ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΠΜΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Τίτλος Διπλωματικής εργασίας :

"ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΟΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ, BPDSI-IV,

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΞΕΤΑΣΤΩΝ"

Επιβλέπων Καθηγητής: Ιωάννης Ζέρβας, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Επόπτες

Μαλογιάννης Ιωάννης, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Γιαννούλη Ελένη, Ψυχολόγος MSc, Εικαστική Ψυχοθεραπεύτρια MA

Σουλτάνη Ειρήνη, 20180989

20/2/2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη…….....σελ. 3
1. Εισαγωγή……σελ. 5
1.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση…….....σελ. 6
2. Μεθοδολογία……...σελ. 18
2.1 Σχεδιασμός έρευνας και στόχοι……σελ. 18
2.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις……..σελ. 19
2.3 Διαδικασία……σελ. 20
2.4 Ανάλυση δεδομένων……σελ. 21
2.5 Δείγμα……...σελ. 21
2.6 Εργαλεία……σελ. 22
2.7 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας……..σελ. 25
2.8 Δήλωση τήρησης εχεμύθειας……σελ. 26
3. Αποτελέσματα……σελ. 27
3.1 Εσωτερική εγκυρότητα……..σελ.27
3.2 Αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών……σελ.27
3.3 Συντρέχουσα εγκυρότητα και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής….σελ.28
3.4 Διακρίνουσα εγκυρότητα……..σελ. 30
4. Συζήτηση……σελ. 33
4.1 Περιορισμοί……...σελ. 34
4.2 Προτάσεις……..σελ. 34
Βιβλιογραφία……..σελ. 34
Παράρτημα……σελ. 36

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα Γιαννούλη Ε. για την πολύτιμη βοήθεια και την υποστήριξή της τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε ανθρώπινο επίπεδο, προκειμένου να διεκπεραιωθεί αυτή η εργασία. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Δαμήλου Α. για τη σημαντική συνεισφορά της στην ανάλυση των δεδομένων. Πολλές ευχαριστίες οφείλω και στους κο Μαλογιάννη Ι. και κο Ζέρβα Ι., δίχως την υποστήριξη των οποίων, τίποτα από τα παραπάνω δε θα ήταν εφικτό.

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα αφορά τη στάθμιση της συνέντευξης του δείκτη σοβαρότητας της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (BPDSI-IV). Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου και ιδιαιτέρως της αξιοπιστίας μεταξύ εξεταστών. Η BPSDI-IV αποτελεί ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, η οποία αξιολογεί τη συχνότητα και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ κατά τη διάρκεια μιας οριοθετημένης χρονικής περιόδου τριών μηνών. Αποτελείται από 9 υποκλίμακες, σύμφωνα με τα 9 κριτήρια της διαταραχής κατά το DSM V. Η ποικιλομορφία και η ασταθής φύση των εκδηλώσεων της ΟΔΠ απαιτούν ένα εργαλείο που να ανταποκρίνεται σε αυτή τη συνθήκη, ανάγκη που καλύπτει η συγκεκριμένη συνέντευξη. Απώτερο σκοπό συνιστά η παγίωση της χρήσης της σε κλινικό και ερευνητικό πλαίσιο, κυρίως στο χώρο της έρευνας θεραπευτικού αποτελέσματος. Στα πλαίσια προκαταρκτικών ευρημάτων λόγω του μεγέθους του δείγματος της έρευνας, οι αναλύσεις ανέδειξαν ένα εργαλείο αρκετά έγκυρο και αξιόπιστο (Cronbach's a= 0.99) με υψηλές τιμές για το βασικό ερώτημα της αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών (ICC= 0.98-0.99). Παράλληλα, προέκυψαν ενδιαφέροντα στοιχεία αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της κλίμακας και τις δυνατότητές της.

Λέξεις κλειδιά : BPSDI-IV, στάθμιση, συχνότητα, σοβαρότητα, αξιοπιστία, εγκυρότητα

Abstract

The present study concerns the psychometric evaluation of the interview of the severity of borderline personality disorder index (BPDSI-IV). The purpose of the study is to investigate the psychometric properties of the tool and especially the reliability between the examiners (interrater reliability). BPSDI-IV is a semi-structured clinical interview that assesses the frequency and severity of BPD symptoms over a limited period of three months. It consists of 9 subscales, corresponding to the 9 criteria of the disorder according to DSM V. The diversity and volatile nature of BPD symptoms require a tool that responds to this condition, a need covered by this interview. The ultimate goal is to consolidate its use in clinical and research context, mainly in the field of treatment outcome research. In the context of preliminary findings due to the sample size of the survey, the statistical analysis revealed a fairly valid and reliable tool (Cronbach's a = 0.99) with high rates for the

key question of interrater reliability (ICC = 0.98-0.99). At the same time, interesting data emerged regarding the characteristics of the scale and its possibilities.

Keywords: BPSDI-IV, psychometric evaluation, frequency, severity, reliability, validity

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εντός του ευρύτερου πλαισίου της στάθμισης της συνέντευξης του δείκτη σοβαρότητας των εκδηλώσεων οριακής διαταραχής προσωπικότητας (BPDSI-IV), η συγκεκριμένη έρευνα αφορά τον έλεγχο της αξιοπιστίας μεταξύ εξεταστών (interrater reliability) εκ των ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Πρόκειται για μια ημιδομημένη κλινική συνέντευξη, η οποία αξιολογεί τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (ΟΔΠ), κατά τη διάρκεια μιας οριοθετημένης χρονικής περιόδου τριών μηνών. Αποτελεί προσαρμογή της αρχικής έκδοσης της συνέντευξης των Weaver και Clum (1993), η οποία χρονικά, κάλυπτε και διερευνούσε το τελευταίο περασμένο έτος. Η ΟΔΠ παρά ταύτα είναι μια διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια στην εικόνα της (Clarkin, Hull, & Hurt, 1993), αφενός λόγω της έντονης συναισθηματικής και συμπεριφορικής αστάθειας και, αφετέρου λόγω της ποσοτικής και ποιοτικής διακύμανσης των εκδηλώσεών της. Αυτή η ποικιλομορφία συνεπώς απαιτεί έναν τρόπο αξιολόγησης, ο οποίος να αφορά μια συγκεκριμένη και σύντομη χρονική περίοδο προκειμένου να είναι αξιόπιστος. Το έλλειμμα αυτό έρχεται να καλύψει η νεότερη έκδοση του BPDSI.

Η κλινική εκτίμηση είναι απαραίτητη τόσο κατά τη διάρκεια της χορήγησης όσο και για τη βαθμολόγηση της συνέντευξης, επομένως απαιτείται και η αντίστοιχη κλινική εκπαίδευση των χορηγητών. Σκοπός του εργαλείου δεν είναι η διάγνωση της διαταραχής, αλλά η ανάδειξη ενός ποσοτικού δείκτη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων οριακής διαταραχής προσωπικότητας την τρέχουσα περίοδο. Η συγκεκριμένη συνέντευξη είναι κατάλληλη για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, ωστόσο πρέπει να διενεργείται στο μέτρο του δυνατού από τον ίδιο κλινικό. Επιπλέον, χρήσιμη θεωρείται και για έρευνες θεραπευτικού αποτελέσματος (treatment-outcome research), καθώς παρέχει λεπτομερή δεδομένα αναφορικά με τις αλλαγές της οριακής παθολογίας μεταξύ επαναληπτικών μετρήσεων (Zanarini et al., όπ. αναφ., στο Giesen-Bloo, Wachters, Schouten, & Arntz 2010).

Προκειμένου να επιτευχθεί μια ισορροπημένη αξιολόγηση, χρειάζεται να τεθούν και επιπρόσθετες ερωτήσεις παράλληλα με τις βασικές κατά τη διάρκεια της χορήγησης. Διευκρινιστικές ερωτήσεις σχετικά με πραγματικά περιστατικά και/ή παραδείγματα είναι απολύτως απαραίτητες. Επίσης, αποκλεισμοί (π.χ. αποπροσωποποίηση λόγω της χρήσης ουσιών) πρέπει να ρωτούνται ενεργά. Σε πολλές

περιπτώσεις είναι σημαντικό όλα τα πραγματικά συμβάντα και/ή τα παραδείγματα που περιγράφονται τους τελευταίες τρεις μήνες να είναι διαθέσιμα, ώστε να προσδιοριστεί με ακρίβεια η συχνότητα. Πρωτότυπα παραδείγματα μπορεί να είναι αρκετά μόνο με συμπεριφορές πολύ υψηλής συχνότητας, και επομένως η συχνότητα μπορεί να υπολογιστεί. Όλες οι ερωτήσεις συχνότητας βαθμολογούνται σε 10-βάθμια κλίμακα (0 = ποτέ, 10 = καθημερινά). Αυτό ισχύει επίσης για τις ερωτήσεις όπου μια τέτοια υψηλή συχνότητα είναι απίθανη. Σε στιγμές αμφιβολίας ή ασάφειας, πρέπει να κρατούνται σημειώσεις, έτσι ώστε να μην χαθούν πληροφορίες. Οι βαθμολογίες και οι σημειώσεις καταγράφονται σε μία ξεχωριστή φόρμα βαθμολόγησης.

1.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Μετά από εκτενή βιβλιογραφική αναζήτηση, φαίνεται πως η BPDSI-IV αποτελεί ένα εργαλείο, το οποίο παγκοσμίως δεν έχει σταθμιστεί, πέραν της χώρας της Ολλανδίας, για παλαιότερες και νεότερες εκδόσεις (Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2010). Στην Ελλάδα, η τρέχουσα μελέτη των Γιαννούλη & Μαλογιάννη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια διερεύνησης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της συνέντευξης. Παρά ταύτα, η BPDSI-IV έχει χρησιμοποιηθεί σε έξι κλινικές δοκιμές σε δύο χώρες (Bellino, Paradiso, & Bogetto, 2005, 2006; Giesen-Bloo et al., 2006; Rinne, Brink van den, Wouters, & Dyck van, 2002; Rinne et al., 2003; Verheul, Bosch van den, Koeter, Ridder de, & Brink van den, 2003, όπ. αναφ. στο Giesen-Bloo et al., 2010), έχει μεταφραστεί σε επτά γλώσσες, και χρησιμοποιήθηκε επίσης σε άλλες τρεις κλινικές δοκιμές στη Νορβηγία, στην Ολλανδία και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Τα δημοσιευμένα δεδομένα των δοκιμών, δείχνουν ότι η συνέντευξη διαθέτει υψηλή ευαισθησία στον εντοπισμό της αλλαγής κατά τη διάρκεια θεραπευτικής παρέμβασης.

Η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (ΟΔΠ) αποτελούσε ανέκαθεν μια περίπλοκη διαδικασία λόγω της μεγάλης διαθεσιμότητας διαγνωστικών εργαλείων, αλλά και της πολυπλοκότητας της διαταραχής αυτής καθαυτής. Αρχικά, η διαταραχή έγινε κατανοητή από τον Kernberg (1967) ως μια κατάσταση κάπου στο “μεταίχμιο” μεταξύ ψύχωσης και νεύρωσης (όπ. αναφ. στο Carcone, Tokarz, & Ruocco, 2015). Έχει, πλέον, εξελιχθεί σε μια διαγνωστική οντότητα που χαρακτηρίζεται από τέσσερις βασικούς τομείς ψυχοπαθολογίας: συναισθηματικό, διαπροσωπικό, συμπεριφορικό και γνωστικό (Gunderson et al., 2011 όπ. αναφ. στο Carcone et al., 2015). Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πρόκληση της διάγνωσης της ΟΔΠ, έχουν δημιουργηθεί διάφορες ημιδομημένες συνεντεύξεις για να αξιολογήσουν

τη διαταραχή με έναν πιο ομοιόμορφο τρόπο σε σχέση με τη μη δομημένη κλινική συνέντευξη. Παρότι αυτά τα εργαλεία χρησιμοποιούνται ευρέως από ερευνητές και κλινικούς, δεν υπάρχουν ενημερωμένες μελέτες αναφορικά με την αξιοπιστία και εγκυρότητά τους (Carcone et al., 2015).

Σύμφωνα με το DSM-V, τα 9 κριτήρια για τη διάγνωση της ΟΔΠ είναι : φόβος εγκατάλειψης, ασταθείς σχέσεις, διαταραχή ταυτότητας, παρορμητικότητα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, συναισθηματική αστάθεια, χρόνιο αίσθημα κενού, θυμός και παρανοϊκός ιδεασμός ή διάσχιση (APA, 2013, όπ. αναφ. στο Bach & Sellbom, 2016). Αναφορικά με τη συνέντευξη BPDSI-IV τα συγκεκριμένα κριτήρια εξετάζονται ως υποκλίμακες και κάθε μια εξ αυτών αφορά τα παρακάτω θέματα, όπως ακριβώς καταγράφονται στο εργαλείο.

Αρχικά, διερευνάται η ένταση και η συχνότητα των συναισθημάτων εγκατάλειψης. Συγκεκριμένα, τα ερωτήματα αυτά αναφέρονται σε μανιώδεις προσπάθειες του εξεταζόμενου με στόχο να αποτρέψει κάποιον με τον οποίο έχει σχέση, είναι στενά συνδεδεμένος μαζί του ή εξαρτάται από αυτόν να τον/την εγκαταλείψει. Παραδείγματα αποτελούν, μεταξύ άλλων, το να εκλιπαρεί κάποιον να μην φύγει ή να προσπαθεί σωματικά να εμποδίσει κάποιον να φύγει.

Για το κριτήριο των διαπροσωπικών σχέσεων, υπάρχουν τρία χαρακτηριστικά. Πρώτα απ' όλα, πρέπει να υπάρχει ένα μοτίβο ασταθών σχέσεων, το οποίο μπορεί να χαρακτηρίζεται από συχνές συγκρούσεις και επικείμενο ή πραγματικό χωρισμό. Δεύτερον, αυτές οι σχέσεις πρέπει να είναι έντονες, που σημαίνει ότι εμπλέκονται ισχυρά συναισθήματα (π.χ. ευφορία, απέχθεια, θυμός, μνησικακία, απελπισία). Τρίτον, ο εξεταζόμενος πρέπει κατά καιρούς να απαξιώνει το άλλο άτομο (π.χ. «είναι πραγματικά πολύ κακός»), ενώ άλλες στιγμές να το εξιδανικεύει (π.χ. «το αγόρι μου είναι το πιο υπέροχο, εξυπηρετικό και δυνατό άτομο που έχω γνωρίσει»), καθιστώντας κατά αυτό τον τρόπο εμφανή τον αμυντικό μηχανισμό της σχάσης. Η σχάση ή διχοτόμηση, υπό ψυχαναλυτικούς όρους, ανήκει στους πρωτογενείς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ. Ορίζεται ως η συνεχής μεταβολή στην αντίληψη ενός αντικειμένου, ενίοτε και του εαυτού, με όρους αντιθέτων, ως καλό (εξιδανίκευση) ή κακό (υποτίμηση).

Προχωρώντας στο κριτήριο της διαταραχής ταυτότητας, γίνεται λόγος για την προσωπική ταυτότητα ως μία σταθερή αίσθηση εαυτού, που παρέχει ενότητα στην προσωπικότητα διαχρονικά. Ο τύπος της διαταραχής της ταυτότητας που είναι χαρακτηριστική για την ΟΔΠ, αφορά στις ακραίες εναλλαγές στην αυτό-εικόνα του

ατόμου (ποιος είμαι). Οι εναλλαγές αυτές εκδηλώνονται με ξαφνικές μεταβολές αναφορικά με την εργασία, τους στόχους της σταδιοδρομίας, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τις προσωπικές αξίες, τους φίλους και τη θεμελιώδη αίσθηση που έχει κάποιος σχετικά με τον εαυτό του (π.χ. καλός ή κακός).

Εν συνεχεία, η υποκλίμακα της παρορμητικότητας, αφορά την ανικανότητα του ατόμου να ελέγξει τις παρορμήσεις του/της, μέσω των οποίων εμπλέκεται σε συμπεριφορές που είναι ικανοποιητικές βραχυπρόθεσμα, ενδέχεται όμως, να γίνουν επιζήμιες μακροπρόθεσμα. Οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν το πυρηνικό χαρακτηριστικό του κριτηρίου.

Το πέμπτο κριτήριο της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ξεκινά με ερωτήματα που σχετίζονται με την παρα-αυτοκτονικότητα, δηλαδή συμπεριφορές πρόκλησης σωματικής βλάβης, με αυτοτραυματισμό και/ή πόνο ως άμεση συνέπεια, π.χ. βλάβη στους ιστούς ή σωματικός πόνος, χωρίς όμως να υπάρχει και αυτοκτονική πρόθεση. Έπειτα, εντός της ίδιας υποκλίμακας, τίθενται ερωτήσεις περί της αυτοκτονικής πρόθεσης.

Η συναισθηματική αστάθεια, ως έκτη υποκλίμακα, αναφέρεται στην εναλλασσόμενη, ασταθή ποιότητα της διάθεσης του συνεντευξιαζόμενου. Ακόμη και αν η εναλλαγή της διάθεσης είναι συχνά αιφνίδια, δεν απαιτείται μια ξαφνική έναρξη της αλλαγής της διάθεσης. Αντ' αυτού, το κριτήριο αυτό προσδιορίζει τις συχνές συναισθηματικές αλλαγές που είναι πράγματι ισχυρές, αλλά με σχετικά μικρή διάρκεια (περισσότερο ώρες παρά ημέρες ή εβδομάδες).

Ακολούθως, διερευνάται το χρόνιο αίσθημα κενού, το οποίο συχνά σχετίζεται με συναισθήματα ανίας, μοναξιάς, αναξιότητας ή με συναισθήματα που ο εξεταζόμενος δυσκολεύεται να προσδιορίσει επακριβώς. Το στοιχείο αυτό του φαινομενικού αισθήματος ματαιότητας, αποτελεί συχνό χαρακτηριστικό του βιώματος της διαταραχής για πολλούς ασθενείς.

