Röepke, & Kliem, 2014) προβλέπει σημαντικά την πρόωρη διακοπή από την θεραπεία. Η διαφορά όμως της παρούσας μελέτης έχει να κάνει με το ότι στην παρούσα μελέτη η μεταβλητή ενδιαφέροντος είναι μία υποκλίμακα ενός ερωτηματολογίου, ενώ στις άλλες μελέτες η μεταβλητή ενδιαφέροντος αποτελεί μία διάγνωση διατροφικής διαταραχής. Οι Farres et al. (2018) σχολίασαν ότι τα άτομα με ΟΔΠ που έπασχαν και από μία διαταραχή διατροφής ίσως να είχαν μεγαλύτερο κίνητρο για μία πιο στοχευμένη και εξειδικευμένη παρέμβαση στο διατροφικό τους πρόβλημα και για αυτό τον λόγο να έχασαν το κίνητρο τους και να αποχώρησαν από μία πιο γενική θεραπεία που αφορούσε την παθολογία της ΟΔΠ. Στην παρούσα μελέτη όμως δεν μπορούμε να υιοθετήσουμε μία τέτοια ερμηνεία, καθώς δεν υπήρχαν άτομα που να έπασχαν από μία διαταραχή διατροφής. Συνδυάζοντας τα δεδομένα από τις δύο μελέτες θα μπορούσαμε να υποθέσουμε πως η διαταραχή διατροφής και συγκεκριμένα η νευρική ανορεξία προβλέπει την πρόωρη αποχώρηση από την θεραπεία με την μεταβλητή του περιορισμού της τροφής να διαμεσολαβεί σημαντικά αυτήν την σχέση. Σε κάθε περίπτωση, το συγκεκριμένο εύρημα είναι αρκετά σημαντικό να διερευνηθεί ξανά και σε επόμενες μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα.

Ως προς τα υπόλοιπα στατιστικά μη σημαντικά ευρήματα πολλοί είναι οι λόγοι που θα μπορούσαν να εξηγήσουν αυτά τα αποτελέσματα. Ένας σημαντικός λόγος αποτελεί το ότι δεν

υπήρχε αρκετό δείγμα ασθενών για να διενεργηθούν στατιστικές αναλύσεις με tests κανονικής κατανομής, όπως το t-test ή η ανάλυση παλινδρόμησης, που πιθανώς να έδιναν περισσότερα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Η ομάδα των continuers αποτελούταν από 38 ασθενείς, ενώ η ομάδα των dropouts μόλις από 10. Η δυσκολία στην συγκέντρωση μεγαλύτερου δείγματος αφορούσε και την περίοδο κατά την οποία έτρεχε η μελέτη, η οποία ήταν μέσα στην πανδημία του ιού COVID-19, η οποία περιόρισε την λειτουργία του Αιγινητείου Νοσοκομείου και τις μετακινήσεις των ασθενών. Το γεγονός αυτό περιόρισε σε μεγάλο βαθμό την συγκέντρωση των δεδομένων, η οποία έγινε κυρίως με τον συμβατικό αλλά και με την χρήση ηλεκτρονικών και διαδικτυακών μέσων, στο μέτρο του δυνατού. Πέρα από την περίοδο της πανδημίας η ίδια η αστάθεια που χαρακτηρίζει την παθολογία των ασθενών με ΟΔΠ αποτέλεσε σημαντικό εμπόδιο στην λήψη περισσότερων δεδομένων, αφού παρατηρήθηκε μεγάλη αναποφασιστικότητα και αμφιθυμία σχετικά με την συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων. Τέλος, ο χρόνος συμπλήρωσης της μελέτης ήταν ένας ακόμη λόγος που λειτούργησε ως τροχοπέδη στην συγκέντρωση μεγαλύτερου δείγματος, αφού η ολοκλήρωση όλων των ερωτηματολογίων της μελέτης ξεπερνούσε τις έξι ώρες.