Ο απρόσφορος θυμός αποτελεί το όγδοο κριτήριο και αναφέρεται στην ένταση του θυμού του ατόμου, ο οποίος δεν συμβαδίζει ποσοτικά με την αιτία πρόκλησής του. Οι εκδηλώσεις ακραίας σωματικής (βίαιης) συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα να χτυπά ανθρώπους ή να πετά αντικείμενα, μπορεί να υποδηλώνουν έλλειψη ελέγχου σε σχέση με τον θυμό/οργή. Η οργή εδώ ενδέχεται να εκφράζεται συχνά στο πλαίσιο μιας πραγματικής ή υποκειμενικής έλλειψης φροντίδας/προσοχής, απώλειας ή παραμέλησης.

Τέλος, η υποκλίμακα της διάσχισης /αποσύνδεσης και του παρανοϊκού

ιδεασμού, πραγματεύεται παροδικά παρανοϊκά ή αποσυνδετικά συμπτώματα που αναπτύσσουν ασθενείς με ΟΔΠ κατά τη διάρκεια περιόδων στρες. Τα συμπτώματα αυτά, σπανίως είναι τέτοιας έντασης ώστε να μπορεί να δοθεί μια επιπρόσθετη διάγνωση (π.χ. ψυχωσικές διαταραχές). Ο στρεσογόνος παράγοντας συχνά είναι μια πραγματική, υποτιθέμενη ή προσδοκώμενη απουσία φροντίδας/προσοχής από έναν φροντιστή (π.χ. σύντροφο, γονέα, θεραπευτή). Σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί η πραγματική ή υποτιθέμενη επιστροφή της φροντίδας/προσοχής να οδηγήσει στην αποδρομή των συμπτωμάτων. Τα αποσυνδετικά ή διασχιστικά συμπτώματα υπάρχουν σε περιόδους αποσυνδετικής αμνησίας (μερικές φορές εκφράζεται από την αίσθηση του ατόμου ότι «χάνει χρόνο»), αποπροσωποίησης (π.χ. αίσθηση ότι γίνεται ξένος προς τον εαυτό του ή ότι απομακρύνεται από τον εαυτό του) ή αποπραγματοποίησης (π.χ. η αίσθηση ότι ο εξωτερικός κόσμος είναι μη πραγματικός ή ασυνήθιστος). Αυτές οι περίοδοι συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά ή ώρες.

Όπως συμβαίνει για πολλές διαταραχές του παλαιότερου άξονα ΙΙ (DSM IV-TR προ συγχώνευσης των αξόνων στο DSM V), προβληματισμός φαίνεται πως υπάρχει και για τα κριτήρια της ΟΔΠ, λόγω της ετερογένειας μεταξύ τους, δηλαδή μιας πρόσμειξης χαρακτηριστικών προσωπικότητας, συμπτωματικών συμπεριφορών και συμπτωμάτων (Sanislow & McGlashan, 1998). Οι ποικίλοι τρόποι προσέγγισης της διαταραχής αντικατοπτρίζονται ως ένα βαθμό στο γεγονός αυτό. Θεωρήσεις περί παραλλαγής συναισθηματικής διαταραχής (Gunderson & Elliot, 1985), και αναπτυξιακών σφαλμάτων αναφορικά με την ανάπτυξη της προσωπικότητας (Akiskal et al., 1985), είναι λίγες μόνο από τις απόψεις που έχουν διατυπωθεί. Συμπερασματικά, ίσως πρόκειται για μια περίπλοκη διαταραχή, η οποία έχει διάφορες εκδηλώσεις και πολλαπλές αιτιολογίες (Sanislow et al., 2002).

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από τα υψηλά επίπεδα συννόσησης μεταξύ άξονα Ι και ΙΙ που έχουν καταγραφεί για τους ασθενείς με διάγνωση ΟΔΠ. Σχετικές μελέτες, όπως των Asnaani et al. (2007), οι οποίοι χρησιμοποίησαν έναν αριθμό κριτηρίων ΟΔΠ για να αξιολογήσουν τη βαρύτητα της διαταραχής, βρήκαν ότι οι ασθενείς που πληρούσαν τα περισσότερα κριτήρια, είχαν ένα μεγαλύτερο ιστορικό συννόσησης με χρήση ουσιών, άλλες διαταραχές του άξονα ΙΙ και πιο συχνές αυτοκτονικές συμπεριφορές (όπ. αναφ. στο Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010) . Αναφορικά με την πιθανή συμπερίληψη της ΟΔΠ στο φάσμα των διαταραχών εθισμού, οι Mc Glashan et al. (2000) ανέφεραν μεγάλη συννόσηση μεταξύ κατάχρησης αλκοόλ, ουσιών και ΟΔΠ. Η συνύπαρξη των δύο διαταραχών των αξόνων Ι/ΙΙ αποτελεί

ένα από τα πιο συχνά ευρήματα στη βιβλιογραφία (Siever, & Davis, 1991 όπ. αναφ. στο Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010).

Από την άλλη, όσον αφορά την ΟΔΠ και τις διαταραχές διάθεσης, φαίνεται πως υπάρχει μια υψηλή συνέπεια ως προς τη συννόσηση μεταξύ των διαταραχών αυτών. Ορισμένοι ερευνητές, οι οποίοι παρατίθενται παρακάτω, πρότειναν μοντέλα ενσωμάτωσής της ΟΔΠ στο φάσμα των συναισθηματικών διαταραχών λόγω των ομοιοτήτων που παρατηρούνται. Μια σχετική έρευνα των Berrocal et al. (2008) έδειξε ότι ασθενείς με ΟΔΠ, ακόμα κι αν δεν πληρούν τα κριτήρια του DSM-IV για κάποια συναισθηματική διαταραχή, τείνουν να παρουσιάζουν υποκατώφλιες διακυμάνσεις της διάθεσης, των επιπέδων ενέργειας και της γνωστικής λειτουργίας, τόσο στον καταθλιπτικό όσο και στον μανιακό/υπομανιακό πόλο του φάσματος (Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010). Επιπλέον, η ιδιαιτερότητα της διάθεσης των ασθενών με ΟΔΠ προσομοιάζει αυτή των ατόμων με διπολική διαταραχή και πολλοί ερευνητές μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δύο διαταραχών, καταλήγοντας σε μικτά αποτελέσματα (Gunderson, & Weinberg, 2007, όπ. αναφ. στο Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010). Αντίστοιχη μελέτη των New et al. (2008), πρότεινε τη συμπερίληψη της ΟΔΠ στο φάσμα των διαταραχών διάθεσης, λόγω του κεντρικού ρόλου της συναισθηματικής αστάθειας, αλλά και της συννόσησης με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010).

Σύμφωνα με τους Sanislow et al. (2002), η ετερογένεια που χαρακτηρίζει αυτή την ομάδα ασθενών, μπορεί να στηριχθεί μερικώς και από το γεγονός ότι διαφορετικές πτυχές της διαταραχής κάνουν την εμφάνισή τους σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Κατά αυτό τον τρόπο, είναι δυνατόν να προβλεφθούν δυναμικές σχέσεις μεταξύ των λανθανόντων δομών που υποδεικνύονται από τους παράγοντες, όπως π.χ. η συναισθηματική αστάθεια μπορεί να μετριάσει τις συμπεριφορικές παρορμήσεις.

Άλλος ένας παράγοντας που δύναται να επηρεάσει τον τρόπο κατανόησης της διαταραχής, είναι η φύση του δείγματος της έρευνας (Sanislow et al., 2002). Πιο συγκεκριμένα, σε ομάδες με πιο ήπια ψυχοπαθολογία (π.χ. εξωτερικοί ψυχιατρικοί ασθενείς) η απόδοση της ΟΔΠ ως 'ενιαίας κατασκευής' μπορεί να είναι αρκετή. Αντιθέτως, σε ομάδες με οξεία ψυχοπαθολογία, μπορεί να είναι χρησιμότερη η διάκριση των πτυχών της διαταραχής. Η ξεκάθαρη αναγνώριση των συστατικών αυτών στοιχείων και η κατανόηση της διαφοροποίησής τους μεταξύ πληθυσμών ή και ατόμων είναι βαρύνουσας σημασίας σε ταξινομικό και κλινικό επίπεδο (Sanislow et al., 2002).

Συζήτηση συνεχίζει να υφίσταται στο χώρο της έρευνας αναφορικά με τον

προσδιορισμό των κριτηρίων της διαταραχής αυτών καθαυτών, αλλά και του αριθμού τους. Πολλαπλές έρευνες έχουν διεξαχθεί (αρχικά με διερευνητική ανάλυση δεδομένων και αργότερα κυρίως με την αποδοτικότερη επιβεβαιωτική ανάλυση δεδομένων) με σκοπό να καθοριστούν ή να ελεγχθούν τα υπάρχοντα πολυπαραγοντικά μοντέλα. Παλαιότερες έρευνες με διαφορετικό σχεδιασμό και μεθοδολογία τάχθηκαν υπέρ μοντέλων ενός παράγοντα (Fossati et al., 1999), δύο παραγόντων (Rosenberger & Miller, 1989), άλλες υπέρ τριών με μεγάλη αλληλοεπικάλυψη (Clarkin, Hull, & Hurt, 1993), ενώ μετέπειτα έρευνες υποστήριξαν ένα μοντέλο τριών παραγόντων έναντι του ενιαίου μοντέλου (Sanislow et al., 2002).

Σύμφωνα με την Giesen-Bloo (2010), πολλοί μπορεί να είναι οι συνδυασμοί των κριτηρίων κατά DSM-IV που δύνανται να οδηγήσουν στη διάγνωση της ΟΔΠ. Υπό ένα κατηγορικό πρίσμα, φαίνεται πως προκύπτουν υπερβολικά πολλές μεταβλητές της ΟΔΠ. Από την άλλη, η κατάσταση γίνεται απλούστερη και ίσως πιο κατανοητή με τη χρήση της διαστατικής μορφής για τις διαταραχές προσωπικότητας. Ταξομετρικές μελέτες όπως αυτή του Arntz (2009) υποστηρίζουν τα διαστατικά μοντέλα, παρόλα αυτά, συνεχίζει να υφίσταται συζήτηση αναφορικά με το αν η ΟΔΠ πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μονοδιάστατη ή πολυδιάστατη διαταραχή (Adams, Bernat, & Luscher, 2001; Arntz, 1999; Clarkin, Hull, & Hurt, 1993; Fossati et al., 1999; Hurt et al., 1990; Livesley & Schröder, 1991; Morey, 1991; Sanislow et al., 2002; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989, όπ. αναφ. στο Giesen-Bloo et al., 2010). Όπως αποδεικνύεται από τη σχετική έρευνα των Giesen-Bloo et al. (2010), αναφορικά με την αξιοπιστία των μοντέλων κριτηρίων, η σύγκριση μοντέλου τριών και εννέα παραγόντων, τίθεται υπέρ του τελευταίου, καθώς με τη χρήση του πρώτου χάνεται μεγάλος αριθμός σημαντικών πληροφοριών. Επομένως, ως πιο λεπτομερές, το μοντέλο των 9 παραγόντων δέχτηκε περισσότερη υποστήριξη σε σχέση με μοντέλα λιγότερων παραγόντων, τα οποία αξιολογήθηκαν με λιγότερες πληροφορίες ανά κριτήριο του DSM-IV (Giesen-Bloo et al., 2010).

Η πρώτη στάθμιση της αρχικής έκδοσης της BPDSI (Arntz et al., 2003) ως ελαφρώς προσαρμοσμένη από την αρχική μορφή των Weaver και Clum, είχε σχετικά ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως κάποια ελλείμματα οδήγησαν σε περαιτέρω διερεύνηση, αλλαγές στο σχεδιασμό της έρευνας και στην ανάλυση δεδομένων. Έτσι, με τη δεύτερη απόπειρα οι ερευνητές οδηγήθηκαν σε ακόμη πιο αξιόπιστα δεδομένα. Παρά ταύτα και τα δύο μέρη της ευρύτερης μελέτης απέδειξαν πως η BPDSI αποτελεί εργαλείο με υψηλή αξιοπιστία, εγκυρότητα και ευαισθησία.

Σχετικά με το σχεδιασμό και μεθοδολογία της παραπάνω έρευνας, το δείγμα αποτελούνταν από 49 ασθενείς (29 γυναίκες, 14 άνδρες) από το ψυχιατρικό νοσοκομείο και το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας του Μάαστριχτ. Εξ αυτών, οι 10 ασθενείς δεν είχαν διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, οι 18 είχαν μία ή περισσότερες (εκτός από ΟΔΠ), και 15 ήταν οι ασθενείς (3 άνδρες, 12 γυναίκες) με ΟΔΠ. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής : SCID-II (DSM-III-R version), BPDSI (για τον τελευταίο χρόνο), Ερωτηματολόγιο 71 στοιχείων με υποθέσεις για εαυτό, άλλους και υποθετικές σχέσεις (Cronbach's a = .98), Κλίμακα αυτοαναφοράς 15 στοιχείων για την αυτοεκτίμηση (προσαρμογή από Rosenberg, 1965) (Cronbach's a = .91), Κλίμακα του Miskimins (self-goal-other discrepancy) (Cronbach's a για self-other discrepancy = 0.86, για self-ideal discrepancy = 0.89) και την BPD symptom checklist (Arntz & Dreessen, 1995) με Cronbach's a = .94. Αξιολογήθηκαν η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών, η εσωτερική συνέπεια, η συγχρονική εγκυρότητα, η εγκυρότητα απόκλισης/διαχωρισμού και η εννοιολογική κατασκευή.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την αρχική έρευνα (Study 1) των Arntz και συνεργατών (2003), η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών υπολογίστηκε με intraclass correlation coefficient (ICC) για κάθε ερώτηση, κάθε κριτήριο, αλλά και για το συνολικό σκορ. Όπως αποδείχτηκε, οι συντελεστές συσχέτισης ποίκιλαν από αδύναμοι έως και εξαιρετικοί (εύρος= .29- .99), αλλά ευρύτερα χαρακτηρίστηκαν ως ικανοποιητικοί (διάμεσος= .74). Οι ICCs για έκαστο κριτήριο ήταν καλοί (διάμεσος = .85; εύρος = 0.68 - 0.97) και η εγκυρότητα μεταξύ βαθμολογητών για το γενικό σκορ της BPDSI ήταν εξαιρετικό (ICC=0.93). Επιπλέον, υπήρξε πολύ καλή εσωτερική εγκυρότητα (Cronbach's a= 0.82), αν και χρειάστηκε να αποκλειστεί ένα στοιχείο-ερώτημα από μετέπειτα υπολογισμούς. Αναφορικά με την εγκυρότητα διαχωρισμού, τα μέσα σκορ ασθενών με και χωρίς κάποια διαταραχή προσωπικότητας (εκτός από ΟΔΠ) δε διέφεραν σημαντικά, F(1 , 27)= .001. Επίσης, δε σημειώθηκε σημαντική συσχέτιση της συνέντευξης με σοβαρότητα παθολογίας στον άξονα ΙΙ, εκτός από την ΟΔΠ (r = .09, p = .29). Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής παρουσίασε μέση τιμή πολύ υψηλότερη για του ασθενείς με ΟΔΠ (m= 42.27) απ' ότι για ασθενείς χωρίς (m= 15.69), F(1, 42) = 134.02, p < 0.001. Προέκυψε επιπλέον μια ισχυρή συσχέτιση της BPDSI με τον αριθμό κριτηρίων ΟΔΠ του SCID-II (r= .91, p < .001). Η συσχέτιση της BPDSI με τον αριθμό των ΟΔΠ κριτηρίων στους 15 ασθενείς με ΟΔΠ του δείγματος ήταν 0.70 , γεγονός που υποδεικνύει ότι παρότι σχετίζεται με τον αριθμό των ΟΔΠ χαρακτηριστικών, παρέχει και κάποιες μοναδικές πληροφορίες. Από την άλλη,

αρνητική ήταν η συσχέτιση μεταξύ BPDSI και του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων, ενώ υπήρξε θετική συσχέτιση της BPDSI με τα BPD checklist και BPD assumption questionnaire. Φάνηκε πως το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρέασαν τις συσχετίσεις αυτές. Επιπροσθέτως, σημειώθηκε μια σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ BPDSI και αυτοεκτίμησης, μετά από διόρθωση για το μορφωτικό επίπεδο. Ευρύτερα, βάσει των συσχετίσεων με τις υπόλοιπες μεταβλητές συνεπάγεται μια καλή εγκυρότητα.

Εν συνεχεία, ακολούθησε η δεύτερη μελέτη (Study 2) στα πλαίσια της πρώτης στάθμισης του εργαλείου, η οποία αναθεωρήθηκε και βελτιώθηκε από τους ερευνητές, βάσει των αποτελεσμάτων της πρώτης. Το δείγμα στην προκειμένη αποτελείτο από 64 ασθενείς με ΟΔΠ και 23 με διαταραχή προσωπικότητας του Cluster C από 6 δομές ψυχικής υγείας, χωρίς όμως να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη με την προγενέστερη έρευνα. Επίσης, 20 άτομα μη κλινικού πληθυσμού, μεταξύ 18-65 ετών, προσεγγίστηκαν μέσω διαφημίσεων και εφημερίδων, στις πόλεις Μάαστριχτ και Άμστερνταμ. Ως κριτήρια αποκλεισμού τέθηκαν η διάγνωση διπολικής διαταραχής, ενεργός ψύχωση, νοητική υστέρηση και κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες. Η επιλογή των ατόμων έγινε με βάσει τα στοιχεία που παρείχαν τα SCID I και II, ενώ τα αντίστοιχα κριτήρια έπρεπε να πληρούνται για ΟΔΠ και διαταραχές προσωπικότητες.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η BPDSI (έκδοση 3 μηνών), το SCID-I για τον εντοπισμό διαταραχών στον Άξονα I , SCID-II για τον Άξονα-II των DSM-III-R και DSM-IV και SCL-90 για γενικά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (Cronbach's a = .97), Ακόμη, το Defensive Style Questionnaire (DSQ) (ανώριμες, Cronbach's a= 0.86, νευρωτικές, Cronbach's a= 0.85 και ώριμες άμυνες, Cronbach's a= 0.76), η Κλίμακα 11 στοιχείων για τη συχνότητα συμπτωμάτων (μείωση ασσυμετρίας κατανομής των σκορ), Κλίμακες Likert 5 βαθμών (ερωτήσεις ταυτότητας), Personality Disorder Beliefs Questionnaire (PBDQ) (Cronbach's a = .88-.97) ήταν τα λοιπά εργαλεία. Η αυτοαναφερόμενη σοβαρότητα συμπτωμάτων ΟΔΠ, η αυτοεκτίμηση και οι ασυμφωνία εαυτού-άλλων και εαυτού-ιδεατού μετρήθηκαν όπως στην πρώτη έρευνα. Αρχικά, πέντε εκπαιδευμένοι εξεταστές χορήγησαν τα εργαλεία, και εν συνεχεία ένας τυφλός στις διαγνώσεις βαθμολόγησε 50 ηχογραφημένες συνεντεύξεις. Επαναληπτικές μετρήσεις έλαβαν χώρα εντός τριών (35 ασθενείς με ΟΔΠ) και έπειτα 6 μηνών (28 με ΟΔΠ). Παράλληλα με τη διαδικασία αυτή, οι ασθενείς βρίσκονταν σε ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ή θεραπεία σχημάτων. Εκ των ψυχομετρικών ιδιοτήτων αξιολογήθηκαν η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών, η εσωτερική

εγκυρότητα, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, η συγχρονική εγκυρότητα και η εγκυρότητα διαχωρισμού/απόκλισης. Επιπροσθέτως, παρότι δεν πρόκειται για διαγνωστικό εργαλείο, έγινε αξιολόγηση των κλινικών νορμών, της ευαισθησίας και ακρίβειας του εργαλείου όπως και ικανότητάς του να εντοπίζει μείωση της ΟΔΠ παθολογίας χάρη στη θεραπεία,.

Αναφορικά με την εγκυρότητα, οι συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών που αναμένονταν, ήταν αντίστοιχες με την πρώτη έρευνα. Τα αποτελέσματα της μελέτης όπως αυτά προέκυψαν από τις αναλύσεις, ήταν τα εξής: Σχετικά με την αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών οι ICCs ήταν γενικά πολύ υψηλοί. Η διάμεση τιμή ICC για το κάθε στοιχείο ήταν .92 (εύρος = .52- 1.00). Τα σκορ των 9 κριτηρίων είχαν πολύ υψηλή αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών (διάμεσος= .93; εύρος .80- .99), όπως είχε και του συνολικού σκορ (ICC = .97).

Επίσης πολύ καλή αποδείχθηκε η εσωτερική εγκυρότητα για το συνολικό σκορ (Cronbach's a σε όλο το δείγμα = 0.93; Στην υποκλίμακα ΟΔΠ = 0.82). Στο συνολικό δείγμα, οι διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείου-συνόλου είχαν εύρος από .07 έως .78. Οι τιμές για τις διορθωμένες συσχετίσεις στοιχείου-συνόλου είχαν εσωτερική συνέπεια και εκφράστηκαν με το Cronbach's a.

Εν συνεχεία, ως προς την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων για 35 ΟΔΠ ασθενείς, 3 μήνες μετά την πρώτη αξιολόγηση (δηλαδή 3 μήνες σε θεραπεία), δε σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές σε επίπεδα κριτηρίων και συνόλου. Το μέσο σκορ της πρώτης αξιολόγησης ήταν 28.81 και δεύτερης, 28.22 ($t(34) = 0.43$, $p = 0.67$). Η συσχέτιση test-retest για το συνολικό σκορ ήταν .72 και για τα κριτήρια ποίκιλε από 0.20 έως 0.69. Έπειτα, έλαβε χώρα αξιολόγηση 28 ΟΔΠ ασθενών, 3 μήνες μετά τη δεύτερη αξιολόγηση (6 μήνες θεραπείας). Το μέσο συνολικό σκορ μειώθηκε από 26.95 σε 24.28, $t(27) = 1.83$, $p = 0.08$. Το σκορ της BPDSI μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια των 6 μηνών θεραπείας $t(27) = 2.17$, $p < 0.05$. Η συσχέτιση test-retest από 0 ως 6 μήνες ήταν 0.72.

Για την εγκυρότητα απόκλισης προέκυψαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στο BPDSI για την ομάδα ΟΔΠ απ' ότι για τους ασθενείς Cluster C, με μέσα σκορ 30.58 και 6.95 αντίστοιχα, t(78.58, ξεχωριστοί υπολογισμοί διακύμανσης) = 15.36, $p < 0.001$; Από την άλλη, για τη μη ψυχιατρική ομάδα ελέγχου προέκυψε μέση τιμή= 3.21, t(63.65, ξεχωριστοί υπολογισμοί διακύμανσης) = 16.27, $p < 0.001$. Όλα τα σκορ κριτηρίων διέφεραν μεταξύ ΟΔΠ και των 2 ομάδων ελέγχου (εξαίρεση 4 στοιχεία).

Συγχρονική εγκυρότητα και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής στο δείγμα

ασθενών, το συνολικό σκορ BPDSI συσχετίστηκε σημαντικά με τις εξής μεταβλητές : έναν αριθμό κριτηρίων του SCID-II για ΟΔΠ ($r = 0.88$, $p < 0.001$), με το BPD-symptom checklist ($r = 0.85$, $p < 0.001$), με το SCL-90 ($r = 0.70$, $p < 0.001$), την αυτοεκτίμηση ($r= -0.49$, $p < 0.01$) και με τις ανώριμες άμυνες του DSQ ($r = 0.74$, $p < 0.001$). Επιπλέον, σημαντικές συσχετίσεις φάνηκαν με ασυμφωνία άλλου-εαυτού ($r = 0.33$, $p < 0.05$; αλλά όχι πολύ ισχυρά: επεξηγημένη διακύμανση 10.9%), με ασυμφωνία ιδεατού-εαυτού ($r = 0.53$, $p < 0.01$), και με όλες τις υποκλίμακες PDBQ ($rs = 0.34 - 0.52$, $ps < 0.05$), αλλά ισχυρότερα με την υποκλίμακα BPD ($r = 0.52$, $p < 0.01$). Η συνέντευξη BPDSI δε συσχετίστηκε σημαντικά με τις DSQ νευρωτικές άμυνες, $r= 0.06$, ns, καθώς και με τις DSQ ώριμες άμυνες, $r = -0.11$, ns.

Τέλος, οι κλινικές νόρμες που προέκυψαν, αλλά και η ακρίβεια/ευαισθησία του εργαλείου, υπολογίστηκαν βάσει της φόρμουλας Jacobson και Truax (1991). Ως δυσλειτουργικό cut off (αρχή παθολογίας ΟΔΠ) σκορ τέθηκε το 11.32. Μετά τη διαγραφή την έκτοπων, ανέβηκε στο 15.04. Το λειτουργικό cut off σκορ (αρχή της 'κανονικότητας') αρχικά βρέθηκε 13.24 και μετά τη διαγραφή έκτοπων 9.43. Το σημείο μεταξύ ΟΔΠ και μη ασθενών καθορίστηκε στο 12.58 και έπειτα 11.17. Επιπλέον , αναφορικά με την ακρίβεια και την ευαισθησία, το δυσλειτουργικό cut off σκορ του 15.04 βρέθηκε πως είχε υψηλή ευαισθησία (0.95) και ακρίβεια (0.95). Ως νόρμες τέθηκαν αφενός ότι το σκορ κάτω του 10 έγκειται στο μη παθολογικό εύρος, σκορ μεταξύ 10 και 15 είναι στο μεταίχμιο μεταξύ ΟΔΠ και 'κανονικότητας', ενώ σκορ πάνω από 15 υποδεικνύουν παθολογία ΟΔΠ (Arntz et al., 2003).

Η στάθμιση της τέταρτης και πιο πρόσφατης έκδοσης της BPDSI (Giesen-Bloo et al., 2010) αποσκοπούσε στον έλεγχο των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του εργαλείου, ενώ παράλληλα αξιολογήθηκε και η παραγοντική δομή. Φάνηκε πως η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών, η εσωτερική εγκυρότητα, η εγκυρότητα διαχωρισμού/απόκλισης, η συγχρονική και εννοιολογικής κατασκευής, ήταν πολύ ικανοποιητικές. Προέκυψαν επίσης κλινικές νόρμες με υψηλή ακρίβεια και ευαισθησία. Πιο συγκεκριμένα, η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών ήταν υψηλή, μέτρια προς υψηλή ήταν η εσωτερική εγκυρότητα και πολύ καλές αποδείχθηκαν η συγχρονική εγκυρότητα, η εγκυρότητα διαχωρισμού και η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Σκοπός της διατύπωσης κλινικών νορμών, ακρίβειας και ευαισθησίας ήταν η χρήση τους σε κλινικό πλαίσιο, αλλά και στο χώρο της έρευνας θεραπευτικού αποτελέσματος. Η δυνατότητα της συνέντευξης να αξιολογεί τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε διάστημα τριών μηνών, ενισχύει την πρόοδο προς αυτή την κατεύθυνση. Οι

επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων βάσει κριτηρίων του DSM-IV, υποστήριξαν ένα μονοπαραγοντικό και ένα μοντέλο 9 παραγόντων (το οποίο υπερτερούσε έναντι 7 άλλων μοντέλων). Συμπερασματικά, αποδείχτηκε πως η BPDSI-IV αποτελεί ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο μπορεί αφενός να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της ΟΔΠ συνολικά και αφετέρου τη σοβαρότητα εκάστου εκ των 9 κριτηρίων (κατά DSM-IV) ξεχωριστά.

Πιο συγκεκριμένα, η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών εκτιμήθηκε με το συντελεστή ενδοσυσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient- ICC) και η εσωτερική εγκυρότητα με Cronbach's a. Για τον έλεγχο της αποκλίνουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκαν T-tests ή Mann-Whitney tests με σχεδιασμένες συγκρίσεις, ενώ συντελεστής συσχέτισης Pearson (partial) για τη συντρέχουσα και την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Κλινικές νόρμες εξήχθησαν από τις φόρμουλες Jacobson και Truax (1991) (όπ. αναφ. στο Giesen-Bloo et al., 2010). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων εκτιμήθηκαν ως προς την ηλικία και μορφωτικό επίπεδο με ANOVA, με χ2 tests για το φύλο, την εργασία, το σύντροφο και τις συνθήκες ζωής. Kruskal-Wallis tests πραγματοποιήθηκαν για τον αριθμό διαγνώσεων του Άξονα-Ι και έναν αριθμό ΟΔΠ χαρακτηριστικών. Mann-Whitney test έγινε για τον αριθμό των διαγνώσεων του Άξονα-ΙΙ χωρίς κύρια διάγνωση.

Τα αναλυτικά ευρήματα της μελέτης, έδειξαν ότι μεταξύ των τεσσάρων ομάδων υπήρχαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, το φύλο, την εργασιακή κατάσταση, τις συνθήκες διαβίωσης, ως προς τα νούμερα αποτελεσμάτων για διαταραχές του Άξονα Ι και ως προς κάποιες επιπρόσθετες διαταραχές προσωπικότητας. Επιπροσθέτως, φάνηκε βάσει των αποτελεσμάτων, ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ είχαν υψηλότερα σκορς (σημαντικότερα στατιστικά νούμερα) απ'ότι οι ασθενείς με διαταραχές του Άξονα Ι, σε σύγκριση με ασθενείς του Άξονα Ι ($p = .003$) και με διαταραχή προσωπικότητας του Cluster C ($p < .001$). Οι αναλύσεις των αντίστοιχων μεταβλητών διορθώθηκαν τόσο ως προς το συνολικό δείγμα όσο και μεταξύ των ομάδων.

Αναφορικά με την αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών, τα σκορ των ICC's για το σύνολο της BPDSI-IV και την κάθε υποκλίμακα, ήταν άριστα (0.98–1.00). Για το κάθε στοιχείο του εργαλείου, οι ICC's είχαν εύρος από 0.75 έως και 1.00 (διάμεση τιμή 1.00), ενώ για πέντε ερωτήσεις ο ICC δε μπορούσε να υπολογιστεί, λόγω έλλειψης διακύμανσης.

Η εσωτερική εγκυρότητα αποδείχθηκε πολύ υψηλή για το συνολικό σκορ του

BPDSI-IV (a = 0.96) και υψηλή για την ομάδα των ΟΔΠ ασθενών (a = 0.85). Στο συνολικό γκρουπ, η εσωτερική εγκυρότητα των υποκλιμάκων ποίκιλε από μέτρια σε υψηλή (π.χ. αυτοκαταστροφική παρορμητικότητα α= .67, συναισθηματική αστάθεια= .93). Συσχετίσεις στοιχείου και συνολικού σκορ είχαν εύρος από 0 έως 0.88 (διάμεσος= 0.48).

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς για την εγκυρότητα απόκλισης/διαχωρισμού, η ομάδα ΟΔΠ σκόραρε σημαντικά υψηλότερα από τις ομάδες ελέγχου. Για 4 στοιχεία δεν παρουσιάστηκε διαφορά για τους ΟΔΠ σε σχέση με άλλους ασθενείς και μη, καθώς και άλλα 6 στοιχεία δε μπόρεσαν να διαφοροποιήσουν ΟΔΠ από Cluster-C ασθενείς, ενώ ακόμα 6 δεν υπέδειξαν διαφορές με ασθενείς του Άξονα-Ι. Οι προβληματικές ερωτήσεις αφορούσαν κυρίως τα κριτήρια 'ασταθείς σχέσεις', 'αυτοκαταστροφική παρορμητικότητα' και '(παρα)αυτοκτονική συμπεριφορά', είχαν πολύ χαμηλή συχνότητα στους συμμετέχοντες με ΟΔΠ και αναφέρονταν σε ακραίες συμπεριφορές.

Εκτιμήθηκαν επιπλέον, η συγχρονική εγκυρότητα και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής της συνέντευξης. Η BPDSI-IV φάνηκε πως συσχετίζεται ισχυρά, ακόμα και μετά από τη διόρθωση, με τις μεταβλητές που αναμενόταν. Οι αρχικά σημαντικές συσχετίσεις που σημειώθηκαν με τις κλίμακες 'self-other discrepancy' και DSQ-48 ώριμες άμυνες, εξαφανίστηκαν μετά από διόρθωση για την ηλικία, το φύλο, την εργασιακή κατάσταση, τις συνθήκες ζωής και αριθμό διαγνώσεων των Αξόνων-Ι και ΙΙ. Η συσχέτιση της BPDSI-IV με νευρωτικές άμυνες του DSQ ήταν αμελητέα. Φάνηκαν επίσης οι αναμενόμενες συσχετίσεις για το γκρουπ συμμετεχόντων με ΟΔΠ, εκτός από τις ανώριμες άμυνες ($p < .10$).

Επιπροσθέτως, διερευνήθηκαν οι κλινικές νόρμες και η ακρίβεια/ευαισθησία της BPDSI-IV. Το δυσλειτουργικό cut off σκορ (2 SD κάτω από το μ.ο. του ΟΔΠ γκρουπ; Jacobson and Truax, 1991) ήταν 14.93. Το λειτουργικό cut off σκορ (2 SD πάνω από το μέσο των μη ασθενών) ήταν 4.12. Ως σημείο αναφοράς μεταξύ ασθενών με ΟΔΠ και μη ασθενών προέκυψε το 5.66. Το δυσλειτουργικό cut off σκορ είχε υψηλή ευαισθησία (0.97; 105/108 ασθενείς ΟΔΠ ταξινομήθηκαν σωστά) και ακρίβεια (1; 76/76 μη ασθενείς ταξινομήθηκαν σωστά). Ως προς το λειτουργικό cut off σκορ, η ευαισθησία ήταν 1 (108/108) και η ακρίβεια 0.95 (72/76). Σημείο αναφοράς για ΟΔΠ και Cluster-C και Άξονα-Ι το 19.22. Για κλινικό cut off σκορ ανάκαμψης από ΟΔΠ προτείνεται το 15, και το 19 ως κριτήριο συμπερίληψης για κλινικές δοκιμές θεραπείας ΟΔΠ.

Σχετικά με τη διαστατική δομή της συνέντευξης, το AIC (Akakie Information

Criterion) του μοντέλου που βασίζεται στις υποκλίμακες της BPDSI-IV (‘all-factor models’) ήταν σημαντικά καλύτερο απ’ ότι των προτεινόμενων μοντέλων με έναν ή πολλαπλούς παράγοντες (όλα $p < .001$). Τα AIC’s υποδεικνύουν ότι οι πληροφορίες που προκύπτουν από τη χρήση του all-factor μοντέλου έναντι μοντέλων 3 ή 4 παραγόντων, είναι συγκριτικά πιο αξιοσημείωτες.

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στη ψυχομετρική ιδιότητα της αξιοπιστίας μεταξύ εξεταστών ή βαθμολογητών, στην οποία επικεντρώνεται η συγκεκριμένη έρευνα. Η ιδιότητα αυτή ορίζεται ως ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί από τους βαθμολογητές (McHugh, 2012) ή ως η σχετική συνέπεια μεταξύ βαθμολογιών που παρέχονται από πολλαπλούς κριτές για πολλαπλούς στόχους (Bliese, 2000; Kozlowski & Hattrup, 1992; LeBreton, Burgess, Kaiser, Atchley, & James, 2003, όπ. αναφ. στο LeBreton & Senter, 2008). Οι υπολογισμοί αυτοί χρησιμοποιούνται για να διαπιστωθεί κατά πόσο οι κριτές βαθμολογούν με τρόπο σχετικά συνεπή με τους υπόλοιπους. Το κύριο ενδιαφέρον εδώ δεν είναι η ισότητα των σκορ, αλλά η ισότητα μεταξύ σχετικών μετρήσεων/βαθμολογήσεων (LeBreton, & Senter 2008).