Ένας άλλος λόγος που μπορεί να έπαιξε τον ρόλο του στην απουσία στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων είναι και τα κριτήρια για την εισαγωγή ενός ασθενή στην ομάδα των continuers. Στην συγκεκριμένη μελέτη υπήρξαν άτομα στην ομάδα των continuers που δεν είχαν συμπληρώσει έναν συγκεκριμένο αριθμό ψυχοθεραπευτικών συνεδριών, όπως έχει γίνει σε προηγούμενες έρευνες, στις οποίες είχε απαιτηθεί συμμετοχή στην θεραπεία για τουλάχιστον τρεις ή έξι μήνες, ή ακόμη και συμπλήρωση όλου του θεραπευτικού πρωτοκόλλου στην περίπτωση της DBT θεραπείας, προκειμένου να θεωρηθεί κάποιος ασθενής ως continuer (Linehan et al., 2006; Linehan et al. 2002; Linehan et al., 1999). Επομένως, κάποια από τα άτομα

που ταξινομήθηκαν στους continuers είναι πιθανό να αποχώρησαν από την θεραπεία τους λίγο μετά την συγκέντρωση των δεδομένων χωρίς να έχουν συμπληρώσει ούτε λίγες ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι δύο αυτές ομάδες, έτσι όπως χαρακτηρίστηκαν στην παρούσα έρευνα, είναι πιθανόν να αλληλοκαλύπτονται και να μην είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, κάτι που κάνει την απουσία σημαντικών διαφορών μεταξύ τους αναμενόμενη.

Ένας ακόμα λόγος για την απουσία σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις δύο ομάδες είναι ότι κάποιες από τις μεταβλητές που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα μελετώνται για πρώτη φορά όσον αναφορά το συγκεκριμένο ερώτημα, οπότε πιθανώς να μην υπάρχει κάποια σχέση. Συγκεκριμένα είναι η πρώτη φορά, από όσο γνωρίζουμε κατόπιν ενδελεχούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης, που διερευνήθηκε η διαφορά ανάμεσα σε ασθενείς ΟΔΠ που συνέχισαν και ασθενείς ΟΔΠ που διέκοψαν την θεραπεία τους ως προς τις επιτελικές λειτουργίες και το νοητικό πηλίκο. Οι περισσότερες έρευνες του παρελθόντος αφορούσαν σύγκριση μεταξύ ΟΔΠ και γενικού πληθυσμού, όπου βρέθηκαν σημαντικές διαφορές και ελλείμματα όσο αναφορά την ΟΔΠ. Όμως στην παρούσα μελέτη η σύγκριση αφορούσε τους dropouts και τους continuers ως προς αυτά τα χαρακτηριστικά, στα οποία πιθανώς να μην διαφέρουν. Σε κάθε περίπτωση το συγκεκριμένο ερώτημα χρήζει περισσότερης διερεύνησης στο μέλλον με την αξιοποίηση μεγαλύτερου δείγματος.

Ως προς το IPO- GR, ήταν επίσης η πρώτη φορά, από όσο γνωρίζουμε, που χρησιμοποιήθηκε για την σύγκριση ασθενών ΟΔΠ που συνέχισαν ή διέκοψαν πρόωρα την θεραπεία τους. Πέρα από την θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων για την παθολογία της προσωπικότητας που περιγράφει πως η χαμηλότερη λειτουργικότητα, που συνδέεται με μεγαλύτερη δυσκολία και στις πέντε παραμέτρους (ταυτότητα, άμυνες, ηθική, έλεγχος πραγματικότητας, ποιότητα σχέσεων),

προβλέπει την δυσκολία στην δόμηση μίας λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης και τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας (Caligor & Clarkin, 2010) δεν υπάρχουν άλλες εμπειρικές μελέτες που να υποστηρίζουν ή να απορρίπτουν αυτήν την υπόθεση. Επομένως, θα χρειαστούν και άλλες προσπάθειες στο μέλλον με μεγαλύτερο δείγμα, προκειμένου να υπάρχουν περισσότερες ενδείξεις σχετικά με την υποστήριξη ή την αμφισβήτηση της συγκεκριμένης θεωρητικής υπόθεσης.