Μία σύντομη λίστα των τρόπων υπολογισμού της αξιοπιστίας μεταξύ εξεταστών που παραθέτει η McHugh (2012) είναι : η συμφωνία ποσοστών, το Cohen’s kappa (για 2 κριτές), το Fleiss kappa (προσαρμογή του Cohen’s kappa για 3 ή παραπάνω βαθμολογητές), ο contingency coefficient, τα Pearson r και Spearman Rho, ο intraclass correlation coefficient (ICC), ο concordance correlation coefficient, και το Krippendorff’s alpha (χρήσιμο όταν υπάρχουν πολλαπλοί κριτές και πολλαπλές μετρήσεις). Αξίζει να σημειωθεί πως συχνά, η χρήση συντελεστών συσχέτισης όπως το r του Pearson ίσως να μην αποδίδει επαρκώς το βαθμό συμφωνίας μεταξύ βαθμολογητών, γεγονός που καταλήγει είτε σε έντονη υπερεκτίμηση είτε σε υποτίμηση του αληθινού επιπέδου συμφωνίας μεταξύ βαθμολογιών (McHugh, 2012). Συνεπώς, ο τρόπος υπολογισμού οφείλει να αντιστοιχεί στα δεδομένα και να επιλέγεται με προσοχή.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Η μετάφραση και προσαρμογή της κλίμακας BPDSI-IV στην ελληνική γλώσσα

πραγματοποιήθηκε από τους Μαλογιάννη Ιωάννη, Ζαχαροπούλου Χριστίνα, Καράμπελα Κατερίνα, Παπανικολάου Νεφέλη και Τζινιέρη - Κοκκώση Μαρία (2014). Χρησιμοποιήθηκε η Ολλανδική έκδοση (BPDSI-IV), σταθμισμένη από τους Arnoud Arntz & Josephine Giesen-Bloo (1999) στο τμήμα Κλινικής Ψυχολογικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου του Μάαστριχτ.

Πρόκειται για μια ποσοτική, δειγματοληπτική έρευνα, με μη τυχαία δειγματοληψία. Πιο συγκεκριμένα διεξάγεται έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, η λεγόμενη στάθμιση του εργαλείου (ψυχομετρική έρευνα). Η μελέτη της στάθμισης έχει ως στόχο τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του Δείκτη Β.Ο.Δ.Π., και συγκεκριμένα στην 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), της αξιοπιστίας μεταξύ των κριτών (interrater reliability), και της ευαισθησίας στην αποτύπωση τυχόν αλλαγών λόγω της ψυχοθεραπείας (sensitivity to change, ευαισθησία στην αλλαγή). Η παρούσα έρευνα η οποία αποτελεί μέρος της στάθμισης, μελετά κυρίως την αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και δίνει έμφαση στο συγκεκριμένο τύπο αξιοπιστίας, διερευνώντας τυχόν αποκλίσεις μεταξύ των εκάστοτε δύο εξεταστών.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στην παρούσα έρευνα, όπως προαναφέρθηκε, μελετάται η αξιοπιστία μεταξύ κριτών (interrater reliability), ως επιμέρους ερώτημα (διπλωματική εργασία) της ευρύτερης διαδικασίας στάθμισης.

Τα λοιπά ερωτήματα αφορούν στη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του Δείκτη Β.Ο.Δ.Π., και συγκεκριμένα στην εκτίμηση της συγκλίνουσας και 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) και της ευαισθησίας στην αποτύπωση τυχόν αλλαγών λόγω της ψυχοθεραπείας (sensitivity to change, ευαισθησία στην αλλαγή).

Η βασική ερευνητική υπόθεση είναι πως οι συμμετέχοντες εκ του δείγματος που ανήκουν στην ομάδα με ΟΔΠ, θα σκοράρουν υψηλότερα τόσο συνολικά όσο και ως προς έκαστο κριτήριο στην συνέντευξη BPDSI-IV, από ότι οι ασθενείς του Άξονα Ι βάσει των διαγνώσεών τους από το SCID-5. Επιπλέον, αναμένεται ίσως αρνητική

συσχέτιση του εργαλείου με άλλα όπως π.χ. η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg και το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,WHOQOL-BREF, ενώ στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση αναμένεται με εργαλεία όπως το BPD checklist, δηλαδή τη λίστα ελέγχου συμπτωμάτων της ΟΔΠ και το BSI 53. Ως προς το Ερωτηματολόγιο για τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ "Defense Style Questionnaire (DSQ-40), αναμένεται αρνητική συσχέτιση με τους ώριμους και ίσως νευρωτικούς μηχανισμούς άμυνας, ενώ θετική συσχέτιση με τους ανώριμους μηχανισμούς.

2.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Αρχικά, οι ενήλικες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ενημερώθηκαν γραπτά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και δήλωσαν ενυπόγραφα την επιθυμία για συμμετοχή τους σε αυτήν. Στη συνέχεια, τους δόθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και τα ερωτηματολόγια που παρατίθενται παρακάτω. Η χορήγηση των εργαλείων έγινε στο Νευροψυχολογικό Τμήμα του νοσοκομείου, από ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους και την ερευνήτρια. Οι συμμετέχοντες προσέρχονταν μετά από συνεννόηση με τις ερευνήτριες, είτε στα πλαίσια της ψυχολογικής τους αξιολόγησης, είτε αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας. Αφού τους δίνονταν οδηγίες και διευκρινήσεις σχετικά με τη συνέντευξη, εξοικειώνταν με την κλίμακα βαθμολόγησης βάσει της οποίας έπρεπε να απαντούν. Η εκφώνηση των ερωτήσεων γινόταν από την ερευνήτρια, ενώ πάντα ήταν παρόν και ένας δεύτερος βαθμολογητής. Κατά μέσο όρο, η χορήγηση της BPDSI-IV διαρκούσε από 45 λεπτά το λιγότερο έως και 60 λεπτά το μέγιστο. Η διαδικασία αυτή έλαβε χώρα τόσο για την ομάδα συμμετεχόντων με ΟΔΠ, όσο και για την ομάδα ελέγχου, στην οποία χορηγήθηκε το υπό μελέτη εργαλείο, αλλά και η κλίμακα BSI 53. Έπειτα από την ολοκλήρωση της παραπάνω διαδικασίας, η ψυχολόγος βαθμολόγησε τα εργαλεία σύμφωνα με τον τρόπο που οφείλουν να βαθμολογούνται. Στη συνέχεια, αφού τα δεδομένα καταχωρήθηκαν αναλυτικά, επόμενο βήμα ήταν η στατιστική επεξεργασία τους, ώστε να προκύψουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα μελετήθηκαν διεξοδικά, και ακολούθως, η ερευνήτρια προχώρησε στη συγγραφή της έρευνας, στο συνδυασμό των ευρημάτων με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία και το σχολιασμό τους.

2.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την παραγωγή των αποτελεσμάτων έλαβε χώρα στατιστική ανάλυση των δεδομένων με το στατιστικό πακέτο SPSS 25. Πιο συγκεκριμένα, οι διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν ήταν οι εξής: η εσωτερική εγκυρότητα της συνέντευξης αποδόθηκε με Cronbach's alpha και η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών μετρήθηκε με Intraclass Correlation Coefficient (ICC). Για να διερευνηθεί το normality test των ερωτηματολογίων, δηλαδή ο τρόπος κατανομής των δεδομένων στα τεστ, έγινε One-Sample Kolmogorov-Smirnov test. Εν συνεχεία, προκειμένου να προκύψουν συσχετίσεις με τα υπόλοιπα εργαλεία, έγιναν Pearson correlations ως προς τα κριτήρια του εργαλείου, αλλά και ως προς το συνολικό σκορ. Pearson correlations ακόμα, πραγματοποιήθηκαν βάσει διαχωρισμού του δείγματος ανά ηλικιακές ομάδες. Ακολούθως, έγινε One Way ANOVA (η λεγόμενη μονόδρομη ανάλυση της διακύμανσης) μεταξύ της BPDSI-IV και του SCID-5, αλλά και LSD test προκειμένου να συγκριθούν οι μ.ο. των σκορ στην BPDSI-IV μεταξύ συμμετεχόντων με μία και με περισσότερες (έως και 5) διαγνώσεις στο SCID-5. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν T-tests για να συγκριθεί η ομάδα με ΟΔΠ με την ομάδα με διαταραχές του Άξονα I (ομάδα ελέγχου), γκρουπ τα οποία έχουν και τα δύο κλινικά χαρακτηριστικά.

2.5 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 32 ασθενείς με διάγνωση οριακής διαταραχή προσωπικότητας σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο SCID-5 PD που προσήλθαν για θεραπεία στη Μονάδα διαταραχών προσωπικότητας ή στο Τμήμα Ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Επίσης, συμμετείχαν 32 ψυχιατρικοί ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις του Άξονα II (εκτός της οριακής διαταραχής) ή με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές στον Άξονα I, οι οποίοι παρακολουθούνται σε διάφορα τμήματα και εξωτερικά ιατρεία του Αιγινητείου Νοσοκομείου (n=64). Τα κριτήρια βάσει των οποίων επιλέχθηκαν τα παραπάνω άτομα, ήταν για την πρώτη ομάδα η διάγνωση ΟΔΠ κατά το SCID-5, και για τη δεύτερη ομάδα, απαιτούνταν ποικίλες διαγνώσεις του Άξονα II (εκτός της οριακής διαταραχής) ή με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές στον Άξονα I. Ως κριτήρια αποκλεισμού των συμμετεχόντων, τέθηκαν οι ηλικίες κάτω των 18 και άνω των 60, διάγνωση διαταραχής του φάσματος της σχιζοφρένειας και διπολικής διαταραχής.

2.6 ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Τα ερωτηματολόγια τα οποία χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν τα εξής: Ο δείκτης Β.Ο.Δ.Π. (BPDSI-IV), το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας BSI 53, το ερωτηματολόγιο Αμυντικών Μηχανισμών DSQ-40, το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας,WHOQOL-BREF, το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg και ο κατάλογος συμπτωμάτων για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder Checklist). Όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη έχουν διαγνωστεί με τη συνέντευξη MINI και SCID-5 PD του DSM V.

Η αναλυτική περιγραφή εκάστου εργαλείου είναι απαραίτητη, προκειμένου να γίνει κατανοητή η διαδικασία και ο σχεδιασμός της έρευνας. Έτσι, παρακάτω παρατίθενται τα βασικά χαρακτηριστικά κάθε κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε. Ξεκινώντας από το βασικό για τη μελέτη εργαλείο, ο δείκτης Β.Ο.Δ.Π. (BPDSI-IV), είναι μια ημιδομημένη συνέντευξη, βασισμένη στα κριτήρια του DMS-IV για την ΟΔΠ και αναδεικνύει έναν ποσοτικό δείκτη της τρέχουσας σοβαρότητας και συχνότητας των εκδηλώσεων της διαταραχής αυτής. Η συνέντευξη καλύπτει μια περίοδο τριών μηνών και επίσης χρησιμοποιείται και ως μέτρο της έκβασης της θεραπείας. Η BPDSI-IV αποτελείται από 70 στοιχεία, χωρισμένα μεταξύ 9 κριτηρίων, με την ίδια σειρά όπως στο DSM-IV. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε μια 10-βαθμη κλίμακα, από το 0 (ποτέ) έως το 10 (καθημερινά). Η διαταραχή της ταυτότητας (3) αποτελεί εξαίρεση, καθώς αφορά μια σταθερή αίσθηση του εαυτού μέσα στο χρόνο, παρά ένα σύμπτωμα που μπορεί να ποσοτικοποιηθεί. Επομένως, οι ερωτήσεις της διαταραχής ταυτότητας βαθμολογούνται με μια κλίμακα από το 0 (απουσία ένδειξης διαταραχής ταυτότητας) μέχρι το 4 (κυρίαρχο, ξεκάθαρο και καλά καθορισμένο ότι δε γνωρίζει ποιος/α είναι). Έπειτα, το μέσο σκορ πολλαπλασιάζεται με το 2.5. Το γενικό σκορ είναι το σύνολο των μέσων όρων των 9 κριτηρίων (εύρος: 0-90). Ο δείκτης, αλλά και τα κριτήρια ξεχωριστά, παρουσιάζουν επαρκή αξιοπιστία, όπως και ικανοποιητική εγκυρότητα απόκλισης, συντρέχουσα και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής για παρόμοιες ομάδες ασθενών και για μη κλινικές ομάδες ελέγχου (Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2010).

Η BPD Checklist (Arntz & Dreessen, 1995), είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 47 στοιχείων, το οποίο φτιάχτηκε για να εκτιμά το υποκειμενικό βάρος/δυσφορία που προκαλείται από τα συμπτώματα ΟΔΠ κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Τα στοιχεία βασίστηκαν στα κριτήρια για ΟΔΠ του DSM-IV, στη

βιβλιογραφία που περιγράφει τις εκδηλώσεις της ΟΔΠ και σε κλινικές παρατηρήσεις. Η αρχική Ολλανδική έκδοση έχει μεταφραστεί στα Αγγλικά, όπως και στα Γερμανικά, τα Φινλανδικά, τα Ισπανικά, τα Σουηδικά και τα Πολωνικά.

Η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg, 1965) είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς και δημιουργήθηκε για τη μέτρηση του επιπέδου της αντιληπτής αυτοεκτίμησης. Αρχικά, η κλίμακα είχε σχεδιαστεί για τη μέτρηση της αυτοεκτίμησης μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Swenson, 2003). Ωστόσο, από την ανάπτυξή της, η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικιλία ομάδων συμπεριλαμβανομένων των ενηλίκων (Miliano, 2012). Αποτελείται από δέκα προτάσεις, από τις οποίες οι πέντε είναι αντίστροφης βαθμολόγησης. Οι προτάσεις αναφέρονται στις ιδιότητες του ατόμου (π.χ. Είμαι ικανός/ή να κάνω να κάνω πράγματα τόσο καλά, όσο και οι άλλοι άνθρωποι) και στα συναισθήματά του (π.χ. Αισθάνομαι ότι αξίζω ως άτομο τουλάχιστον όσο και οι άλλοι άνθρωποι). Η απαντητική κλίμακα είναι η κλίμακα Likert 4 βαθμών, όπου 0=Συμφωνώ απόλυτα και 3=Διαφωνώ απόλυτα. Το συνολικό σκορ υπολογίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δέκα ερωτήσεις. Όσο υψηλότερος είναι ο μέσος όρος, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο αυτοεκτίμησης.

Το Ερωτηματολόγιο WHOQOL–BREF αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αποτελείται από 26 ερωτήσεις και αφορά τη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ΠΖ. Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε μία δομή 4 διαστάσεων : α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες προσφέρουν μια συνολική εκτίμηση της ΠΖ και της κατάστασης της υγείας 10. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλύτερης ΠΖ. Η μετάφραση, η στάθμιση και η πολιτισμική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου για την χορήγηση του στον Ελληνικό πληθυσμό έγινε από την ιατρική σχολή Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο ψυχιατρικό νοσοκομείο υπό την αιγίδα του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (Ginieri–Coccossis, Antonopoulou & Christodoulou, 2001).

Ακόμη, χορηγήθηκε το Ερωτηματολόγιο για τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ “Defense Style Questionnaire (DSQ-40)”, (Andrews et al., 1993). Πρόκειται για τη σύντομη εκδοχή του αρχικού DSQ (Bond et al., 1983) που αποτελούνταν από 88 προτάσεις. Οι μηχανισμοί άμυνας που μελετά το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι 20 στο σύνολό τους: τέσσερις ώριμοι μηχανισμοί άμυνας (χιούμορ, μετουσίωση, προβλέπειν - προσμονή, καταστολή), τέσσερις νευρωτικοί (ακύρωση,

ψευδοαλτρουϊσμός, εξιδανίκευση, σχηματισμός εξ αντιδράσεως) και δώδεκα ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας (προβολή, παθητική επιθετικότητα, εκδραμάτιση, μόνωση, υποτίμηση, αυτιστική ονειροπόληση, άρνηση, μετάθεση, διχοτόμηση, διάσχιση, εκλογίκευση, σωματοποίηση). Οι προτάσεις του DSQ-40 βαθμολογούνται σε μία κλίμακα Likert από το 1 έως το 9. Οχτώ προτάσεις χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των ώριμων μηχανισμών άμυνας (για παράδειγμα: «Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι εποικοδομητικό και δημιουργικό»), οχτώ προτάσεις για τους νευρωτικούς μηχανισμούς άμυνας (όπως: «Προσπαθώ να είμαι καλός με ανθρώπους που δε συμπαθώ»)και δεκαέξι προτάσεις μετράνε τους ανώριμους μηχανισμούς άμυνας (παραδείγματος χάριν: «Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μου αρέσει» ή «Για μένα οι άνθρωποι είναι καλοί ή κακοί»). Για καθεμιά από τις υποκλίμακες υπολογίζεται ξεχωριστά η βαθμολογία. Άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στους ώριμους μηχανισμούς άμυνας κάνουν μεγαλύτερη χρήση αυτής της μη συνειδητής συναισθηματικής ρύθμισης. Το αντίστοιχο ισχύει για τις άλλες δύο υποκλίμακες. Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου έχει φανεί να είναι ικανοποιητική (Andrews et al., 1993).

Επιπλέον, έγινε χρήση του BSI-53, του οποίου ο σκοπός είναι να αναγνωρίζει αυτοαναφερόμενα σχετικά κλινικά ψυχολογικά συμπτώματα σε εφήβους και ενήλικες. Η εννοιολογική οργάνωση του BSI αποτελείται από 53 στοιχεία, τα οποία καλύπτουν 9 διαστάσεις συμπτωμάτων: Σωματοποίηση, Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Εχθρικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοϊκός Ιδεασμός και Ψυχωτισμός, και τρείς καθολικούς/παγκόσμιους δείκτες δυσφορίας: Παγκόσμιος Δείκτης Σοβαρότητας, Δείκτης Δυσφορίας Θετικών Συμπτωμάτων, και Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων. Οι καθολικοί δείκτες μετρούν τρέχοντα ή παρελθόντα επίπεδα συμπτωματολογίας, έντασης συμπτωμάτων και τον αριθμό των αναφερόμενων συμπτωμάτων αντίστοιχα. Αναφορικά με την προέλευση και τη διαδικασία επιλογής του εργαλείου, αυτό αποτελεί μια σύντομη έκδοση του SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977), το οποίο μετρά τις ίδιες διαστάσεις. Τα στοιχεία για κάθε διάσταση του BSI επιλέχθηκαν βάσει της παραγοντικής ανάλυσης του SCL-90-R, με επιλογή των στοιχείων που είχαν την υψηλότερη φόρτιση σε κάθε διάσταση (Derogatis, 1993; Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis & Spencer, 1982).

Επιπροσθέτως, εκτενώς χρησιμοποιήθηκε και το Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan, 1998), το οποίο σχεδιάστηκε ως μια σύντομη δομημένη διαγνωστική συνέντευξη για τις μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές

των DSM-III-R, DSM-IV, DSM V 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. Προς χάριν συντομίας, χρησιμοποιεί λογική της διακλάδωσης (branching tree logic).

Η SCID 5 – PD αποτελεί μια ημιδομημένη συνέντευξη προσωπικότητας για τις διαταραχές προσωπικότητας κατά DSM V : Η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Προσωπικότητας του DSM V (SCID-5-PD) 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 Άλλης 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.

2.7 ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ως προς τα πιθανά θέματα που ενδέχεται να ανακύψουν τα οποία εμπίπτουν στους κώδικες ηθικής και δεοντολογίας, αυτά αφορούν κυρίως το γεγονός ότι στην έρευνα συμμετέχουν άνθρωποι οι οποίοι είναι κατά κύριο λόγο εξωτερικοί (Τμήμα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, Μονάδα Διαταραχών Προσωπικότητας, Εξωτερικό Ιατρείο Συναισθηματικών Διαταραχών), αλλά και νοσηλευόμενοι ασθενείς του Αιγινητείου νοσοκομείου (κλειστό ψυχιατρικό τμήμα). Λαμβάνοντας υπόψιν το

γεγονός αυτό, κρίνεται απαραίτητος ο σεβασμός στην ανωνυμία των συμμετεχόντων και στην προστασία των προσωπικών τους δεδομένων τηρώντας την εχεμύθεια. Επιπλέον, εφόσον πρόκειται για έναν κλινικό πληθυσμό, αρμόζει η αντιμετώπισή του να χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη προσοχή και ευαισθησία. Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα είναι ο τρόπος χορήγησης της συνέντευξης και διατύπωσης των ερωτημάτων της, καθώς διαθέτει τη μορφή ερωτο-απαντήσεων σε πραγματικό χρόνο, με συμμετοχή βαθμολογητή (δεν πρόκειται για εργαλείο αυτοαναφοράς). Ο επαγγελματισμός, η ξεκάθαρη και σωστή διατύπωση με μη προσβλητικό τρόπο είναι βασικά στοιχεία που αντανακλούν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την ιδιαιτερότητα του συμμετέχοντα. Σεβαστή επίσης πρέπει να γίνει η επιθυμία αποχώρησης από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή και χωρίς κυρώσεις. Βάσει όλων των παραπάνω, είναι αναγκαία η απόκτηση άδειας από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψιν τα πνευματικά δικαιώματα των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου, απαιτείται η συμπλήρωση εντύπου συγκατάθεσης από τους ίδιους και απόκτηση άδειας για τη χρήση του για οποιοδήποτε σκοπό.

2.8 ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η δεοντολογική ορθότητα της έρευνας, αλλά και η τήρηση της εχεμύθειας όσον αφορά τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων, παρατίθεται το παρακάτω κείμενο, το οποίο τεκμηριώνει και επιβεβαιώνει το σκοπό αυτό: «*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*».

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βάσει της επεξεργασίας των δεδομένων με το πρόγραμμα SPSS 25 και μετά από τη διεκπεραίωση των σχετικών στατιστικών διαδικασιών, προέκυψαν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί ότι λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, τα στοιχεία που παρήχθησαν αποτελούν προκαταρκτικά ευρήματα. Σε αυτό το πλαίσιο, δεν προέκυψαν αξιοποιήσιμα στοιχεία από την confirmatory factor analysis που επιχειρήθηκε, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι τα αποτελέσματα αυτά δεν είναι τελικά, αλλά μπορούν κάλλιστα να εξελιχθούν με μια μεταγενέστερη αύξηση του δείγματος. Ίσως αξίζει, επιπλέον, να γίνει μια σύντομη αναφορά στις δοκιμές κανονικότητας (normality test) που έγιναν, και συγκεκριμένα στο One-Sample Kolmogorov-Smirnov test, το οποίο έδειξε ότι τα περισσότερα ερωτηματολόγια παρουσιάζουν κανονική κατανομή των δεδομένων (normal distribution) και για τους 2 εξεταστές. Προκύπτει λοιπόν ότι το δείγμα έχει κανονική κατανομή και ότι τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν για τις συσχετίσεις ήταν παραμετρικά.

3.1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Η συνέντευξη BPSDI-IV παρουσίασε μια πολύ υψηλή εσωτερική εγκυρότητα, με Cronbach's a= 0.99 για το συνολικό σκορ, στοιχείο το οποίο είναι ιδιαιτέρως σημαντικό καθώς αποδεικνύει την σχεδόν άριστη εγκυρότητα του εργαλείου.

3.2 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΤΩΝ

Αρχικά, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως μεταξύ των μέσων όρων των δύο βαθμολογητών ή εξεταστών (Rater1, Rater2) το τυπικό σφάλμα ήταν μικρό και η τυπική απόκλιση χαμηλή, γεγονός που συνηγορεί υπέρ της ομοιομορφίας του τρόπου βαθμολόγησης και της λειτουργικότητας του εργαλείου κάθε αυτού.

Η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών μετρήθηκε με Intraclass Correlation Coefficient, που παρουσίασε πολύ ικανοποιητικές τιμές (0.98-0.99), τόσο για το συνολικό σκορ του εργαλείου όσο και για τα επιμέρους κριτήρια. Το σχετικό F test υποδεικνύει έναν υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και οι εξαιρετικές τιμές του ICC υποδεικνύουν πως ο τρόπος χορήγησης και βαθμολόγησης της συνέντευξης από τους εξεταστές είναι πολύ συνεπής και παράγει έγκυρα αποτελέσματα.

3.3 ΣΥΝΤΡΕΧΟΥΣΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ

Όπως προαναφέρθηκε, οφείλει να υπογραμμιστεί και για την εξέταση αυτών των ιδιοτήτων του εργαλείου, ότι τα ευρήματα που προέκυψαν λόγω του μεγέθους του δείγματος, δεν μπορούν να γενικευτούν, αλλά αποτελούν μια αρχική απόπειρα διερεύνησης. Πραγματοποιήθηκαν Pearson correlations με τα λοιπά ερωτηματολόγια (Πίνακας 1) και οι συσχετίσεις όπως φάνηκε είναι ενδιαφέρουσες και προσεγγίζουν αρκετά τις ερευνητικές υποθέσεις.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά το DSQ-40, όπως αναμενόταν και από τις υποθέσεις της έρευνας υπήρξαν αρνητικές συσχετίσεις με τους ώριμους μηχανισμούς άμυνας, κυρίως μη σημαντικές στατιστικά συσχετίσεις με τους νευρωτικούς και θετικές συσχετίσεις με τους ανώριμους μηχανισμούς. Ευρύτερα παρατηρήθηκαν περισσότερες σχετικά ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του εργαλείου είτε με το γενικό σκορ της BPDSI-IV, είτε με τα εκάστοτε κριτήρια. Φαίνεται πως τα 2 εργαλεία συμβαδίζουν σε ένα ικανοποιητικό βαθμό.

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο WHOQOL–BREF, το οποίο εξετάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών του δείγματος, αν και οι συσχετίσεις μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών δεν είναι ιδιαιτέρως στατιστικά σημαντικές, υποδεικνύουν μια αρνητική σχέση με την κλίμακα BPDSI-IV, όπως ακριβώς είχε υποτεθεί αρχικά. Όσο πιο ικανοποιητικές είναι λοιπόν οι συνθήκες ζωής του ατόμου, τόσο χαμηλότερα τείνει να σκοράρει στην υπό μελέτη συνέντευξη.

Εν συνεχεία, θετικές και στατιστικά σημαντικές ήταν οι συσχετίσεις της BPDSI-IV (συνολικά) με το SCL-90-R. Παρατηρήθηκε ευρύτερη σύμπνοια των δύο ερωτηματολογίων τόσο μεταξύ των κριτηρίων όσο και μεταξύ των γενικών σκορ. Οι συσχετίσεις που προέκυψαν ως προς τα επιμέρους συνολικά σκορ του SCL-90-R όπως αυτά διαχωρίζονται συγκεκριμένα σε γενικό δείκτη συμπτωμάτων, σύνολο θετικών συμπτωμάτων, σύνολο συμπτωμάτων και δείκτη ενόχλησης από θετικά συμπτώματα (βλ. Πίνακα 1), αποδείχθηκαν αξιοσημείωτες.

Ως προς το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg, επιβεβαιώθηκε εν μέρει και σε αυτή την περίπτωση η ερευνητική υπόθεση περί αυτού, η οποία υποστήριζε αρνητική συσχέτιση των δύο εργαλείων. Αν και η συσχέτιση αυτή δεν ήταν αρκετά σημαντική στατιστικά, φαίνεται πως το εύρημα κινείται προς αυτή την κατεύθυνση.

Ακολούθως, το BSI-53 παρουσίασε ικανοποιητικές θετικές συσχετίσεις ως

προς πολλά κριτήρια, αλλά και ως προς το συνολικό σκορ της BPDSI-IV. Οι τιμές των συσχετίσεων όπως προέκυψε από τον διαχωρισμό των γενικών σκορ στην προκειμένη (βλ. Πίνακα 1), αποδεικνύει για ακόμα μια φορά ότι η υπόθεση αναφορικά με αυτή την κλίμακα, αν και πιλοτικά, επιβεβαιώνεται.

Τέλος, ίσως οι στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις που προέκυψαν μεταξύ των συνολικών σκορ της BPD checklist και της BPDSI-IV να μην δημιουργούν έκπληξη λόγω του κοινού αντικειμένου των δύο ερωτηματολογίων, αλλά δεν παύουν να αποτελούν ισχυρές συσχετίσεις που στηρίζουν την σχετική υπόθεση.

Επιπροσθέτως, Pearson correlations μεταξύ της BPDSI-IV και των λοιπών εργαλείων πραγματοποιήθηκαν και βάσει διαχωρισμού του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες (Πίνακας 2). Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία αυτά σε σχέση με το συγκεκριμένο δημογραφικό χαρακτηριστικό, καθώς αν και οι περισσότερες συσχετίσεις δεν είναι στατιστικά ισχυρές, σε γενικές γραμμές εξακολουθούν να συμφωνούν με τις αρχικές υποθέσεις της μελέτης και υπό αυτή τη συνθήκη. Φάνηκε επίσης, πως περισσότερες και σημαντικότερες ήταν οι συσχετίσεις μεταξύ κάποιων κριτηρίων και όχι του γενικού σκορ των άλλων ερωτηματολογίων σε σχέση με υποκλίμακες της BPSI-IV και σε λίγες περιπτώσεις με τη συνολική βαθμολογία. Ευρύτερα, παρατηρήθηκε μια συνέπεια ως προς την αρνητική συσχέτιση με το WHOQOL–BREF και τη θετική συσχέτιση με το BPD checklist για όλες τις ηλικιακές ομάδες, παρότι οι τιμές δεν είναι ιδιαίτερης βαρύτητας. Ακόμη, ίσως αξίζει να σημειωθεί πως μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, είναι διαφορετικές κάθε φορά οι συσχετίσεις που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη στατιστική σημαντικότητα, γεγονός που ίσως μελλοντικά ως ένα βαθμό (καθώς εμπλέκονται πολυάριθμοι άλλοι παράγοντες) να αποκαλύψουν στοιχεία για την έκφραση της διαταραχής σε διαφορετικές ηλικίες.

Μια ακόμη σημαντική διαδικασία που έλαβε χώρα ήταν η One-Way ANOVA του SCID-5 με τη BPDSI-IV και το συνεπακόλουθο LSD test. Στον έλεγχο ANOVA, στατιστικά σημαντικά αναδείχθηκαν το κριτήριο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ($F_{0,95,4,27}$=2,86, p=0,04) και του γενικού συνόλου μ.ο. ($F_{0,95,4,27}$=4,34, p=0,08). Το LSD test συνέκρινε μετρήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων με μία και περισσότερες διαγνώσεις στο SCID-5 και εξέτασε τις διαφορές των μ.ο. αυτών. Προέκυψε συμπερασματικά πως όσο περισσότερες είναι οι διαγνώσεις για ένα άτομο, τόσο πιο υψηλά σκόραρε ανά κριτήριο και συνολικά στην BPDSI-IV. Η ύπαρξη μίας διάγνωσης έναντι π.χ δύο και ακόμη περισσότερο πέντε διαγνώσεων, εμφανίζει μια αισθητή διαφορά με σημαντικότητα στις τιμές.

Πίνακας 1. Pearson correlations BPDSI-IV με άλλα εργαλεία (συσχετίσεις συνολικών βαθμολογιών)

Εργαλεία	Ασθενείς με ΟΔΠ r με BPDSI-IV
DSQ40	
Mature	-0,125
Neurotic	0,052
Immature	.539**
WHOQOL-BREF	-.416*
QOL Overall	
SCL-90R	
GSI	.612**
PST	.634**
PSDI	.535**
Rosenberg	-0,029
BSI-53	
GSI	.734**
PST	.701**
SUM	.734**
PSDI	.680**
BPD checklist	.770**

*Σημείωση :**ρ<0.05, **ρ<0.01(2tailed)

3.4 ΔΙΑΚΡΙΝΟΥΣΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Αναφορικά με τη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μέσω t-tests μεταξύ της ομάδας με ΟΔΠ και της ομάδας ελέγχου της έρευνας (ασθενείς με διαταραχές του Άξονα Ι), προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως, όπως ακριβώς αναμενόταν, το γκρουπ του Άξονα Ι σκοράρει χαμηλότερα στη BPDSI-IV, τόσο ως προς τους υποπαράγοντές της, όσο και συνολικά. Συγκεκριμένα όσον αφορά το γενικό σκορ του Δ.Β.Ο.Δ.Π., για τον πρώτο βαθμολογητή (R1), ισχύει

ότι t(62)=-6,405, p=0.00 και για το δεύτερο βαθμολογητή t(62)=-6,448, p=0,00. Οι μέσες τιμές των δύο γκρουπ, ανά κριτήριο της συνέντευξης παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, στην ομάδα ελέγχου χορηγήθηκε και το ερωτηματολόγιο BSI 53. Φαίνεται βάσει αποτελεσμάτων των σχετικών αναλύσεων πως και στην προκειμένη περίπτωση υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων και για τους 2 εξεταστές, t(62)=-3,234, p=0,002. Στον Πίνακα 3 παρατίθενται επίσης οι μέσες τιμές και οι t τιμές για κάθε ομάδα, αναφορικά με τις υποκλίμακες του BSI 53. Τα στοιχεία υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ομάδα με διαταραχές του Άξονα I σκοράρει χαμηλότερα στο δοθέν ερωτηματολόγιο από την ομάδα με ΟΔΠ.

Πίνακας 2. Pearson correlations της BPDSI-IV με τα λοιπά εργαλεία (συνολικές βαθμολογίες) βάσει ηλικιακών ομάδων

Εργαλεία	Ασθενείς ΟΔΠ, r με BPDSI-IV			
	17-24	25-33	34-40	41-48
DSQ40				
Mature	0,047	0,083	-0,706	-0,080
Neurotic	0,163	-0,358	-.933*	0,567
Immature	.623*	0,296	0,554	0,562
WHOQOL-BREF				
QOL Overall	-0,462	-.649*	-0,851	-.991**
SCL-90R				
GSI	0,286	0,434	.905*	0,723
PST	0,253	0,463	0,861	0,781
PSDI	0,236	0,280	.972**	0,048
Rosenberg	0,077	-0,082	0,594	-0,581
BSI-53				
GSI	.648*	0,523	.897*	0,907
PST	0,485	0,492	0,846	0,866
SUM	.648*	0,523	.897*	0,907
PSDI	.624*	0,428	.942*	0,850
BPD checklist	.720**	0,542	.916*	.989*

*Σημείωση :**ρ<0.05, **ρ<0.01(2tailed)

Πίνακας 3. Μέσες και t τιμές για ΟΔΠ ασθενείς και ασθενείς Άξονα Ι, ανά κριτήριο των BPDSI-IV και BSI 53.

Παράγοντες εργαλείων		Mean	t	Sig (p)
BPDSI-IV				
Εγκατάλειψη	ΟΔΠ ΑΞ.1	3,0179 1,1295	-4,697	0,000
Διαπροσωπικές σχέσεις ΟΔΠ ΑΞ. Ι		2,8030 1,1384	-4,861	0,000
Ταυτότητα	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,5586 0,9029	-3,065	0,003
Παρορμητικότητα	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,8892 0,6216	-5,145	0,000
Αυτοκτονική συμπεριφορά	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,4667 0,3101	-3,963	0,000
Συναισθ. αστάθεια	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	6,7125 4,6375	-3,829	0,000
Αίσθημα κενού	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	5,4688 3,0000	-4,189	0,000
Θυμός	ΟΔΠ. ΑΞ. Ι	3,2917 1,1406	-4,594	0,000
Αποσύνδεση	ΟΔΠ. ΑΞ. Ι	2,6523 1,4414	-3,022	0,004
BSI 53				
Σωματοποίηση	ΟΔΠ. ΑΞ.1	1,2455 0,9554	-1,166	0,248
Ψυχαναγκαστικότητα – Καταναγκαστικότητα	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,9219 1,4010	-2,341	0,022
Διαπροσωπική Ευαισθησία	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	2,0703 1,0625	-4,333	0,000
Κατάθλιψη	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	2,4375 1,8542	-2,096	0,040
Άγχος	ΟΔΠ. ΑΞ. Ι	1,6250 1,0677	-2,610	0,011
Εχθρικότητα	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,5563 0,9313	-2,348	0,022
Φοβικό άγχος	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,5750 0,6750	-3,318	0,002
Παρανοϊκός ιδεασμός	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,5938 0,9688	-3,319	0,002
Ψυχωτισμός	ΟΔΠ ΑΞ. Ι	1,6438 0,9313	-3,468	0,001

Σημείωση: p= 0.05 (2tailed)

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Λαμβάνοντας υπόψιν το σύνολο των αποτελεσμάτων και τα προϊόντα όλων των αναλύσεων, συμπεραίνεται πως η πρώτη πιλοτική απόπειρα διερεύνησης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της συνέντευξης BPDSI-IV, είχε ενθαρρυντικά ευρήματα. Ιδιαιτέρως η βασική ιδιότητα της αξιοπιστίας μεταξύ εξεταστών, η οποία αποτελεί κεντρικό σημείο μελέτης για την παρούσα έρευνα, παρείχε εξαιρετικές τιμές. Το εργαλείο φαίνεται πως είναι έγκυρο και αξιόπιστο και μπορεί με ασφάλεια να χρησιμοποιείται σε ερευνητικό, αλλά και κλινικό επίπεδο. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τις προγενέστερες σταθμίσεις του εργαλείου από τους Giesen-Bloo et al., (2010) και Arntz et al., (2003). Επιπροσθέτως, οι ερευνητικές υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν όλες, παρότι οι τιμές δεν ήταν σε όλες τις περιπτώσεις υψηλής σημαντικότητας, επαλήθευσαν αυτά που αρχικά αναμένονταν.