Τέλος η αδυναμία εξαγωγής σημαντικών αποτελεσμάτων πιθανώς να οφείλεται και στην ετερογένεια του ίδιου του πληθυσμού της ΟΔΠ. Όπως φάνηκε στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες πρόωρης διακοπής της θεραπείας υπήρχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα για κάποιες μεταβλητές, όπως η αυτοκτονικότητα. Σε κάποιες μελέτες η αυτοκτονικότητα και οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας λειτούργησαν ως παράγοντας πρόωρης διακοπής της θεραπείας (Wnuk et al., 2013), ενώ σε άλλες λειτούργησαν ως παράγοντας συνέχισης της ή απλά δεν συσχετίστηκαν σημαντικά (Gunderson et al., 1998; Rusch et al, 2008). Πέρα από τις διαφορές στην μεθοδολογία των μελετών, ένας σημαντικός λόγος για αυτά τα αντικρουόμενα αποτελέσματα πιθανώς να αποτελεί και το ετερογενές του πληθυσμού των ατόμων με ΟΔΠ, όπως αυτό αναλύθηκε στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης. Δεδομένης λοιπόν αυτής της ετερογένειας, είναι αναμενόμενο να είναι πιο δύσκολο τα ευρήματα από την μία μελέτη στην άλλη να είναι σταθερά. Αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο απαιτείται επανάληψη της διερεύνησης των ίδιων ερωτημάτων και επανεξέτασης αποτελεσμάτων προηγούμενων ερευνών σε αυτόν τον πληθυσμό με διαφορετικά δείγματα.

Περιορισμοί

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παρούσα μελέτη δεν προσφέρεται για εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων σχετικά με τις διαφορές των continuers και των dropouts ασθενών με ΟΔΠ, καθώς υπήρχαν σημαντικοί μεθοδολογικοί περιορισμοί. Ο κυριότερος μεθοδολογικός περιορισμός αφορά το μέγεθος του δείγματος, το οποίο δεν επέτρεψε την αξιοποίηση παραμετρικών στατιστικών test, καθώς δεν υπήρχε κανονική κατανομή. Ο επόμενος περιορισμός αφορά τα ελαστικά κριτήρια όσον αφορά την ομάδα των continuers, κάτι που αναλύθηκε εκτενώς και παραπάνω. Ο τελευταίος περιορισμός αφορά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης που ήταν μέσα στην περίοδο της πανδημίας, κάτι που περιόρισε σε σημαντικό βαθμό την λήψη δεδομένων.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να φανεί πολύ χρήσιμη για μελλοντικές μελέτες που θα αφορούν παρόμοια ερωτήματα. Θα ήταν χρήσιμο οι επόμενες μελέτες να μπορέσουν να εξασφαλίσουν μεγαλύτερο δείγμα από αυτό της παρούσας μελέτης, προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις με παραμετρικά test και να υπάρχει μεγαλύτερη ασφάλεια ως προς τα συμπεράσματα. Επίσης πολύ σημαντικό θα ήταν να τηρηθούν αυστηρότερα κριτήρια εισαγωγής θεραπευόμενων στην μελέτη, όπως για παράδειγμα να έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον 6 μήνες ψυχοθεραπείας, προκειμένου να θεωρηθεί κάποιος ως continuer. Ακόμη η διερεύνηση λιγότερων ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων με την χρήση λιγότερων εργαλείων και δοκιμασιών ίσως να φανεί πιο ταιριαστή για τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών. Η ίδια η παθολογία δηλαδή των ατόμων με ΟΔΠ μπορεί να κάνει αυτήν την ομάδα ασθενών πιο ευάλωτη στο να παρατήσει στην μέση μία μεγάλη έρευνα, στην οποία θα κληθούν αρκετές φορές, προκειμένου να δώσουν τις απαντήσεις τους. Τέλος θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να διενεργηθούν έρευνες με τα ίδια ερευνητικά ερωτήματα για διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, προκειμένου να

εξεταστεί το αν εντοπίζονται διαφορές στα ευρήματα ανάλογα με το αν οι θεραπευόμενοι παρακολουθούν DBT, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, κλπ.

Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.

Arntz, A., Appels, C., & Sieswerda, S. (2000). Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional Stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, *14*(4), 366-373.

Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, *74*, 60-71.

Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.

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.

Caine, T. M., Foulds, G. A. & Hope, K. (1967). *Manual of the Hostility and Direction of Hostilio Qrestionnaire*. London : liniversity of London Press

Caligor, E., & Clarkin, J. F. (2010). An object relations model of personality and personality pathology. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, 3-35.

Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2009). The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *57*(2), 271-301.

Carpenter, C. J., Gold, J. M., & Fenton, W. (1993, May). Neuropsychological testing results in borderline inpatients. In *Poster presentation at the 146th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. San Francisco, CA*.

Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (Ed.), & Kernberg, O. F. (2006). Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc..

Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., & Kernberg, O.F. (2001). *The inventory of personality organization*. New York: The Personality Disorder Institute, Cornell University

Clarkin J. F., Yeomans F. E., & Kernberg O. F. (2007). Psychotherapy for borderline personality: Focusing on Object Relations. *Washington, DC, American Psychiatric Publishing.*

Del Pozo, M. A., Kliem, S., Mestel, R., Votsmeier-Röhr, A., & Kröger, C. (2017). Psychodynamic oriented Multimodal therapy for inpatients with borderline personality disorder: effectiveness, response, and dropout. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *68*(2), 82-90.

De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M., & Maggini, C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder. *Psychiatry research*, *200*(2-3), 422-429.

Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2.

Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, *34*(3), 10-13.

Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991). Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, *16*(4), 363-370.

Farrés, C. C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Martin Blanco, A., & Soler, J. (2018). Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*, *46*(6), 226-33.

Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*(2), 121-141.

Gabbard, G. O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*(4), 648-655.

Ghanem, M., El-Serafi, D., Sabry, W., ElRasheed, A. H., Abdel Razek, G., Soliman, A., & Amar, W. (2016). Executive dysfunctions in borderline personality disorder: correlation with suicidality and impulsivity. *Middle East Current Psychiatry*, *23*(2), 85-92.

Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *16*(5), 481-487.

Golden, C. J., & Freshwater, S. M. (1978). Stroop color and word test.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & 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.

Grilo, C. M., Becker, D. F., Anez, L. M., & McGlashan, T. H. (2004). Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(1), 126

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Kisiel, C. L. (1991). Borderline personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, *5*(4), 340-352.

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, *166*(5), 530-539.

Gvirts, H. Z., Harari, H., Braw, Y., Shefet, D., Shamay-Tsoory, S. G., & Levkovitz, Y. (2012). Executive functioning among patients with borderline personality disorder (BPD) and their relatives. *Journal of affective disorders*, *143*(1-3), 261-264.

Haaland, V. Ø., & Landrø, N. I. (2007). Decision making as measured with the Iowa Gambling Task in patients with borderline personality disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *13*(4), 699-703.

Hatzitaskos, P., Soldatos, C. R., Kokkevi, A., & Stefanis, C. N. (1999). Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, *40*(4), 278-282.

Hien, D., Matzner, F., First, M. B., Spitzer, R., Williams, J., & Gibbon, M. (2004). Structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses (KID-SCID). *Biometrics Research, New York*.

Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, *38*(2), 82-86.

Kernberg, O. (1984). Severe Personality Disorders (Psychotherapeutic Strategies. New Haven (Yale University Press) 1984.

Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). The inventory of personality organization. *White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center*.

Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder.

Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, *89*(3), 601-620.

Kernberg, O. F. (1976). Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York, NY: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1995). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.

Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, *23*(6), 841-853.

Kongs, S. K., Thompson, L. L., Iverson, G. L., & Heaton, R. K. (2000). *Wisconsin Card Sorting Test-, 64 Card Version: WCST-64*. Lutz, FL: PAR.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, *32*(2), 371-390.

Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(8), 411-416.

Kröger, C., Röepke, S., & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, *60*, 46-52.

Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *3*(1), 9.

LeGris, J., Links, P. S., van Reekum, R., Tannock, R., & Toplak, M. (2012). Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry research, 196*(1), 101-108.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *377*(9759), 74-84.

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, *13*(4), 577.

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.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, *48*(12), 1060-1064.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, *63*(7), 757-766.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, *67*(1), 13-26.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, *8*(4), 279-292.

Madianos, M., Papagelis, M., Filippakis, A., Bilanakis, N., (1995) The reliability and validity of SCID in the Greek population. *Encephalos*

Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *66*(3), 180-186.

Maurex, L., Zaboli, G., Wiens, S., Åsberg, M., Leopardi, R., & Öhman, A. (2009). Emotionally controlled decision-making and a gene variant related to serotonin synthesis in women with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, *50*(1), 5-10.

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *american Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1365-1374.

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Lynd, L. D., Piper, W. E., Steinberg, P. I., & Richardson, K. (2008). Predictors of premature termination of day treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*(6), 365–371.

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 20-26.

Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastro, R., & Huguelet, P. (2010). Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. *Journal of personality disorders*, *24*(5), 634-650.

Philip, A. E. (1973). Assessing punitiveness with the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ). *The British Journal of Psychiatry*, *123*(575), 435-439.

Plutchik, R., Van Praag, H. M., & Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, *28*(2), 215-225.

Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., ... & Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *81*(6), 356-365.

Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., ... & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(4), 497-503.

Safarinia, M., Zare, H., Vashe, L. G., & Abasaliloo, S. V. (2015). A Comparative Study of Executive Functions and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Borderline Personality Disorder and Normal Individuals. *International Letters of Social and Humanistic Sciences, 65*, 116-123.

Schuermann, B., Kathmann, N., Stiglmayr, C., Renneberg, B., & Endrass, T. (2011). Impaired decision making and feedback evaluation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1917-1927.

Serman, N., Johnson, J. G., Geller, P. A., Kanost, R. E., & Zacharapoulou, H. (2002). Personality disorders associated with substance use among American and Greek adolescents. *Adolescence*, *37*(148), 841-855.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*.

Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I., & Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour research and therapy*, *45*(5), 1011-1024.

Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality?. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, *51*(12), 936-950.

Smith, T. E., Koenigsberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & SELZER, M. A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*, *4*(3), 205.

Soler, J., Trujols, J., Pascual, J. C., Portella, M. J., Barrachina, J., Campins, J., ... & Pérez, V. (2008). Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *47*(4), 417-426.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, *49*(8), 624-629.

Sprock, J., Rader, T. J., Kendall, J. P., & Yoder, C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, *56*(12), 1587-1600.

Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M., & Beblo, T. (2017). Impact of therapist change after initial contact and traumatic burden on dropout in a naturalistic sample of inpatients with borderline pathology receiving dialectical behavior therapy. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *4*(1), 14.

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of experimental psychology*, *18*(6), 643.

Svaldi, J., Philipsen, A., & Matthies, S. (2012). Risky decision-making in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 112-118.

Swirsky-Sacchetti, T., Gorton, G., Samuel, S., Sobel, R., Genetta-Wadley, A., & Burleigh, B. (1993). Neuropsychological function in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *49*(3), 385-396.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, *58*(6), 590-596.

Vaillant, G. (1993). The Wisdom of the Ego. Cambridge, MA (Harvard University Press) 1993.

Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, *38*(2), 190-202.

Wampers, M., Pola, C., Verhaest, Y., Vandeneede, B., Demyttenaere, K., Vermote, R., & Lowyck, B. (2018). Predictors of dropout from a psychodynamic hospitalization-based treatment for personality disorders. *Psychoanalytic Psychology*, *35*(2), 217.

Wechsler, D. (2008). Wechsler adult intelligence scale–Fourth Edition (WAIS–IV). *San Antonio, TX: NCS Pearson*, *22*, 498.

Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *27*(6), 716-726.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy. *New York: Guilford*, *254.*

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

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.

Στογιαννίδου, Α., και συν. (2014). Κλίμακα Νοημοσύνης Ενηλίκων Wechsler, Τέταρτη Έκδοση (WAIS–IV). *Αθήνα: MOTIBO.*