Το παραπάνω ισχύει τόσο σε επίπεδο των εννέα κριτηρίων της συνέντευξης BPDSI-IV σε συσχέτιση με άλλες υποκλίμακες των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, όσο και σε επίπεδο συνολικών βαθμολογιών μεταξύ κλιμάκων. Αξίζει να αναφερθεί πως σταθερές ήταν οι αρνητικές συσχετίσεις με ερωτηματολόγια των οποίων το υψηλό σκορ έχει θετικό πρόσημο, όπως επί παραδείγματι τα WHOQOL–BREF (ποιότητα ζωής) και το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Το δεδομένο αυτό αντικατοπτρίζει ως ένα βαθμό τις επιπτώσεις της διαταραχής σε βασικές παραμέτρους της προσωπικότητας του ατόμου, επηρεάζοντας κατά αυτόν τον τρόπο ποικίλους τομείς της ζωής και της λειτουργικότητας. Αρνητικές συσχετίσεις, όπως ακριβώς αναμενόταν, σημειώθηκαν και με τις ώριμες άμυνες του DSQ-40, καθώς η ΟΔΠ χαρακτηρίζεται από την επιστράτευση κυρίως ανώριμων μηχανισμών άμυνας.

Ακολούθως, ικανοποιητικές θεωρήθηκαν και οι θετικές συσχετίσεις με ερωτηματολόγια που αφορούν ψυχοπαθολογία (SCL-90R, BSI-53, BPD checklist) και ανώριμους μηχανισμούς άμυνας (DSQ-40), επαληθεύοντας παράλληλα την ετερογένεια των συμπτωμάτων της διαταραχής (Clarkin, Hull, & Hurt, 1993, Sanislow & McGlashan, 1998). Το τελευταίο στοιχείο μάλιστα, ίσως επιβεβαιώνει κατ' επέκταση τον κεντρικό ρόλο του ανώριμου μηχανισμού άμυνας της σχάσης, η οποία λειτουργεί διαμορφώνοντας τον τρόπο που το άτομο με ΟΔΠ αντιλαμβάνεται τον εαυτό και τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Εμφανής κατέστη και η διαφορά μεταξύ των δύο υπό μελέτη ομάδων, δηλαδή του γκρουπ ασθενών με ΟΔΠ και του γκρουπ ασθενών με διαταραχές του άξονα Ι (κυρίως αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη). Η σύγκριση που πραγματοποιήθηκε ήρθε να

επαληθεύσει την αντίστοιχη υπόθεση που είχε διατυπωθεί, η οποία υποστήριζε υψηλότερες βαθμολογίες συνολικά και ανά κριτήριο για την ομάδα με ΟΔΠ στην BPDSI-IV και στο BSI 53. Οι διαφορές ήταν όλες ανεξαιρέτως στατιστικά σημαντικές, οδηγώντας στο συμπέρασμα πως η αξιοπιστία του εργαλείου καθίσταται ξεκάθαρη, καθώς οι συμμετέχοντες σκοράρισαν ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν.

Όπως προαναφέρθηκε και στα σχετικά αποτελέσματα, οι συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ εργαλείων και έπειτα διαχωρίστηκαν ανά ηλικιακή ομάδα, παρουσίασαν κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως ήταν διαφορετικές οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις είτε συνολικά είτε μεταξύ παραγόντων για κάθε ηλικιακή ομάδα. Το γεγονός αυτό παραπέμπει ίσως στον τρόπο που η διαταραχή εκφράζεται σε νεότερες και μεγαλύτερες ηλικίες και στην ιδιαιτερότητα που θα μπορούσε να χαρακτηρίζει την εξέλιξή της. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με άλλες μεταβλητές (π.χ, συχνότητα, σοβαρότητα, χρονιότητα, συνοσηρότητα, φαρμακευτική αγωγή) δύναται πιθανώς να διευκολύνει τη διάγνωση, την περιγραφή και την κατανόηση της ΟΔΠ και υπό αυτό το πρίσμα, συμβάλλοντας παράλληλα στο σχεδιασμό αποτελεσματικότερων θεραπευτικών πλάνων.

4.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αναφορικά με τους περιορισμούς που προέκυψαν για την δοθείσα έρευνα, όπως ευρύτερα συμβαίνει αναπόφευκτα στο ερευνητικό πεδίο, αυτοί μπορούν να εντοπιστούν στους εξής : Το μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο επιτρέπει την αναφορά μόνο σε προκαταρκτικά ευρήματα. Επιπλέον, παρατηρήθηκε δυσαναλογία αντρών και γυναικών στο δείγμα, το οποίο αποτελείτο από 4 άντρες στην ομάδα με ΟΔΠ και 7 στην ομάδα ελέγχου, τουτέστιν 11 άντρες προς 53 γυναίκες. Ακόμα ένα μειονέκτημα μπορεί να θεωρηθεί πως στα πλαίσια των τρεχουσών συνθηκών πανδημίας και των σχετικών μέτρων, πολλές εκ των χορηγήσεων διεκπεραιώθηκαν μέσω Skype, γεγονός το οποίο ίσως και να επηρέασε την επαφή εξεταστή-συνεντευξιαζόμενου.

4.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προχωρώντας σε προτάσεις για μελλοντική έρευνα, ίσως θα ήταν χρήσιμο να σχεδιαστούν μελέτες που να διερευνούν εκτενέστερα τη λειτουργικότητα της BPDSI-IV στο χώρο του της έρευνας του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επίσης, θα παρουσίαζε ενδιαφέρον η διερεύνηση με συμμετέχοντες κυρίως ή μόνο άνδρες, καθώς

η διαταραχή βάσει επιδημιολογικών δεδομένων συναντάται κυρίως σε γυναίκες, και ως εκ τούτου οι μελέτες επικεντρώνονται σε αυτές (Johnson et al., 2003) . Τέλος, το εύρημα του LSD test περί αριθμού διαγνώσεων στο SCID-5 και της σχέσης αυτού με το σκορ στη συνέντευξη ή τα κριτήρια που φορτίζουν παραπάνω, θα μπορούσαν να μελετηθούν περαιτέρω. Δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο η συννοσηρότητα και δει με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, να παρουσιάζει μοτίβα διαμορφωμένα ως ένα βαθμό από τον εκάστοτε αριθμό των διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC, King D, Lemmi H (1985). The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. *American Journal of Psychiatry, 142*, 192–198.

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

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease*.

Arntz, A., Hoorn van den, M., Cornelis, J., Verheul, R., Bosch van den, W., & Bie de, A. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders, 17*, 45–59.

Bach, B., & Sellbom, M. (2016). Continuity between DSM-5 categorical criteria and traits criteria for borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(8), 489–494.

Calvo, N., Valero, S., Arntz, A., Andión, Matalí, J. L., Navascues, V., … Ferrer, M. (2018). Validation of the Spanish version of the Borderline Personality Disorder Checklist (BPD Checklist) in a sample of BPD patients: Study of psychometric properties. *European Journal of Psychiatry*, *32*(1), 26–35.

Carcone, D., Tokarz, V. L., & Ruocco, A. C. (2015). A systematic review on the reliability and validity of semistructured diagnostic interviews for borderline personality disorder. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *56*(2), 208–226.

Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. Journal of personality disorders, 7(2), 137-143.

Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M., & Altamura, A. C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. Neuropsychobiology, 61(4), 169-179.

Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M., & Altamura, A. C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, *61*(4), 169–179.

Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales.

Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The Borderline

Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. Personality and Individual Differences, 49(2), 136–141.

Gunderson JG, Elliott GR, (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. American Journal of Psychiatry; 142, 277–288.

Gunderson, J. G., McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. American Journal of Psychiatry, 159(2), 284–290.

LeBreton, J. M., & Senter, J. L. (2008). Answers to 20 questions about interrater reliability and interrater agreement. *Organizational Research Methods*, *11*(4), 815–852.

McHugh, M. L. (2012). Lessons in biostatistics Interrater reliability : the kappa statistic. *Biochemica Medica*, *22*(3), 276–282.

Miliano, A. (2012). An investigatory study of the relationship between self-esteem, loneliness, self-efficacy, and patterns of Facebook usage.

Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., … McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *American Journal of Psychiatry*, *159*(2), 284–290.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J. Clin Psychiatry, 1998;59(suppl 20): 22-33.

Swenson, P. L. (2003). A psychometric study of the Rosenberg self-esteem scale: an investigation of gender dif (Doctoral dissertation, University of British Columbia).

Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. Child abuse & neglect.

Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(6), 1068.

World Health Organization (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment—Field Trial Version, Geneva

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

BPDSI

Borderline Personality Disorder Severity Index

4η Έκδοση

Δείκτης Σοβαρότητας Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας

Arnoud Arntz & Josephine Giesen-Bloo

Πανεπιστήμιο του Μάαστριχτ, Τμήμα Κλινικής Ψυχολογικής Επιστήμης

Προσαρμογή από Weaver & Clum, 1993

Μαάστριχτ, Ολλανδία: 06-09-1995, 04-04-1996, 11-11-1998, 08-07-1999, 15-01-2008, 30-09-2009, 19-04-2011.

Μεταφράση: Μαλογιάννης Ιωάννης, Ζαχαροπούλου Χριστίνα, Καράμπελα Κατερίνα, Παπανικολάου Νεφέλη, Τζινιέρη Κοκκώση Μαρία.

Ευχαριστίες

Ο συγγραφέας θα ήθελε να ευχαριστήσει τους παρακάτω για τη βοήθειά τους στην ανάπτυξη αυτού του ψυχομετρικού εργαλείου: Mrs. M. Burger, Mrs. I. Callewaert M.Sc., Mrs. A.E.F. Cleven, M.Sc., Mrs. M. van den Hoorn, M.Sc., Mrs. H. Keijsers, Mrs. E.A. Rietdijk, M.Sc., Mrs. L. Schlangen, Mrs. A.M. Turksma, M.Sc., Mw. J. Verham, and Mr. W.M. van der Vlist, M.Sc.

Οδηγίες

Ο BPDSI είναι μία ημι-δομημένη κλινική συνέντευξη για την αξιολόγηση της συχνότητας και της σοβαρότητας των εκδηλώσεων της οριακής διαταραχής προσωπικότητας κατά τη διάρκεια μιας οριοθετημένης περιόδου τριών μηνών. Η κλινική εκτίμηση είναι απαραίτητη για τη βαθμολόγηση της συνέντευξης. Συνεπώς, οι άνθρωποι που διεξάγουν την συνέντευξη πρέπει να έχουν κλινική εκπαίδευση.

Η συνέντευξη είναι κατάλληλη για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Ωστόσο, πρέπει να διενεργείται στο μέτρο του δυνατού από τον ίδιο κλινικό. Για να επιτευχθεί μια ισορροπημένη αξιολόγηση, χρειάζεται να τεθούν και επιπρόσθετες ερωτήσεις παράλληλα με τις βασικές. Ερωτήσεις σχετικά με πραγματικά περιστατικά και/ή παραδείγματα είναι απολύτως απαραίτητες. Επίσης, αποκλεισμοί (π.χ. αποπροσωποποίηση λόγω της χρήσης ουσιών) πρέπει να ρωτούνται ενεργά. Σε πολλές περιπτώσεις είναι σημαντικό όλα τα πραγματικά συμβάντα και/ή τα παραδείγματα που περιγράφονται τους τελευταίες τρεις μήνες να είναι διαθέσιμα, ώστε να προσδιοριστεί με ακρίβεια η συχνότητα. Πρωτότυπα παραδείγματα μπορεί να είναι αρκετά μόνο με συμπεριφορές πολύ υψηλής συχνότητας, και επομένως η συχνότητα μπορεί να υπολογιστεί. Όλες οι ερωτήσεις συχνότητας βαθμολογούνται σε 10-βάθμια κλίμακα (0 = ποτέ, 10 = καθημερινά). Αυτό ισχύει επίσης για τις ερωτήσεις όπου μια τέτοια υψηλή συχνότητα είναι απίθανη. Σε στιγμές αμφιβολίας ή ασάφειας, πρέπει να κρατούνται σημειώσεις, έτσι ώστε να μην χαθούν πληροφορίες. Οι βαθμολογίες και οι σημειώσεις θα καταγράφονται σε μία ξεχωριστή φόρμα βαθμολόγησης.

Ζητείστε από τους ασθενείς να φέρουν την ατζέντα τους.

Εισαγωγή

"Αυτή η συνέντευξη αφορά μια σειρά πραγμάτων που οι άνθρωποι μπορεί να βιώνουν. Ο στόχος είναι να σκεφτείτε με τον εαυτό σας, πόσο συχνά έχετε βιώσει αυτό

για το οποίο ερωτήστε, **μέσα στους τελευταίους 3 μήνες**, και πόσο συχνά έχει αυτό συμβεί. Όλες οι ερωτήσεις τίθενται με τον ίδιο τρόπο, αλλά αν δεν τις κατανοείτε πλήρως, μπορείτε απλά και εύκολα να ρωτήσετε για διευκρινίσεις . Έχετε κάποιες σχετικές ερωτήσεις μέχρι στιγμής;

Έχω τη λίστα βαθμολόγησης εδώ (**δίνετε τη λίστα βαθμολόγησης**). Θα βαθμολογήσουμε τις περισσότερες από τις ερωτήσεις στη λίστα μαζί. Η βαθμολόγηση κυμαίνεται από 0 έως 10. Θα αξιολογήσουμε πόσο συχνά έχετε βιώσει κάτι τους τελευταίους 3 μήνες, από ποτέ μέχρι καθημερινά.

Επειδή θα μιλήσουμε μόνο για τους τελευταίους τρεις μήνες, είναι βολικό να καθορίσουμε ποια περίοδος ήταν αυτή. **Σήμερα είναι ... (ημερομηνία), πριν από τρεις μήνες ήταν ... (ημερομηνία).** Θέλετε να κοιτάξετε στην ατζέντα σας πότε ήταν ... (η ημερομηνία 3 μήνες), τι συνέβη τότε; Αυτό θα σας βοηθήσει ως βάση αναφοράς για αυτήν την περίοδο των 3 μηνών. Μπορείτε να μου πείτε τι είχε συμβεί γύρω στις ... (ημερομηνία πριν 3 μήνες);

Πρώτα θα πρέπει να σημειώσω την φαρμακευτική αγωγή που σας έχει χορηγηθεί. (*περιγράψτε στο πεδίο κειμένου, αν είναι γνωστή από άλλη συνέντευξη που έχει διενεργηθεί από τον ίδιο ερευνητή σχετικά με την ίδια περίοδο, αντιγράψτε την από εκείνη τη συνέντευξη)*

Σημείωση: Το κείμενο με τα *πλάγια τυπογραφικά στοιχεία* αφορά στον εξεταστή, δεν προορίζεται να διαβαστεί δυνατά στον ασθενή.

Εγκατάλειψη

Τα ερωτήματα αυτά αναφέρονται σε μανιώδεις προσπάθειες του εξεταζόμενου με στόχο να αποτρέψει κάποιον με τον οποίο έχει σχέση, είναι στενά συνδεδεμένος μαζί του ή εξαρτάται από αυτόν να τον/την εγκαταλείψει. Παραδείγματα αποτελούν, μεταξύ άλλων, το να εκλιπαρεί κάποιον να μην φύγει ή να προσπαθεί σωματικά να εμποδίσει κάποιον να φύγει [1)]

0. Ποτέ 1. 1 φορά στους 3 μήνες 2. 2 φορές στους 3 μήνες 3. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα 4. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες 5. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	6. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες 7. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες 8. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα 9. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά 10. Καθημερινά

Τα πρώτα ερωτήματα αφορούν στα συναισθήματα εγκατάλειψης.

1.1 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά έχετε υπάρξει απελπισμένος επειδή σκεφτήκατε ότι κάποιος για τον οποίο νοιαζόσασταν επρόκειτο να φύγει ή να σας εγκαταλείψει;

(όταν βαθμολογείτε θετικά, απαιτούνται ξεκάθαρα παραδείγματα)

1.2 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά αντιδράσατε μανιωδώς, για να αποτρέψετε κάποιον να σας αφήσει; (Για παράδειγμα, τηλεφωνώντας τους επαλειμμένα, προσκολλώντας πάνω τους, ελέγχοντας τους, αποπλανώντας τους.)

(π.χ. επανηλλειμένα τηλεφωνήματα, έλεγχος, προσκολλήσεις, αποπλανήσεις … μόνο οι υπερβολικοί, αναγκαστικοί, μανιώδεις τρόποι βαθμολογούνται)

(Αυτό το ερώτημα αφορά σε πραγματική και φανταστική εγκατάλειψη: όταν βαθμολογείτε θετικά, απαιτούνται ξεκάθαρα παραδείγματα) (Βαθμολογείστε επίσης παραδείγματα/γεγονότα που προκύπτουν από τα ερωτήματα 1.3, 1.4 και 1.5)

1.3 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ικετέψατε, κλάψατε, ή παρακαλέσατε απελπισμένα κάποιον να μη σας αφήσει;

1.4 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά απειλήσατε να κάνετε κάτι για να αποτρέψετε κάποιον να σας αφήσει; (Για παράδειγμα, να τους εκβιάζετε, να απειλείτε ότι θα τους σκοτώσετε ή ότι θα σκοτωθείτε.)
(*π.χ. εκβιασμοί, ψέματα, φόνος, αυτοκτονία*)

1.5 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά αποτρέψατε σωματικά κάποιον από το να σας αφήσει; (Για παράδειγμα να εμποδίζετε την έξοδο ή να κρεμιέστε από πάνω του)

(π.χ. να στέκεται μπροστά στην πόρτα, ή να κρεμιέται από κάποιον)

1.6 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά είχατε έντονη επιθυμία να ακούσετε κάποιον να σας λέει ότι σας αγαπά, ότι νοιάζεται για εσάς, ότι δεν θα σας αφήσει, ότι σας βρίσκει ελκυστικό κτλ;

(Αυτό μπορεί να συμβαίνει με συντρόφους, οικογένεια και φίλους)

1.7 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ζητήσατε από τους άλλους να σας διαβεβαιώσουν ότι δεν θα σας αφήσουν; (Σας είπε κανείς ότι ζητάτε υπερβολική επιβεβαίωση;)

Διαπροσωπικές σχέσεις

Υπάρχουν 3 χαρακτηριστικά για αυτό το κριτήριο. Πρώτα απ' όλα, πρέπει να υπάρχει ένα μοτίβο ασταθών σχέσεων, το οποίο μπορεί να χαρακτηρίζεται από συχνές συγκρούσεις και επικείμενο ή πραγματικό χωρισμό. Δεύτερον, αυτές οι σχέσεις πρέπει να είναι έντονες, που σημαίνει ότι εμπλέκονται ισχυρά συναισθήματα (π.χ. ευφορία, απέχθεια, θυμός, μνησικακία, απελπισία). Τρίτον, ο εξεταζόμενος πρέπει κατά καιρούς να απαξιώνει το άλλο άτομο (π.χ. «είναι πραγματικά πολύ κακός»). Σε άλλες στιγμές ο εξεταζόμενος μπορεί να εξιδανικεύει το άλλο άτομο (π.χ. «το αγόρι μου είναι το πιο υπέροχο, εξυπηρετικό και δυνατό άτομο που έχω γνωρίσει»). Αυτά τα άτομα χρησιμοποιούν, με ψυχαναλυτική έννοια, την σχάση ως μηχανισμό άμυνας. [1)]

0. Ποτέ 1. 1 φορά στους 3 μήνες 2. 2 φορές στους 3 μήνες 3. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα 4. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες 5. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	6. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες 7. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες 8. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα 9. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά 10. Καθημερινά

Θα σας ρωτήσω σχετικά με τις σχέσεις σας με άλλους ανθρώπους.

Θα ξεκινήσω με τις συντροφικές σχέσεις, μετά από αυτό θα σας κάνω τις ίδιες ερωτήσεις για τους φίλους, τους συνάδελφους, την οικογένεια και άλλους γνωστούς.

Συντροφική σχέση

2.1 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι τη μια στιγμή σκεφτόσασταν ότι ο σύντροφος σας ήταν τέλειος/ήταν όλα όσα επιθυμούσατε και την επόμενη στιγμή τον αποστρεφόσασταν ή σκεφτόσασταν ότι ήταν απαίσιος;

(*η πεποίθηση είναι απαραίτητη π.χ. ενδοψυχικά, οπότε δεν πρόκειται απαραίτητα για την πραγματική σχέση, αλλά πρόκειται για το πώς το άλλο άτομο γινόταν αντιληπτό)*

(βαθμολογήστε «ποτέ» αν ο εξεταζόμενος δεν είχε συντροφική σχέση)

2.2 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά είχατε πάνω και κάτω στη σχέση σας με τον/τους σύντροφό/ους σας;
(Η εστίαση βρίσκεται στην πραγματική σχέση)
(βαθμολογήστε «ποτέ» αν ο εξεταζόμενος δεν είχε συντροφική σχέση)

2.3 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά χωρίσατε και τα ξαναβρήκατε με τον σύντροφό σας:
(βαθμολογήστε τόσο το χωρισμό όσο και την επανένωση, οπότε 2 φορές που χώρισαν και τα ξαναβρήκαν δίνει βαθμολογία 4 και όχι 2)
(βαθμολογήστε «ποτέ», αν ο εξεταζόμενος δεν είχε συντροφική σχέση)

2.4 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ξεκινήσατε μια καινούρια στενή σχέση (και πόσο συχνά δώσατε τέλος σε μια καινούρια στενή σχέση)
(βαθμολογήστε τα «τα ξεκινήματα» και «τους τερματισμούς» οπότε 2 φορές που χώρισαν και τα ξαναβρήκαν δίνει βαθμολογία 4 και όχι 2)
(βαθμολογήστε «ποτέ», αν ο εξεταζόμενος δεν είχε συντροφική σχέση)

Άλλες Σχέσεις

Θα σας κάνω τώρα τις ίδιες ερωτήσεις για τους φίλους, τους συναδέλφους, την οικογένεια και άλλους γνωστούς.

2.5 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι τη μια στιγμή σκεφτόσασταν ότι οι φίλοι/οικογένεια/συνάδελφοι/άλλα σημαντικά πρόσωπα ήταν τέλειοι/ότι ήταν όλα όσα επιθυμούσατε και την επόμενη στιγμή τους αποστρεφόσασταν ή σκεφτόσασταν ότι είναι απαίσιοι;
(η πεποίθηση είναι απαραίτητη, δηλαδή ενδοψυχικά, οπότε δεν πρόκειται απαραίτητα για τις πραγματικές σχέσεις, αλλά πρόκειται για το πώς γίνονται αντιληπτές)

2.6 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά είχατε τα «πάνω» και τα «κάτω» σας με φίλους/οικογένεια/συναδέλφους και/ή άλλα σημαντικά πρόσωπα;
(η εστίαση βρίσκεται στην πραγματική σχέση)

2.7 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά διακόψατε μια σχέση με τους φίλους/οικογένεια/συνάδελφους και/ή κάποια άλλα σημαντικά πρόσωπα, και/ή ξαναρχίσατε αυτή τη σχέση;
(βαθμολογείστε τόσο το χωρισμό όσο και την επανένωση)

2.8 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ξεκινήσατε μια καινούργια σχέση με τους φίλους/οικογένεια/συνάδελφους και/ή κάποια άλλα σημαντικά πρόσωπα (και πόσο συχνά διακόψατε αυτή τη σχέση);
(βαθμολογείστε τόσο το χωρισμό όσο και την επανένωση)

Ταυτότητα

Η προσωπική ταυτότητα είναι μία σταθερή αίσθηση του εαυτού, που παρέχει ενότητα στην προσωπικότητα διαχρονικά. Ο τύπος της διαταραχής της ταυτότητας που είναι χαρακτηριστική για την οριακή διαταραχή της προσωπικότητας αφορά στις ακραίες αλλαγές στην αυτό-εικόνα του ατόμου (ποιος είμαι). Οι εναλλαγές αυτές εκδηλώνονται με ξαφνικές αλλαγές αναφορικά με την εργασία, τους στόχους καριέρας, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τις προσωπικές αξίες, τους φίλους και τη θεμελιώδη αίσθηση που έχει κάποιος σχετικά με τον εαυτό του (π.χ. καλός ή κακός). Αυτές οι ερωτήσεις πρέπει να βαθμολογούνται μόνο αν η διαταραχή της ταυτότητας δεν ταιριάζει με την αναπτυξιακή ηλικία του ατόμου που εξετάζεται (π.χ. οι φυσιολογικές ανήλικες αλλαγές στην ταυτότητα δεν υπολογίζονται). [1)]

Θα σας ρωτήσω τώρα για το πώς βλέπετε τον εαυτό σας. Δεν θα χρησιμοποιήσουμε την κλίμακα βαθμολόγησης για αυτές τις ερωτήσεις. Αφού απαντήσετε, μπορεί να σας κάνω κάποιες επιπλέον ερωτήσεις γιατί είναι σημαντικό να αποκτήσω μια ξεκάθαρη εικόνα.

3.1 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε ποιο βαθμό βρήκατε τον εαυτό σας να είναι τόσο διαφορετικός σε διαφορετικές καταστάσεις ή με διαφορετικούς ανθρώπους ώστε να μην γνωρίζετε πλέον ποιος πραγματικά είστε;

0. Καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο/ κάποιες ενδείξεις
2. Πιθανώς δεν γνωρίζει ποιος/ποια είναι, αλλά δεν καθορίζεται ευκρινώς
3. (αρκετά) ξεκάθαρο ότι δε γνωρίζει ποιος/ποια είναι , αλλά δεν είναι πολύ κυρίαρχο
4. Κυρίαρχο, ξεκάθαρο και σαφώς προσδιορισμένο το ότι δεν γνωρίζει ποιος/ποια είναι

3.2 Συνέβη, τους 3 τελευταίους μήνες, η ιδέα που έχετε για το ποιος είστε να αλλάξει έντονα;

0. καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο/ κάποιες ενδείξεις
2. Πιθανή αστάθεια αυτό-εικόνας
3. (αρκετά) ξεκάθαρη αστάθεια της αυτό-εικόνας
4. Ξεκάθαρη, κυρίαρχη και σαφώς προσδιορισμένη αστάθεια της αυτό-εικόνας

3.3 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε τι βαθμό η αίσθηση του εαυτού σας ως καλού/κακού ανθρώπου άλλαξε η αντιστράφηκε;

0. καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο/κάποιες ενδείξεις
2. Πιθανή αστάθεια αίσθησης εαυτού
3. (αρκετά) ξεκάθαρη αστάθεια αίσθησης εαυτού
4. Ξεκάθαρη, κυρίαρχη και σαφώς προσδιορισμένη αστάθεια της αίσθησης του εαυτού

3.4 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε τι βαθμό άλλαξαν η αντιστράφηκαν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της ζωής σας ; (ποιοι ήταν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της ζωής σας, τους τελευταίους 3 μήνες; Για παράδειγμα ποιά εκπαίδευση, εργασία και/ή καριέρα επιθυμείτε ή εύχεστε; Έχουν αλλάξει οι στόχοι αυτοί τους τελευταίους 3 μήνες; αποφεύγατε να σκεφτείτε σχετικά με αυτά τα ζητήματα;)

0. καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο/ κάποιες ενδείξεις
2. πιθανή αστάθεια μακροπρόθεσμων στόχων/ πιθανή αποφυγή ενασχόλησης διαχείρισης μακροπρόθεσμων στόχων
3. (αρκετά) ξεκάθαρη αστάθεια μακροπρόθεσμων στόχων, αλλά όχι κυρίαρχη/ (αρκετά) ξεκάθαρη αποφυγή διαχείρισης μακροπρόθεσμων στόχων, αλλά όχι κυρίαρχη
4. ξεκάθαρη και κυρίαρχη αστάθεια μακροπρόθεσμων στόχων / ξεκάθαρη και κυρίαρχη αποφυγή διαχείρισης μακροπροθέσμων στόχων

3.5 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε τι βαθμό η ηθική σας (τι είναι σωστό και τι λάθος) άλλαξε ή αντιστράφηκε;

(ρωτήστε για την ένταση/ κατεύθυνση/ συχνότητα των αλλαγών)

0. καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο / κάποιες ενδείξεις
2. πιθανή αστάθεια ηθικών αξιών
3. (αρκετά) ξεκάθαρη αστάθεια ηθικών αξιών, αλλά όχι ιδιαίτερη κυρίαρχη
4. ξεκάθαρη και κυρίαρχη αστάθεια ηθικών αξιών

3.6 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε τι βαθμό οι αξίες σας (τι είναι σημαντικό για εσάς, τι είναι σημαντικό στη ζωή σας) άλλαξαν ή αντιστράφηκαν; (είχατε προβλήματα στο να καθορίσετε τι είναι σημαντικό στη ζωή σας; Σε τι βαθμό αποφεύγατε να σκεφτείτε σχετικά με αυτό;)

0. καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο/κάποιες ενδείξεις
2. πιθανή αστάθεια προσωπικών αξιών/ πιθανή αποφυγή
3. (αρκετά) ξεκάθαρη αστάθεια προσωπικών αξιών, αλλά όχι ιδιαίτερα κυρίαρχη / πιθανή αποφυγή αλλά όχι ιδιαίτερα κυρίαρχη
4. ξεκάθαρη και κυρίαρχη αστάθεια προσωπικών αξιών / ξεκάθαρη και κυρίαρχη αποφυγή

3.7 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε τι βαθμό άλλαξε ή αντιστράφηκε ο τύπος των φίλων που θέλατε να έχετε; (άλλαξε ο τύπος των φίλων που είχατε;)

(κάποιοι άνθρωποι λένε ότι δεν έχουν φίλους, αυτό βαθμολογείτε ως αποφυγή)

0. καθόλου
1. Αμφιλεγόμενο / κάποιες ενδείξεις
2. πιθανή αστάθεια σχετικά με τους φίλους / πιθανή αποφυγή σχετικά με τους φίλους
3. (αρκετά) ξεκάθαρη αστάθεια σχετικά με τους φίλους, αλλά όχι κυρίαρχη/ πιθανή αποφυγή σχετικά με τους φίλους αλλά όχι κυρίαρχη
4. ξεκάθαρη και κυρίαρχη αστάθεια σχετικά με τους φίλους / ξεκάθαρη και κυρίαρχη αποφυγή σχετικά με τους φίλους

3.8 Τους τελευταίους 3 μήνες, σε τι βαθμό άλλαξε ή αντιστράφηκε ο σεξουαλικός σας προσανατολισμός (π.χ. εάν επιθυμείτε μια σεξουαλική σχέση με άντρα ή με γυναίκα)

(ο σταθερός ετεροφυλόφιλος/αμφιφυλόφιλος/ομοφυλόφιλος προσανατολισμός βαθμολογείται με 0)

0. καθόλου
1. σπάνια
2. έχει πιθανώς αμφιβολίες σχετικά με τον σεξουαλικό του προσανατολισμό
3. έχει (αρκετά) ξεκάθαρα αμφιβολίες σχετικά με το σεξουαλικό του προσανατολισμό
4. έχει σοβαρές αμφιβολίες σχετικά με το σεξουαλικό του προσανατολισμό

Παρορμητικότητα

Το πυρηνικό χαρακτηριστικό αυτού του κριτηρίου είναι η ανικανότητα του ατόμου να ελέγξει τις παρορμήσεις του/της, μέσω των οποίων εμπλέκεται σε συμπεριφορές που είναι ικανοποιητικές βραχυπρόθεσμα, αλλά μπορεί να γίνουν επιζήμιες μακροπρόθεσμα. Οι συμπεριφορές που αναφέρονται ακολούθως είναι παραδείγματα, δεν καλύπτουν ολόκληρο το φάσμα των παρορμητικών συμπεριφορών. [1)]

0. Ποτέ 1. 1 φορά στους 3 μήνες 2. 2 φορές στους 3 μήνες 3. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα 4. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες 5. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	6. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες 7. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες 8. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα 9. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά 10. Καθημερινά

Στη συνέχεια υπάρχουν κάποια παραδείγματα από πράγματα που οι άνθρωποι μπορεί να κάνουν παρορμητικά. Θα σας ρωτήσω κατά πόσο έχετε κάνει πράγματα παρορμητικά, τα οποία αργότερα σκεφτήκατε ότι θα ήταν καλύτερα να μην είχατε κάνει. Είτε κάνατε πράγματα που προκάλεσαν ή θα μπορούσαν να είχαν προκαλέσει προβλήματα σε σας ή στο περιβάλλον σας.

(Η ενότητα αυτή περιορίζεται στη συμπεριφορές με πρωταρχικό στόχο την μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και / ή την αύξηση των θετικών συναισθημάτων. Η συμπεριφορές που έχουν πρωταρχικό στόχο να βλάψουν τον εαυτό ή τους άλλους δεν βαθμολογούνται εδώ)

4.1 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, ξοδέψατε ανεύθυνα χρήματα και/ή ξοδέψατε περισσότερα χρήματα από ότι μπορείτε να ξοδέψετε στην πραγματικότητα; (π.χ. τζόγος, παρορμητικές αγορές, πολλά και πολύωρο τηλεφωνήματα;)

4.2 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, είχατε σεξουαλική επαφή με άτομα που γνωρίζατε ελάχιστα ή καθόλου;

4.3 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, είχατε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά; (σεξουαλική επαφή χωρίς να αναλογίζεται τις αυτοκαταστροφικές συνέπειες και/ή την εγκυμοσύνη)

4.4 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, ήπιατε πάρα πολύ ή καταναλώσετε αλκοόλ μια ακατάλληλη ώρα; *(με αλκοολικά άτομα: βαθμολογείστε τη τυπική χρήση αλκοόλ στο 4.4.Α στη φόρμα βαθμολόγησης, οτιδήποτε επιπλέον βαθμολογείται στο 4.4)*

4.5 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, χρησιμοποιήσατε υπερβολική ποσότητα μαλακών ναρκωτικών ή τα χρησιμοποιήσατε με ακατάλληλο τρόπο; *(με ουσιοεξαρτημένα άτομα: βαθμολογείστε τη τυπική χρήση μαλακών ναρκωτικών στο 4.5.Α στη φόρμα βαθμολόγησης, οτιδήποτε επιπλέον βαθμολογείται στο 4.5)*

Μαλακά ναρκωτικά: ινδική κάνναβη, paddo's (παραισθησιογόνα μανιτάρια), βενζοδιαζεπίνες (που αποκτήθηκαν σαν ναρκωτικά της πιάτσας)

4.6 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, χρησιμοποιήσατε χάπια; *(όχι με σκοπό την αυτοκτονία αλλά για να «ανεβείτε» ή να αποδράσετε από τα αρνητικά συναισθήματα) (μην συμπεριλαμβάνετε την κανονική χρήση που έχει συνταγογραφηθεί από ψυχίατρο, γενικό ιατρό κτλ. υπολογίστε μόνο την παρορμητική χρήση)*

4.7 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, χρησιμοποιήσατε σκληρά ναρκωτικά; *(με ουσιοεξαρτημένα άτομα: βαθμολογείστε τη τυπική χρήση σκληρών ναρκωτικών στο 4.7.Α στη φόρμα βαθμολόγησης, οτιδήποτε επιπλέον βαθμολογείται στο 4.5)*

Σκληρά ναρκωτικά: ηρωίνη και άλλο οπιούχα, κοκαΐνη, LSD, XTC, speed, GHB

4.8 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, είχατε υπερφαγικό επεισόδιο (*όλα τα επεισόδια υπερφαγίας βαθμολογούνται, με ή χωρίς έλλειψη του ελέγχου, με ή χωρίς σχέδιο κτλ.)*

4.9 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, οδηγήσατε απερίσκεπτα ή περπατήσατε (κάνατε ποδήλατο κτλ.) ριψοκίνδυνα στη κίνηση*; (π.χ. οδήγηση με πολύ μεγάλη ταχύτητα ή υπό την επήρεια αλκοόλ) (χωρίς να έχει προκληθεί από διάσειση/αποσύνδεση)*

4.10 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, κλέψατε (μικροκλοπή από μαγαζί); (*με ποια πρόθεση; Είναι σημαντικό να έγινε για να προκληθεί ένα θετικό*

συναίσθημα ή για να απομακρυνθεί ένα αρνητικό συναίσθημα, δεν πρόκειται για θέμα επιβίωσης ή πλουτισμού)

4.11 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, κάνατε πράγματα παρορμητικά που θα μπορούσαν να σας δημιούργησουν προβλήματα ή σας δημιούργησαν πραγματικά προβλήματα; *(π.χ. ακύρωση συναντήσεων, αθέτηση συμφωνιών, εγγραφή σε κάποιο μάθημα/σεμινάριο, κράτηση για διακοπές)*

(όχι αυτότραυματιστική ή αυτοκτονική συμπεριφορά, σημειώστε τις απαντήσεις στη φόρμα βαθμολόγησης)

Παρά-αυτοκτονική συμπεριφορά

0. Ποτέ 1. 1 φορά στους 3 μήνες 2. 2 φορές στους 3 μήνες 3. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα 4. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες 5. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	6. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες 7. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες 8. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα 9. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά 10. Καθημερινά

Η συμπεριφορά πρόκλησης σωματικής βλάβης με αυτοτραυματισμό και/ή πόνο ως άμεση συνέπεια, π.χ. βλάβη στους ιστούς ή σωματικός πόνος, <u>χωρίς καμία αυτοκτονική πρόθεση</u>

Οι επόμενες ερωτήσεις ερευνούν εάν προσπαθήσατε να βλάψετε ή να τραυματίσετε τον εαυτό σας, τους τελευταίους 3 μήνες.

5.1 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, χτυπήσατε σκόπιμα τον εαυτό σας ή χτυπήσατε το κεφάλι, την γροθιά, τις αρθρώσεις ή άλλο μέρος του σώματος σας σε κάτι; Ή θρυμματίσατε κάποιο τζάμι με την γροθιά σας και/ή κάποιο άλλο μέρος του σώματος σας;

5.2 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, γρατζουνίσατε ή τσιμπήσατε τον εαυτό σας;

5.3 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, δαγκώσατε τον εαυτό σας; (*κάτι που γενικά μιλώντας πονάει, οπότε όχι το να τρώει τα νύχια του)*

5.4 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, ξεριζώσατε τα μαλλιά σας; *(μπορεί επίσης να είναι τα φρύδια ή οι βλεφαρίδες)*

5.5 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, κόψατε τον εαυτό σας; *(σχετικά επιφανειακά κοψίματα που λιγότερο ή περισσότερο έχουν ως αποτέλεσμα γρατζουνιές)*

5.6 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, κάψατε τον εαυτό σας; *(με τσιγάρο, σίδερο σιδερώματος)*

5.7 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, καρφώσατε βελόνες ή άλλα παρόμοια αντικείμενα στο σώμα σας;

5.8 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, βλάψατε τον εαυτό σας σκόπιμα; (*π.χ. κατάποση αιχμηρών αντικειμένων, λήψη επικίνδυνων ουσιών, τοποθέτηση αιχμηρών/επικίνδυνων αντικείμενων στο σώμα σας όπως στον κόλπο, στο πέος, στα αυτιά κτλ. Σημειώστε επίσης στην φόρμα βαθμολόγησης)*

Αυτοκτονία (σχέδια / απόπειρες)

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν στα σχέδια ή στις απόπειρες να αυτοκτονήσετε.

5.9 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, θελήσατε να αυτοκτονήσετε;

5.10 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, είπατε σε άλλους ανθρώπους ότι θέλατε να αυτοκτονήσετε; (δεν βαθμολογείται όταν πρόκειται περί παθητικού αυτοκτονικού ιδεασμού π.χ. να λέει σε άλλους «εύχομαι να ήμουν νεκρός»)

5.11 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, κάνατε σχέδια να αυτοκτονήσετε; (όταν αυτά τα σχέδια οδηγούν σε συγκεκριμένα βήματα, βαθμολογείστε στο 5.12)

5.12 Πόσο συχνά τους τελευταίους 3 μήνες, κάνατε βήματα ώστε να αυτοκτονήσετε; (όταν αυτά τα βήματα οδηγούν σε απόπειρα, βαθμολογείστε στο 5.13)

5.13 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, αποπειραθήκατε να αφαιρέσετε τη ζωή σας;

Συναισθηματική αστάθεια

Η συναισθηματική αστάθεια αναφέρεται στην εναλλασσόμενη, ασταθή ποιότητα της διάθεσης του συνεντευξιαζόμενου. Ακόμη και αν η εναλλαγή της διάθεσης είναι συχνά αιφνίδια, δεν απαιτείται μια ξαφνική έναρξη της αλλαγής της διάθεσης. Αντ 'αυτού, το κριτήριο αυτό προσδιορίζει τις συχνές συναισθηματικές αλλαγές που είναι πράγματι ισχυρές, αλλά με σχετικά μικρή διάρκεια (περισσότερο ώρες παρά ημέρες ή εβδομάδες). *1)*

0. Ποτέ 1. 1 φορά στους 3 μήνες 2. 2 φορές στους 3 μήνες 3. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα 4. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες 5. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	6. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες 7. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες 8. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα 9. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά 10. Καθημερινά

Θέλω τώρα να σας ρωτήσω σχετικά με τις αλλαγές στη διάθεση. Αφορά σε εντυπωσιακές αλλαγές ως προς την αποθαρρυμένη / καταθλιπτική, ευερέθιστη, αγχώδη, απελπισμένη ή / και θυμωμένη διάθεση.

6.1 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι διάθεση σας διακυμάνθηκε προς ένα καταθλιπτικό η αποθαρρυμένο συναίσθημα;

(όχι εξαιτίας μια διάγνωσης στον Άξονα Ι: ρωτήστε!!!/ ελέγξτε και τα αποτελέσματα του SCID Ι)

6.2 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι η διάθεση διακυμάνθηκε έτσι ώστε να αισθάνεστε ευερέθιστος;

(όχι εξαιτίας του Άξονα Ι)

6.3 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι η διάθεση σας διακυμάνθηκε έτσι ώστε να αισθάνεστε αγχωμένος;

(όχι εξαιτίας του Άξονα Ι)

6.4 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι η διάθεση σας διακυμάνθηκε έτσι ώστε να αισθάνεστε απελπισμένος;

(όχι εξαιτίας του Άξονα Ι)

6.5 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά παρατηρήσατε ότι η διάθεση σας διακυμάνθηκε έτσι ώστε να αισθάνεστε θυμωμένος;

(όχι εξαιτίας του Άξονα Ι)

(όταν υπάρχει αμφιβολία της επίδρασης του Άξονα Ι: βαθμολογείστε τις ερωτήσεις αλλά κρατήστε σημειώσεις και συζητήστε το με τον ερευνητή)

Αίσθημα κενού

Το χρόνιο συναίσθημα κενού συχνά σχετίζεται με συναισθήματα ανίας, μοναξιάς, αναξιότητας ή με συναισθήματα που «δεν μπορείς να ορίσεις». [1)]

11. Ποτέ	17. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες
12. 1 φορά στους 3 μήνες	18. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες
13. 2 φορές στους 3 μήνες	19. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα
14. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα	20. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά
15. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες	21. Καθημερινά
16. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν στο αίσθημα κενού.

7.1 Πόσο συχνά τους τελευταίους 3 μήνες νιώσατε ανία ή να είστε κενός μέσα σας;

(πρόκειται για αισθήματα κενού ή ανίας που έχουν ως αποτέλεσμα ανεπαρκή συμπεριφορά. Η ανεπαρκής συμπεριφορά περιλαμβάνει επίσης την αρνητική επίδραση αυτών των συναισθημάτων στην φυσιολογική ή επαρκή συμπεριφορά. Για παράδειγμα να μην μπορεί το άτομο να κάνει τίποτα ενώ είναι επιθυμητό ή απαραίτητο να κάνει κάτι.)

7.2 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά το αίσθημα κενού ή ανίας σας εμπόδισε από το να κάνετε κάτι που θέλατε;

(ελέγξτε παραδείγματα, π.χ. να μένει στο κρεβάτι αντί να πάει για ψώνια)

7.3 Τους τελευταίους 3 μήνες πόσο συχνά το αίσθημα κενού ή ανίας σας οδήγησε στο να κάνετε κάτι άλλο από αυτό που θέλατε/χρειαζόταν να κάνετε; Για παράδειγμα, να βγείτε έξω ή να κάνετε χρήση ουσιών για να ξεφύγετε από τα αισθήματα κενού και ανίας.

(π.χ. να βγει έξω αντί να εργαστεί, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών μπορεί επίσης να ανήκει σε αυτό το κριτήριο) (μην υπολογίσετε δύο φορές περιπτώσεις που βαθμολογήθηκαν ήδη πριν το ερώτημα 7.2, αυτές αναφέρονται στο να μην κάνει τίποτα *ενώ οι περιπτώσεις του ερωτήματος 7.3 αναφέρονται στο να κάνει κάτι για να αποδράσει από συναισθήματα ανίας και κενού, δραστηριότητες που έρχονταν σε*

σύγκρουση με αναγκαίες/προγραμματισμένες δραστηριότητες)

7.4 Πόσο συχνά τους τελευταίους 3 μήνες, συνέβη να μην μπορείτε να πάρετε μία στιγμή να ξεκουραστείτε;

(π.χ. να καθαρίζει ή να πηγαίνει πάνω κάτω, αυτό ερμηνεύεται ως αποφυγή της ξεκούρασης έτσι ώστε να κρατηθούν μακριά τα αισθήματα κενού)

Ξέσπασμα θυμού

Ο απρόσφορος θυμός αναφέρεται στην ένταση του θυμού του ατόμου, ο οποίος δεν συμβαδίζει ποσοτικά με την αιτία του θυμού. Οι εκδηλώσεις ακραίας σωματικής (βίαιης) συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα να χτυπά ανθρώπους ή να πετά αντικείμενα, μπορεί να υποδηλώνουν έλλειψη ελέγχου του θυμού σε σχέση με τον θυμό/οργή. Η οργή εκφράζεται συχνά στο πλαίσιο μιας πραγματικής ή υποκειμενικής έλλειψης φροντίδας/προσοχής, απώλειας ή παραμέλησης. [1)]

0. Ποτέ	6. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες
1. 1 φορά στους 3 μήνες	7. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες
2. 2 φορές στους 3 μήνες	8. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα
3. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα	9. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά
4. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες	10. Καθημερινά
5. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	

Οι επόμενες ερωτήσεις είναι σχετικές με τα ξεσπάσματα θυμού ή οργής.

8.1 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά θυμώσατε πραγματικά και εκδηλώσατε μια έκρηξη οργής;

8.2 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά χλευάσατε ή κοροϊδέψατε κάποιον με ένα κυνικό σαρκαστικό τρόπο;
(Π.χ. εμπαιγμός, κοροϊδία)

8.3 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, βρίσατε, ουρλιάξατε και/ή χτυπήσατε με πάταγο τις πόρτες; *(κάνοντας θόρυβο)*

8.4 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ήσασταν τόσο θυμωμένος που κανείς δεν μπορούσε να σας πλησιάζει ή να συζητήσει μαζί σας; *(ξεσπάσματα θυμού)*

8.5 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, εκσφενδονίσατε πράγματα, σπάσατε πράγματα κτλ;

8.6 Πόσο συχνά, τους τελευταίους 3 μήνες, επιτεθήκατε σε άλλους;
(σωματικά)

Αποσύνδεση και παρανοϊκός ιδεασμός

Κάποιοι άνθρωποι με οριακή διαταραχή προσωπικότητας αναπτύσσουν παροδικά παρανοϊκά ή αποσυνδετικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια περιόδων στρες. Αυτά τα συμπτώματα είναι σπάνια τέτοιας έντασης ώστε να μπορεί να δοθεί μια επιπρόσθετη διάγνωση (π.χ. ψυχωσικές διαταραχές). Ο στρεσογόνος παράγοντας συχνά είναι μια πραγματική, υποτιθέμενη ή προσδοκώμενη απουσία φροντίδας/προσοχής από έναν φροντιστή (π.χ. σύντροφο, γονέα, θεραπευτή). Σε τέτοιες καταστάσεις μπορεί η πραγματική ή υποτιθέμενη επιστροφή της φροντίδας/προσοχής να οδηγήσει στην αποδρομή των συμπτωμάτων. Τα αποσυνδετικά συμπτώματα υπάρχουν σε περιόδους αποσυνδετικής αμνησίας (μερικές φορές εκφράζεται από την αίσθηση του ατόμου ότι «χάνει χρόνο»), αποπροσωποίησης (π.χ. αίσθηση ότι γίνεται ξένος προς τον εαυτό του ή ότι απομακρύνεται από τον εαυτό του) ή αποπραγματοποίησης (π.χ. η αίσθηση ότι ο εξωτερικός κόσμος είναι μη πραγματικός ή ασυνήθιστος). Αυτές οι περίοδοι συνήθως κρατούν λίγα λεπτά ή ώρες.

22. Ποτέ	28. 8 με 10 φορές στους 3 μήνες/ 2 φορές σε 3 εβδομάδες
23. 1 φορά στους 3 μήνες	29. 1 φορά την εβδομάδα/ 11 με 15 φορές σε 3 μήνες
24. 2 φορές στους 3 μήνες	30. Αρκετές φορές την εβδομάδα αλλά λιγότερο από τη μισή εβδομάδα
25. 3 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά το μήνα	31. Περισσότερο από τη μισή εβδομάδα / σχεδόν καθημερινά
26. 4 με 5 φορές στους 3 μήνες/ 1 φορά σε 3 εβδομάδες	32. Καθημερινά
27. 6 με 7 φορές στους3 μήνες/ 1 φορά σε 2 εβδομάδες	

Μερικοί άνθρωποι αντιδρούν έντονα στα στρεσογόνα γεγονότα. Θα σας ρωτήσω τώρα πόσο συχνά έχετε βιώσει συγκεκριμένες αγχώδεις αντιδράσεις τους τελευταίους 3 μήνες.

Αποσύνδεση: **αποπροσωποίηση (9.1), αποπραγματοποίηση (9.2), συνειδητότητα(9.3), μνήμη (9.4 and 9.5)**

9.1 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά δεν αισθανόσασταν ο εαυτός σας, σαν να βλέπετε τον εαυτό σας, ή να στέκεστε έξω από τον εαυτό σας, ή σαν να βρισκόσαστε σε ταινία ή όνειρο; *(ο εαυτός είναι και σώμα και νους) (όχι εξαιτίας ουσιών)*

9.2 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά έμοιαζε το περιβάλλον ξένο ή μη πραγματικό;

(π.χ. οι άλλοι άνθρωποι έμοιαζαν ανοίκειοι ή σαν ρομπότ) (όχι εξαιτίας ναρκωτικών ουσιών)

9.3 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ανακαλύψατε ότι δεν ξέρατε τι κάνατε ή που βρισκόσασταν;

(όχι εξαιτίας ουσιών)

9.4 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά δεν μπορούσατε να αναγνωρίσετε οικείους ανθρώπους ή πράγματα;

(όχι εξαιτίας ουσιών)

9.5. Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά δεν μπορούσατε να θυμηθείτε αρκετά σημαντικά γεγονότα και/ή χρονικές περιόδους; *(όχι εξαιτίας χρήσης ουσιών, κλινική κρίση για τη σημαντικότητα κάποιου πράγματος, οπότε δεν βρίσκεται πάντα εκτός αντίληψης συνεντευξιαζόμενου)*

Παρανοϊκός ιδεασμός

9.6 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ήσασταν ιδιαιτέρως καχύποπτος ή δύσπιστος απέναντι στους άλλους;

(όχι εξαιτίας χρήσης ουσιών) (η ιδέα είναι απαραίτητη, όχι η συμπεριφορά)

9.7 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ήσασταν πεπεισμένος ότι άνθρωποι σας καταδίωκαν;

(όχι εξαιτίας χρήσης ουσιών) (αυτό το ερώτημα αναφέρεται σε παροδικές παραισθήσεις)

9.8 Τους τελευταίους 3 μήνες, πόσο συχνά ήσασταν πεπεισμένος ότι οι άλλοι σας συμπεριφέρονταν άδικα;

(όχι εξαιτίας χρήσης ουσιών) (αυτό το ερώτημα είναι σχετικό με παροδικές παραισθήσεις)

1) Οι εξηγήσεις αναφέρονται από το Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality disorders (First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S. (1997). User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press).

Cultivating Mentalization in Psychotherapy by Elliot Jurist (The Guilford Press, 2018).

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

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 διενεργηθεί και η συνέντευξη ***Δείκτης Σοβαρότητας Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας των Arnoud Arntz & Josephine Giesen-Bloo***, η οποία σταθμίζεται στον ελληνικό πληθυσμό. Την συγκεκριμένη έρευνα διενεργεί η ***κα Σουλτάνη Ειρήνη***, 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: