



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ  
ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ**  
**ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»**

**ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**A. M. 20180954**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:** «Τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα ως προβλεπτικοί παράγοντες για την πρόωρη διακοπή της θεραπείας (drop out) ασθενών με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας»

**ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2021**

## **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά τους επόπτες μου κο Ιωάννη Μαλογιάννη και κα Ελένη Γιαννούλη  
για την εμπιστοσύνη και την πολύτιμη βοήθεια τους

Ευχαριστώ τον Καθηγητή κο Ζέρβα για την συνεισφορά του στην υλοποίηση αυτού  
του Μεταπτυχιακού Προγράμματος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην ψυχιατρική κλινική καθώς μέχρι και σήμερα παραμένει ασαφής η φύση και ο ορισμός της, και κατ' επέκταση, η ενδεδειγμένη και αποτελεσματικότερη θεραπεία. Αυτό που τη χαρακτηρίζει είναι ένα μοτίβο «σταθερής αστάθειας» που την καθιστά ακόμα πιο σύνθετη και τη μελέτη της ολοένα και πιο αναγκαία.

Η ασαφής αυτή αστάθεια που διαφαίνεται στην Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, έχει συχνά ως επακόλουθο τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας των ασθενών. Καθώς η ψυχοθεραπεία αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως η θεραπεία πρώτης επιλογής, είναι απαραίτητο να δοθεί η ανάλογη σημασία στο να μπορέσουν οι παρεμβάσεις να δομηθούν με τρόπο που να μπορούν οι ασθενείς να δεσμευτούν και να παραμείνουν σε αυτές. Όπως λοιπόν προκύπτει, η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν και οδηγούν στον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας είναι απαραίτητη.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που απασχολούν την παρούσα έρευνα αναφέρονται σε τρεις παράγοντες που υποθέτουμε ότι επηρεάζουν την πρόωρη διακοπή της θεραπείας των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι επιτελικές λειτουργίες που αφορούν στην στοχοκατευθυνση, τον έλεγχο και τον συντονισμό της συμπεριφοράς, η παρορμητικότητα ως απόρροια της συναισθηματικής απορύθμισης, και η επιθετικότητα είναι οι παράγοντες που θα μελετηθούν.

Αρχικά, γίνεται μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ανωτέρω ερευνητικά ερωτήματα προκειμένου να γίνει μία καταγραφή των ελλειμμάτων που υπάρχουν στους υπό μελέτη παράγοντες αλλά και των παραγόντων που φαίνεται βιβλιογραφικά να επηρεάζουν γενικά το drop out. Όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία, εμφανίζονται

αντικρουόμενα αποτελέσματα, χωρίς να είναι εν τέλει σαφής ο τρόπος που οι ασθενείς φαίνεται να διακόπτουν τη θεραπεία τους. Ωστόσο, σύμφωνα με την ανασκόπηση, σημαντικός φαίνεται να είναι ο συναισθηματικός παράγοντας, που επηρεάζει καθεμία από τις υπό μελέτη μεταβλητές και τελικά και την παραμονή ή μή στη θεραπεία.

Για τον έλεγχο των ερευνητικών ερωτημάτων προτείνεται η στατιστική μέθοδος της ανάλυσης της παλινδρόμησης, προκειμένου να διαφανεί αν υπάρχει προβλεπτικός χαρακτήρας στις μεταβλητές. Ωστόσο, λόγω των περιορισμών του δείγματος στην παρούσα φάση, δεν μπόρεσε να ολοκληρωθεί και έγινε σύγκριση των υπό μελέτη ομάδων, όσων δηλαδή παρέμειναν στη θεραπεία με όσους εν τέλει φαίνεται να διέκοψαν πρώιμα. Συνεπώς, γίνεται λόγος αποκλειστικά για τάσεις και προκαταρκτικά ευρήματα που θα μπορούσαν να γενικευτούν μελλοντικά καθώς η έρευνα θα συνεχιστεί και το δείγμα θα ενισχυθεί.

Αυτό που ωστόσο εντοπίζουμε στα αποτελέσματα και μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για συνέχιση της έρευνας ή για άνοιγμα σε ένα νέο ερευνητικό πεδίο, είναι η τάση που αναδεικνύεται στην παρούσα μελέτη, πώς τελικά, όσοι από τους ασθενείς παρέμειναν και συνέχισαν τη θεραπεία τους, είναι οι ασθενείς που μαρτυρούν σοβαρότερες συναισθηματικές δυσκολίες.

Συμπερασματικά, η κατανόηση και η περαιτέρω διερεύνηση όσων εν τέλει καταδείχθηκαν μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην καλύτερη οργάνωση και σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στον ασφαλέστερο και αποτελεσματικότερο τρόπο παρέμβασης στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

**Λέξεις κλειδιά:** Οριακή διαταραχή προσωπικότητας, Επιθετικότητα, Παρορμητικότητα, Επιτελικές λειτουργίες, Πρόωρη διακοπή θεραπείας

## Abstract

Borderline Personality Disorder is one of the biggest challenges in the psychiatric clinic as to this day. Its nature and definition remain obscure. Consequently, the choice of the most appropriate and effective treatment still concerns the psychiatric community. In fact, a significant pattern of this disorder is about a "constant instability" that makes it even more complex and its study increasingly necessary.

This instability we refer to, often results in premature termination of patients' treatment. As psychotherapy turns out to be the treatment of choice, in the literature review, it is essential to give due consideration to allowing interventions to be structured in such a way that patients can engage to them. As it turns out, understanding the factors that affect and lead to premature termination of treatment is essential.

The research questions of the present study refer to three factors we assume that influence the early cessation of treatment of patients with borderline personality disorder. More specifically, executive functions related to goal-orientation, control and co-ordination of behaviour, impulsivity as a result of emotional dysregulation, and aggression are the factors that will be studied.

First, a review of the literature on the above research questions is performed in order to record the deficits that exist in the factors under study and the factors that seem to bibliographically affect the drop out in general. As shown in the literature, conflicting results appear, without it being entirely clear how patients seem to discontinue their treatment. However, according to the review, the emotional factor seems to be

important and to be affecting each of the transients under study and ultimately whether or not the patients continue their psychotherapy program.

To check the research questions, the statistical method of regression analysis is proposed, in order to see if there is a predictive character in the variables. However, due to the limitations of the sample at this stage, it could not be completed. As a consequence, a comparison was made between the two study groups, those who remained in treatment and those who eventually seem to have stopped early, in order to point out each group's characteristics. Therefore, we are talking exclusively about preliminary findings that can be generalized in the future as the research will continue and the sample will be strengthened.

However, what we find in the results and can be a trigger for further research or for opening a new field of research, is the trend that emerges in the present study, that, the patients who remained and continued their treatment, are the patients which testify to more serious emotional difficulties.

In conclusion, understanding and further investigating what was ultimately demonstrated can significantly help in better organization and planning of therapeutic interventions and in the safest and most effective way of intervening in borderline personality disorder.

**Key words:** Borderline personality disorder, Impulsivity, Aggression, Executive functions, Drop out

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες .....	2
Περίληψη .....	3
Abstract .....	4
Πίνακας Περιεχομένων .....	5
<b>Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή</b> .....	<b>7</b>
1.1. Ορισμός ΟΔΠ .....	7
1.2. Αιτιολογία ΟΔΠ .....	9
1.3. Θεραπεία ΟΔΠ .....	10
<b>Κεφάλαιο 2 : Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</b> .....	<b>12</b>
2.1. Επιτελικές Λειτουργίες .....	12
2.1.1. Ορισμός Επιτελικών Λειτουργιών .....	12
2.1.2. Ελλείμματα στις Επιτελικές Λειτουργίες στην ΟΔΠ .....	13
2.2. Παρορμητικότητα .....	21
2.2.1. Παρορμητικότητα: Ορισμός .....	21
2.2.2. Η Παρορμητικότητα στην ΟΔΠ .....	22
2.3. Επιθετικότητα .....	25
2.3.1. Επιθετικότητα: Ορισμός .....	25
2.3.2. Η Επιθετικότητα στην ΟΔΠ .....	26
2.4. Πρόωρη Διακοπή της Θεραπείας (Dropout) .....	28
2.4.1. Ορισμός .....	28

2.4.2. Παράγοντες που οδηγούν σε Πρόωρη Διακοπή της Θεραπείας .....	29
2.4.3. Πρόωρη Διακοπή της Θεραπείας στην ΟΔΠ .....	30
<b>Κεφάλαιο 3: Ερευνητικά Ερωτήματα – Ερευνητικές Υποθέσεις .....</b>	<b>36</b>
<b>Κεφάλαιο 4: Μέθοδος .....</b>	<b>37</b>
4.1. Δείγμα .....	37
4.2. Κριτήρια Ένταξης – Κριτήρια Αποκλεισμού .....	37
4.3. Διαδικασία .....	38
4.4. Εργαλεία .....	38
4.5. Στατιστική Ανάλυση .....	41
<b>Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα .....</b>	<b>42</b>
<b>Κεφάλαιο 6: Συζήτηση .....</b>	<b>49</b>
6.1. Περιορισμοί της Έρευνας .....	53
6.2. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα .....	55
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>57</b>

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1. Ορισμός



**Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας** ανήκει στην ψυχιατρική κατηγορία των διαταραχών της προσωπικότητας. Αποτελεί μία διαταραχή με επιπολασμό 2% του γενικού πληθυσμού (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), και ανέρχεται μέχρι και στο 10% του ψυχιατρικού πληθυσμού, που ξεκινά με συμπτώματα κατά την εφηβεία ή και νωρίτερα. Τα συμπτώματα μένουν καθόλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής και αφορά συχνότερα σε γυναίκες. Χαρακτηρίζεται από ένα διαρκές μοτίβο συναισθηματικής αστάθειας, έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς, αστάθεια στην ταυτότητα, την εικόνα εαυτού, και στις διαπροσωπικές σχέσεις (Skodol et al. 2002; Bohus et al. 2004). Έχει συνδεθεί επίσης με τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία (Bertsch, 2012). Το ποσοστό αυτοκτονιών στους ασθενείς με ΟΔΠ φτάνει στο 10% (Paris, 2002; Stone, 1993), 69% - 75% μαρτυρούν αυτοτραυματισμούς και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Clarkin et al., 1983) και τέλος παρατηρείται υψηλό ποσοστό drop out (Clarkin, 1996), και συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από ότι οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή (Bender et al., 2001). Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ φαίνεται να είναι πιο ασταθή από ότι στις άλλες διαταραχές προσωπικότητας, αναδεικνύοντας μια «σταθερή αστάθεια», διατύπωση που εισήγαγε ο Schmideberg.

**Κατά το DSM III** τα βασικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ αφορούν σε διαπροσωπικές σχέσεις που είναι συχνά έντονες και ασταθείς, με αξιοσημείωτες αλλαγές στάσης με την πάροδο του χρόνου. Συχνά, επίσης, παρορμητική και απρόβλεπτη συμπεριφορά που είναι πιθανώς σωματικά αυτοκαταστροφική. Η διάθεση είναι ασταθής, με έντονες αλλαγές από τη φυσιολογική διάθεση στη δυσφορική ή με ακατάλληλο, έντονο θυμό ή έλλειψη ελέγχου. Μια βαθιά διαταραχή ταυτότητας μπορεί να εκδηλωθεί από αβεβαιότητα σχετικά με διάφορα ζητήματα που σχετίζονται με την ταυτότητα, όπως η αυτο-εικόνα, η ταυτότητα φύλου ή μακροπρόθεσμοι στόχοι ή αξίες. Μπορεί να υπάρχουν προβλήματα ανεκτικότητας στο να είναι κανείς μόνος και χρόνια συναισθήματα κενού ή πλήξης.

**Κατά τον Kernberg (1975)** γίνεται ένας διαχωρισμός ως προς τον όρισμό της οριακότητας. Σχετικά με τον όρο «οριακή οργάνωση» (borderline personality organization BPO), όπως έχει ο ίδιος γράψει, εντοπίζεται στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία και «αναφέρεται σε μια ευρεία κατηγορία ασθενών των οποίων η υποκείμενη ψυχική κατάσταση δεν χαρακτηρίζεται από το χάος και την αποδιοργάνωση που σχετίζεται με ψυχωσικούς ασθενείς, αλλά επίσης στερείται της απαρτίωσης, της σταθερότητας των σχέσεων και της ρύθμισης των συναισθημάτων που σχετίζονται με νευρωτικούς ασθενείς». Σε ένα συνεχές σοβαρότητας, τοποθετείται στη μέση, μεταξύ νεύρωσης και ψύχωσης, και διαγνωστικά συνδέεται με άλλες σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας. Επίσης, σχετικά με τα συμπτώματα εντοπίζονται πολλά από ποικίλες διαταραχές του άξονα I. Κυρίως όμως, ορίζεται από την υποκείμενη ψυχολογική δομή και όχι από την έκδηλη εικόνα. Ο δεύτερος ορισμός που εντοπίζεται και εξηγήθηκε παραπάνω, αφορά στα στοιχεία που αναφέρονται και στο DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) και βασίζεται κυρίως στην φαινομενολογία. Η διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός, πως σύμφωνα με τον πρώτο ορισμό, πολλοί ασθενείς με την προαναφερόμενη ψυχική δομή πληρούν τα κριτήρια και θα είχαν ταξινομηθεί σε άλλες διαταραχές προσωπικότητας κατά DSM, όπως η ιστριονική, η ναρκισσιστική ή η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τη θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων, οι ασθενείς με ΟΔΠ συχνά βιώνουν τις σχέσεις ως επικίνδυνες και πιθανώς καταστροφικές. Επίσης φαίνεται να μην έχουν την ικανότητα να κατανοούν τις ψυχικές καταστάσεις που βιώνουν, τις αιτίες και τα αποτελέσματα των πράξεων τους και τις αντιδράσεις τους μέσα στις σχέσεις. Αφορά σε μία δυσκολία απαρτίωσης και εμπειρίεξης των σχέσεων με συνακόλουθα αποτελέσματα σε όλες τις μετέπειτα σχέσεις. Οι συνηθέστερες άμυνες που εγείρονται είναι η προβολή, η προβλητική τάυτιση και η σχάση, που εξηγούν και όλες τις συνακόλουθες καταστάσεις: το «καλό» παραγκωνίζεται για να προστατευτεί, το

«κακό» προβάλλεται για να απομακρυνθεί, και τελικά εντοπίζεται η δυσκολία στη συγκρότηση και τη δέσμευση που αφορά και στον πυρήνα της παθολογίας.

Τελικά, φαίνεται να είναι ακόμα θολή η εικόνα ακόμα και όσον αφορά στον ίδιο τον ορισμό της ΟΔΠ. Συχνά ο τρόπος που ο καθένας κατανοεί και ερμηνεύει την διαταραχή εξαρτάται από την εκπαίδευση και την προσέγγισή του, ωστόσο αναδεικνύεται η ανάγκη για μία κοινή βάση επικοινωνίας.

## **1.2. Αιτιολογία**

**Ως προς την αιτιολογία της ΟΔΠ** υπάρχουν επίσης διαφορετικές θεωρήσεις. Σύμφωνα με τον Kernberg (1975), από τη μία βρίσκονται πολλοί ψυχοθεραπευτές και ψυχαναλυτές, οι οποίοι εστιάζουν στην πρώιμη σχέση μητέρας – βρέφους, στην προ-οιδιποδιακή φάση και στις έννοιες της διαφοροποίησης και της εξατομίκευσης. Αναφέρονται στην γονεϊκή φροντίδα, η οποία φαίνεται να μην ήταν αρκετά καλή, είτε εντοπίζουν πρώιμα τραύματα και εμπειρίες. Από την άλλη, ψυχίατροι και ερευνητές δίνουν έμφαση σε παράγοντες όπως η γενετική, και συνδέσεις με άλλες ασθένειες όπως η διπολική διαταραχή ή οι συναισθηματικές διαταραχές, η ιδιοσυγγρασία και χαρακτηριστικά όπως η παρορμητικότητα, η συναισθηματική αστάθεια και η απορρύθμιση. Ωστόσο, μία συνθετική θεώρηση, κάπου στη μέση όλων όσων υποστηρίζονται θα αποτελούσε μία επιθυμητή προσπάθεια. Πιο συγκεκριμένα, γονείς που πράγματι δυσκολεύονται στην ανατροφή του παιδιού, θα έχουν να αντιμετωπίσουν πολύ μεγαλύτερες δυσκολίες όταν πρόκειται για ένα «δύσκολο» ιδιοσυγγρασιακά παιδί, με αποτέλεσμα ένα χάσμα στην ενσυναισθητική τους στάση και ενδεχομένως τραυματικά αποτελέσματα όσον αφορά στην αλληλεπίδραση. Επίσης, οι ενδογενείς συναισθηματικές διακυμάνσεις και δυσκολίες του ίδιου, μπορεί φυσικά να επηρεάσουν την φυσιολογική του ανάπτυξη και εσωτερίκευση σχέσεων αντικειμένου. Συνεπώς, φαίνεται πως η ανάπτυξη είναι σύνθετη, πάντα συμπεριλαμβάνει το συνδυασμό της φύσης και της ανατροφής, και παρότι ενίοτε κάποιο από τα δύο μπορεί να κυριαρχεί ως αιτία στην ανάπτυξη μίας σοβαρής παθολογίας, στην περίπτωση της

οριακής διαταραχής η αλληλεπίδραση είναι πιο ασαφής και περίπλοκη (Kernberg, 1975).

Ωστόσο, είναι πάντα σημαντική και η νευροβιολογική αιτιολογία και αποτύπωση της εκάστοτε διαταραχής. Ειδικότερα, στην ΟΔΠ παρατηρείται υπερευαισθησία σε αρνητικά ερεθίσματα και υπερβολική ενεργοποίηση αρνητικών συναισθημάτων, που συνδέονται με την υπερκινητικότητα της αμυγδαλής και συναφείς δομές του μεταχιακού συστήματος. Ταυτόχρονα η έλλειψη ικανότητας για γνωστική συσχέτιση και για τον έλεγχο του συναισθήματος συνδέεται με μειωμένη λειτουργία του προμετωπιαίου και του κογχομετωπιαίου φλοιού και με τον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου και παρουσιάζουν σημαντικό νευροβιολογικό συσχετισμό με την ΟΔΠ.

### **1.3. Θεραπεία**

Το ενδιαφέρον για την **ανάπτυξη θεραπείας και τεχνικής για την ΟΔΠ**, όπως αναφέρει ο Kernberg, ξεκίνησε καθώς προέκυπτε η ανάγκη να εξηγηθεί με κάποιον τρόπο εκείνο το ποσοστό των ασθενών που κρίνονταν μεν ακατάλληλοι για ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, αλλά δεν ήταν και ψυχωτικοί, ενώ τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά τους ήταν οι διαταραχές στο συναίσθημα και οι έντονες διαπροσωπικές σχέσεις. Στην προσπάθεια αυτή, αναπτύχθηκαν τεχνικές για να αναγνωρίζονται αυτοί οι ασθενείς πριν ξεκινήσουν ψυχοθεραπεία, όπως τα ψυχολογικά τεστ, οι δομημένες συνεντεύξεις και τα διαγνωστικά κριτήρια. Παράλληλα, η προσέγγιση συνοδευόταν από στρατηγικές και τεχνικές ψυχαναλυτικές μεν, αλλά προσαρμοσμένες στους ασθενείς αυτούς, όπως για παράδειγμα πιο ενεργητικοί θεραπευτές, μεγαλύτερη έμφαση στη σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή στο εδώ και τώρα, η χρήση της αντιμεταβίβασης, η ψυχοεκπαίδευση των ασθενών έτσι ώστε να αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις τους και τι τις πυρροδοτεί, η σύνδεση σκέψεων και πράξεων και η αναγνώριση ότι η συμπεριφορά παρακινείται και αντανακλά τις προθέσεις και τις επιθυμίες τους. Συνεπώς, όχι μόνο δομήθηκε έτσι η

θεραπεία αλλά βοήθησε και στην ανάπτυξη της τεχνικής για τη θεραπεία και για άλλες διαταραχές.

Η πολικότητα των νευροβιολογικών και ψυχοδυναμικών απόψεων που αναφέρθηκε παραπάνω, διαπερνά επίσης και ερωτήματα σχετικά με εναλλακτικές στρατηγικές θεραπείας για τους οριακούς ασθενείς. Η ανάπτυξη των γνώσεών μας σχετικά με τη γενετική και την προδιάθεση για υπερβολική ενεργοποίηση αρνητικών συναισθημάτων και ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων που επηρεάζουν τις αντικειμενότερες σχέσεις, και η έλλειψη επαρκούς πλαισίωσης και ελέγχου των πρωτόγονων επιδράσεων που προέρχονται από την ανεπαρκή προμετωπιαία φλοιική λειτουργία έχει ενθαρρύνει την αναζήτηση βιολογικών θεραπειών που επηρεάζουν άμεσα την ενεργοποίηση και την ένταση των συναισθημάτων. Έτσι, προτείνεται και η χρήση φαρμακευτικής αγωγής και ειδικότερα αγχολυτικών, αντικαταθλιπτικών και σταθεροποιητών της διάθεσης και πιο πρόσφατα, η χρήση άτυπων νευροληπτικών χαμηλής δόσης για τα συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το άγχος και την αποσύνδεση.

Το πιο σημαντικό εύρημα εν τέλει με βάση τα παραπάνω, ήταν ότι ορισμένοι οριακοί ασθενείς ανταποκρίνονται σε κάποιο φάρμακο από ένα ευρύ φάσμα που προτείνεται, αν και μόνο περίπου το 30% αυτών των ασθενών ανταποκρίνονται ικανοποιητικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μετά από μήνες φαρμακευτικής αγωγής, πολλοί ασθενείς που αρχικά είχαν ανταποκριθεί θετικά έτειναν να παρουσιάζουν απώλεια της βελτίωσης και να μειώνεται η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων, καθώς φαίνεται η δομική προδιάθεση στη συναισθηματική συμπτωματολογία τους να υπερισχύει των επιδράσεων του φαρμάκου. Συνεπώς, ο κύριος ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής είναι αυτός ενός βοηθητικού εργαλείου στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας.

Με τα χρόνια, βλέπουμε την εμφάνιση συστηματικών μελετών για την αποτελεσματικότητα και τον μηχανισμό δράσης πολλών διαφορετικών ψυχοθεραπειών στους ασθενείς με ΟΔΠ. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια στρατηγική αναζήτησης προς την εύρεση της βέλτιστης θεραπείας για κάθε ασθενή και

στην ανάπτυξη νέων και βελτιωμένων θεραπειών. Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και ίσως αποτελεί μια σημαντική πρακτική προσέγγιση στη θεραπεία των οριακών ασθενών, ιδιαίτερος εκείνων με αυτοκτονικά ή/και παρααυτοκτονικά συμπτώματα και συναισθηματική απορρύθμιση. Αρκετές ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες έχουν, επίσης, αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές (Kernberg OF., 1975).

Γενικά, η θεραπεία της ΟΔΠ είναι σύνθετη και μακροχρόνια, καθώς παρατηρούνται επίσης πολύ συχνά πρόωρες διακοπές της θεραπείας. Ως ενδεδειγμένη μέθοδος παρέμβασης και θεραπεία πρώτης επιλογής προκρίνεται η ψυχοθεραπεία (ΑΡΑ) με παράλληλη φαρμακευτική αγωγή σε έντονες περιόδους, όπως και αναφέρθηκε, η οποία αφορά και γενικά σε όλες τις διαταραχές προσωπικότητας, αλλά και στην ΟΔΠ ειδικότερα (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007).

Οι ασθενείς με ΟΔΠ ακόμα και δεκαετίες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, εξακολουθούν να εμφανίζουν δυσκολίες ως προς τη δομή της προσωπικότητας τους: έλλειψη αποτελεσματικότητας και ικανοποίησης στη ζωή και τη δουλειά, έλλειψη σταθερότητας στις κοντινές και ερωτικές σχέσεις, στη δημιουργία οικογένειας και δυσκολία να ξεπεραστεί η κοινωνική απομόνωση. Η εστίαση στη μακροπρόθεσμη πορεία της οριακής ψυχοπαθολογίας και η επίδραση των παρεμβάσεων στην τροποποίησή της αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη μελλοντική έρευνα.

## **2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **2.1. Επιτελικές Λειτουργίες**

#### **2.1.1. Ορισμός**

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας έχει μελετηθεί αρκετά σε διεθνές επίπεδο, ωστόσο είναι εμφανές πως προκύπτουν διαρκώς νέα δεδομένα όσον αφορά στα νευρογνωστικά ελλείμματα και τη σχέση τους με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου (LeGris & van Reekum, 2006). Πιο συγκεκριμένα,

ελλείμματα στις **επιτελικές λειτουργίες** φαίνεται να διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην ανάπτυξη των κλινικών χαρακτηριστικών της ΟΔΠ (Pennington BF, Ozonoff S., 1996). Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις νευροψυχολογικές συσχετίσεις της ΟΔΠ προκύπτει το συμπέρασμα ότι υπάρχει μια σειρά ελλείψεων οι οποίες σχετίζονται με τις επιτελικές λειτουργίες.

Πιο συγκεκριμένα, οι επιτελικές λειτουργίες (EFs) είναι υψηλότερης τάξης συναρτήσεις που περιλαμβάνουν τις ικανότητες σχεδιασμού, κριτικής και ζύγισης των επιλογών. Είναι υπεύθυνες για τη λήψη σύνθετων αποφάσεων και για τον έλεγχο ή την αναστολή άλλων σκέψεων ή συμπεριφορών (LeGris et al., 2012). Ειδικότερα, οι επιτελικές λειτουργίες περιλαμβάνουν: τον έλεγχο της συμπεριφοράς και των παρορμήσεων, την επίλυση προβλημάτων, την ενεργό μνήμη, το συντονισμό και τη στοχο-κατεύθυνση (Funahashi, 2001). Σε ανασκόπηση, ο Funahashi (2001) συνόψισε την εκτελεστική λειτουργία ως «ένα προϊόν συντονισμένης λειτουργίας διαφόρων διεργασιών για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου με ευέλικτο τρόπο». Όταν τα εκτελεστικά συστήματα ελέγχου καταρρεύσουν, η συμπεριφορά γίνεται ανεπαρκώς ελεγχόμενη, αποσπασματική και χωρίς αναστολές. Άρα, **συντονισμός, έλεγχος και στόχο-κατεύθυνση** είναι, ως εκ τούτου, στον πυρήνα της έννοιας της εκτελεστικής λειτουργίας.

Όπως συνάγεται λοιπόν από τα ανωτέρω, οι επιτελικές λειτουργίες διαδραματίζουν καίριο ρόλο σε σύνθετες διαδικασίες και καταστάσεις του εαυτού όπως ενδεικτικά αναφέρεται η διορατικότητα, η αυτογνωσία, ο προβληματισμός, ο έλεγχος και η αξιολόγηση της σκέψης. Νευρολογικά, σχετίζονται με την ακεραιότητα του προμετωπιαίου φλοιού (PFC) και τις περίπλοκες νευρικές διασυνδέσεις τους με άλλες εγκεφαλικές περιοχές (Ruocco A, 2005).

### **2.1.2. Ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες στην ΟΔΠ**

Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD) έχουν ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες (EF) στις περισσότερες (LeGriss και van Reekum, 2006), αν και όχι σε όλες τις μελέτες σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Kunert et al., 2003; Sprock et al., 2000). Οι επιτελικές λειτουργίες και ο έλεγχος των παρορμήσεων φαίνεται να διαταράσσονται στην ΟΔΠ και να επηρεάζουν τις συναισθηματικές, γνωστικές και διαπροσωπικές περιοχές της συμπτωματολογίας (Fertuck, E. A., Keilp, J., Song, I., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B. S., & Stanley, B., 2012).

Αρχικά, το σημαντικότερο έλλειμμα τους φαίνεται να είναι **ο γνωστικός σχεδιασμός, ο προγραμματισμός**, όπως φαίνεται από την μετα-ανάλυση που διενεργήθηκε από τον Ruocco (2005). Σε μελέτη των Gvirts HZ, Harari H, Braw Y, Shefet D, Shamay-Tsoory SG, Levkovitz Y (2012), φάνηκε πως συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ΟΔΠ είχαν ελλείμματα στην αναστολή απόκρισης και στον προγραμματισμό, στηρίζοντας έτσι την διατύπωση πως τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες αποτελούν έναν ενδοφαινόμενο για την ΟΔΠ.

Ελλείμματα έχουν εντοπιστεί **στο στρατηγικό σχεδιασμό, την οργανωμένη αναζήτηση και την καθοδηγούμενη συμπεριφορά προς την επίτευξη ενός στόχου**, το να μπορεί δηλαδή κανείς να αξιοποιήσει στοιχεία του περιβάλλοντος (και ανατροφοδότηση) για την αλλαγή και την προσαρμογή της συμπεριφοράς του. Αυτά, μπορούν να εξηγήσουν και την αστάθεια σε στόχους, προσδοκίες και αξίες, όπως επίσης και τη δυσκολία που παρατηρείται να μάθουν από εμπειρίες του παρελθόντος ασθενείς με ΟΔΠ (Ghanem M., et al, 2015). Ωστόσο, είναι σημαντικό πως δεν έχει ερευνηθεί αν αυτά τα ελλείμματα εκτείνονται και σε αποφάσεις που αφορούν σε μελλοντικές πράξεις, σχέδια και μακρινούς στόχους.

Στη συνέχεια, ένα έλλειμμα που εντοπίζεται στις περισσότερες έρευνες αφορά στην ενεργό μνήμη (υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής). Σύμφωνα με το άρθρο “Executive Function in Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents” (Flüs L., Resch F., Möhler E., 2018), αναδεικνύεται ο καθοριστικός ρόλος στην ενεργό μνήμη,



καθώς «ενημερώνει νέες αναπαραστάσεις για μελλοντικές δράσεις» και κατά συνέπεια επηρεάζονται άμεσα οι σχέσεις, η συμπεριφορά αλλά και η δέσμευση στη θεραπεία. Επίσης, η ενεργός μνήμη φαίνεται να συνδέεται με την παρορμητικότητα και αποτυπώνεται κλινικά μέσω της δυσκολίας να ελεγχθεί η προσοχή όταν συνδέεται με ένα συναισθηματικό ερέθισμα (Cheung et al., 2004; Stanford et al., 2009), (Domes et al., 2006). Έτσι, αναδεικνύεται και η σημασία να λαμβάνεται υπόψη η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που εξετάζονται καθώς μπορεί να επηρεάσει τις λειτουργίες που μελετώνται, όπως επίσης και η ανάγκη να γίνουν περισσότερες μελέτες για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών και νευροψυχολογικών λειτουργιών (Haaland, V., Esperaas, L., & Landrø, N., 2009).

Σημαντικό έλλειμμα στην ενεργό μνήμη αποτυπώνεται και στο άρθρο των Hagenhoff M. Et al., (2012) "Executive functions in borderline personality disorder". Ειδικότερα, το έλλειμμα εκεί εντοπίστηκε αποκλειστικά στην ενεργό μνήμη, και δεν φαίνεται να επηρέασε ή να υπάρχει αντίστοιχη δυσκολία στην αναστολή απόκρισης, ούτε να παρεμβαίνει στη λειτουργία άλλων γνωστικών λειτουργιών, αποτέλεσμα αντικρουόμενο με την πλειονότητα των ερευνών. Επίσης δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση με την παρορμητικότητα, ούτε με την αναστολή απόκρισης, στοιχείο που υποδεικνύει κατά τους συγγραφείς ότι δεν πρόκειται για πυρηνικό έλλειμμα της ΟΔΠ, αλλά έρχεται ως αποτέλεσμα συννοσηρότητας. Μία άλλη επίσης πιθανή ερμηνεία, αναφέρεται στο γεγονός πως αλλού η παρορμητικότητα φαίνεται να έχει συσχέτιση με την ενεργό μνήμη (Cheung et al., 2004; Stanford et al., 2009), άρα υποθέτουν πως διαφορετικές πτυχές της παρορμητικότητας (attentional, motor, non-planning) συνδέονται και με συγκεκριμένες ικανότητες (προσοχή, κινητικότητα, σχεδιασμός), τονίζοντας την πολυδιάστατη φύση της, και υποδεικνύοντας πως μπορούν να υπάρξουν συσχετίσεις ενδεχομένως και με τις νευροψυχολογικές λειτουργίες. Πιο συγκεκριμένα, η παρορμητικότητα που αφορά στην προσοχή (όπου και εντοπίζεται

έλλειμμα) συνδέεται με την αδυναμία των ασθενών να διαγράψουν από τη μνήμη εργασίας τις άσχετες πληροφορίες.

Όσον αφορά στην **αναστολή αυθόρμητης απάντησης**, υπάρχει πληρώθια ερευνών που εντοπίζει έλλειμμα (Nigg et al., 2005) και το συνδέει με την παράμετρο της παρορμητικότητας και πάλι. Ειδικότερα, η ικανότητα αναστολής επηρεάζει τις κοινωνικές συμπεριφορές, τη ρύθμιση του συναισθήματος και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Derryberry & Reed, 1994; Posner & Rothbart, 2000). Ωστόσο, πρόκειται για ένα εύρημα αμφιλεγόμενο, καθώς υπάρχουν ακόμα πολλές μελέτες που δεν φαίνεται να το εντοπίζουν (Barnow et al., 2009; Dinn et al., 2004; Kunert et al., 2003; LeGris et al., 2012; Ruchow et al., 2008; Volker et al., 2009, Lampe et al. 2007). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται, ότι η μειωμένη αναστολή απόκρισης δεν αποτελεί βασικό έλλειμμα στην ΟΔΠ αλλά μπορεί να αποδοθεί σε συννοσηρότητα με ΔΕΠ-Υ. Αυτή η υπόθεση υποστηρίχθηκε στη μελέτη των Krause-Utz et al. (2013), ο οποίος ανέφερε μειωμένη αναστολή απόκρισης στην ΟΔΠ μόνο σε περίπτωση συννοσηρότητας με ΔΕΠ-Υ. Οι αποκλίνουσες αυτές αναφορές για τα ελλείμματα αναστολής απόκρισης στην ΟΔΠ μπορεί να οφείλονται και στο μεθοδολογικό σχεδιασμό [η δοκιμή Stropp διαφέρει από το παράδειγμα που χρησιμοποιείται συχνά με το NoGo όσον αφορά τις διαδικασίες αυτόματης ή ελεγχόμενης απόκρισης (Lenzenweger et al., 2004; Verbruggen and Logan, 2008)]. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Depue & Lenzenweger (2001, 2005), μπορούμε να εντοπίσουμε μία κοινή βιολογική, νευροενδοκρινική βάση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας στην παρορμητική επιθετικότητα, την ενεργό μνήμη και τις διαδικασίες ανασταλτικού ελέγχου, γεγονός που μπορεί να υποδεικνύει ένα κοινό παρονομαστή, αλλά θα άξιζε να διερευνηθεί περαιτέρω.

Στη συνέχεια, σύμφωνα με το άρθρο “The Neuropsychological Correlates of Borderline Personality Disorder and Suicidal Behaviour” (LeGris J., et al, 2006), η αναστολή απόκρισης φαίνεται να είναι η λειτουργία που παρουσιάζει το μεγαλύτερο

έλλειμμα καθώς απαιτεί ταχύτητα επεξεργασίας και οπτικοκινητικές δεξιότητες. Κλινικά αυτό αποτυπώνεται όταν παρατηρείται μειωμένη συγκέντρωση και προσανατολισμός στο στόχο, μειωμένος χρόνος απάντησης, ασυνεπείς απαντήσεις και υψηλή λήψη ρίσκου (Zelkowitz et. al). Ανάλογα αποτελέσματα αναφέρονται και στη μετα-ανάλυση του Ruocco (2005), καθώς όπως αναφέρεται το μεγαλύτερο έλλειμμα εντοπίζεται σε τομείς όπως η **προσοχή, η γνωστική ευελιξία και η ταχύτητα επεξεργασίας** (Mitchell et al., 2004; Monchi et al., 2001; Stuss et al., 2001).

Από τη μελέτη που προαναφέρθηκε των Gvirts, Harari, Shefet, Levkovitz (2016) προκύπτει και μία ακόμα σύνδεση μεταξύ των υπο μελέτη παραγόντων καθώς φαίνεται πως τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες μπορούν να εξηγήσουν συμπτώματα όπως η αδυναμία ελέγχου του θυμού (M. Ghanem et al., 2016). Σύμφωνα με τους Putnam και Silk, «η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιθανότατα μια διαταραχή της συναισθηματικής ρύθμισης μέσα σε συναισθηματικές απαντήσεις που είναι άκαμπτες ή μη ευέλικτες και συνοδεύονται από ένα μειωμένο ή αυξημένο επίπεδο διέγερσης». Ως αποτέλεσμα, οι εκρήξεις θυμού, η παρορμητικότητα, οι ακατάλληλοι μηχανισμοί αντιμετώπισης καταστάσεων και οι απόπειρες αυτοκτονίας δημιουργούν σοβαρές δυσλειτουργίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και φυσικά και στην δέσμευση και τη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης (Sevecke K, Fuchs M., 2017). Παράλληλα, γίνεται εμφανής η σημασία της πρώιμης ανίχνευσης ατόμων με ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες, καθώς θα μπορούσε να βοηθήσει σε καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις (Gvirts HZ, Harari H, Braw Y, Shefet D, Shamay-Tsoory SG, Levkovitz Y. J Affect Disord., 2012).

Σε επόμενη μελέτη με τίτλο “Executive functioning among patients with borderline personality disorder and their relatives”, ελλείμματα έχουν επίσης αναδειχθεί σε τομείς **όπως η λήψη αποφάσεων, η παρορμητικότητα και ο νοητικός σχεδιασμός**. Τα ελλείμματα αυτά αντικατοπτρίζονται στη συμπεριφορά, καθώς δυσκολεύουν το άτομο να καταλήξει στην καλύτερη δυνατή λύση, να περιμένει και να αξιολογήσει ποιά είναι

η καλύτερη απόκριση. Οδηγούν σε παρορμητικότητα και προβλήματα στο σχεδιασμό στρατηγικών και κατ' επέκταση σε αναποτελεσματικές λύσεις, και τελικά προκύπτουν δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές και συναισθηματική αστάθεια.

Πιο συγκεκριμένα, ο **παράγοντας λήψης αποφάσεων** είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Στην ΟΔΠ απαντάται κυρίως ως πολύπλοκες, παρορμητικές συμπεριφορές που επηρεάζονται από γνωστικά και συναισθηματικά κίνητρα. Η ακριβής φύση αυτών των αποφασιστικών ελλειμμάτων παραμένει ασαφής, ωστόσο νευρολογικά φαίνεται να παίζουν ρόλο μετωπικές άκρες και δυσλειτουργίες που βρίσκονται στη βάση της συμπεριφοράς όταν συμβαίνουν κακές επιλογές. Συχνά, όπως φαίνεται (Ernst M, Paulus M, 2005) τα ελλείμματα αποδίδονται σε παρορμητική συμπεριφορά ή στην αδυναμία του ανασταλτικού ελέγχου. Επίσης συχνά αναφέρεται ο ρόλος της συννόησης με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, είναι σημαντική η κατανόηση του παράγοντα της παρορμητικότητας και της συναισθηματικής αστάθειας προκειμένου να εξηγήσουμε τη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά σε άτομα με ΟΔΠ.

Αντίστοιχα, στο άρθρο "Neurocognitive deficits in decision – making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder", (Bazanis E. et al., 2002), όλα τα παραπάνω συνδέονται, καθώς όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, το έλλειμμα στη λήψη αποφάσεων που παρατήρησαν έρχεται ως απόρροια της παρορμητικότητας και της μειωμένης αναστολής απόκρισης. Ως αποτέλεσμα αυτών, απαντάται η δυσκολία στο γνωστικό σχεδιασμό και τελικά εμφανίζονται δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ειδικά όταν υπάρχουν συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις και ερεθίσματα.

Δεδομένου ότι ο εκτελεστικός έλεγχος θεωρείται σημαντικός καθοριστικός παράγοντας **για την αυτορύθμιση** (Schmeichel, 2007), τα ελλείμματα σε αυτές τις λειτουργίες φαίνεται να βρίσκονται στη βάση του φαινότυπου όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ, όπως η αυξημένη παρορμητικότητα και οι αυτοκτονικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Bazanis et al., 2002; Burgess, 1991). Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί πως η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν φαίνεται πάντα να συνδέεται

με τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες, όσο να προκύπτει ως απόρροια της παρορμητικότητας που παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με την ΟΔΠ (M. Ghanem et al., 2016). Τόσο η παρορμητικότητα, όσο και η αυτοκτονικότητα φαίνεται επίσης να συνδέονται άμεσα με τη συναισθηματική κατάσταση και αστάθεια που χαρακτηρίζει την ΟΔΠ, παρά να προκύπτουν ως βάση της προσωπικότητας των ατόμων (Fossati et al., 2014).

Τέλος, ένα αξιοσημείωτο εύρημα σύμφωνα με το άρθρο «Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder» (E. A. Fertuck, T. M.F. Lenzenweger, J. Clarkin, S. Hoermanne, B. Stanley, 2005), αναφέρεται στη σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης και της διάγνωσης της ΟΔΠ και στις ενδείξεις ότι αυτές οι πρώιμες εμπειρίες και το τραύμα προδιαθέτουν τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ και συνδέονται με ελλείμματα στον εκτελεστικό έλεγχο (Zelkowitz, Paris, Guzder, and Feldman, 2001). Συμπληρωματικά, στην ΟΔΠ φαίνεται σημαντικό επίσης ρόλο να διαδραματίζει και η **αδυναμία των ατόμων να συναισθανθούν** τους άλλους (affective and cognitive empathy) όπως περιγράφεται από τη θεωρία του νου (Fonagy and Luyten, 2016; Gunderson et al., 2018). Ο παράγοντας αυτός εξηγεί συνεπώς και τη δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις που είναι εμφανής σε ανθρώπους με ΟΔΠ και θα μπορούσε μελλοντικά να μελετηθεί σε συνάρτηση με το πρώιμο τραύμα και τη θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων που αναφέρεται εκτεταμένα στην ΟΔΠ.

Στη συνέχεια, αξίζει να σημειωθεί ένα μοντέλο που έχει ασκήσει σημαντική επίδραση στο κομμάτι της έρευνας και της θεωρίας όσον αφορά τα παραπάνω. **Το μοντέλο της Lezak (1995)** προσδιορίζει τέσσερις ευρείς τομείς του εκτελεστικού ελέγχου: τη βούληση (την ικανότητα δημιουργίας στόχων και σχηματισμού προθέσεων), το σχεδιασμό (η ικανότητα δημιουργίας μιας ακολουθίας βημάτων για την επίτευξη στόχων), τη σκόπιμη - στοχευμένη δράση (η ικανότητα εκτέλεσης σχεδίου και τροποποίησης ανάλογα με τις ανάγκες, π.χ. γνωστική ευελιξία) και την αποτελεσματική

απόδοση (η ικανότητα παρακολούθησης και αυτο-διόρθωσης ως απαραίτητο, π.χ. γνωστική αναστολή) (Anderson, 2011). Το πλαίσιο της Lezak αποτελεί κλειδί σχετικά με τις προόδους που γίνονται για τα μοντέλα των επιτελικών λειτουργιών και της ψυχοπαθολογίας, καθώς παρέχει στους ερευνητές μια βάση για την εξέταση και τη διερεύνηση των λειτουργιών σχετικά με το κατά πόσο δύνανται να τις διαχωρίζουν από τις ευρύτερες γνωστικές διαδικασίες. Για παράδειγμα, για τη διερεύνηση των μοναδικών συσχετίσεων μεταξύ EF και αντικοινωνικής συμπεριφοράς, οι Morgan και Lilienfeld (2000) διεξήγαγαν μια μετά-ανάλυση που επικεντρώθηκε μόνο σε μελέτες στις οποίες οι EF μετριοούνται χρησιμοποιώντας δοκιμές που περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα από τους τομείς που εντοπίστηκαν από τον Lezak (1995) και αυτό έχει αποδειχθεί ότι περιλαμβάνει τη λειτουργία του μετωπικού λοβού.

**Τελικά**, αν και η ΟΔΠ δεν θεωρείται τυπικά νευρογνωστική διαταραχή, ο Judd (2005) πρότεινε ότι οι νευρογνωστικές διαταραχές μπορεί να αποτελούν βασικό συντονιστή στην ανάπτυξη της ΟΔΠ. Η ακριβής φύση αυτών των ελλειμμάτων βρίσκεται ακόμα σε διερεύνηση (Dell'Osso et al., 2011; Fertuck et al., 2006). Επιπρόσθετα, ένα σημαντικό πρόβλημα στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ΟΔΠ και των επιτελικών λειτουργιών είναι ότι η ΟΔΠ είναι μια εξαιρετικά ετερογενής διαταραχή (Widiger, 1992), όπως επίσης, ότι εμφανίζονται υψηλά ποσοστά συννοσηρών διαταραχών με την ΟΔΠ (Grant et al., 2008). Το θέμα της συννόησης συνεπώς, λειτουργεί ως σημαντικό εμπόδιο κατά τη διερεύνηση της επίδρασης των επιτελικών λειτουργιών και στη λειτουργικότητα των ασθενών με ΟΔΠ.

Όσον αφορά στις διαφορές και τις αποκλίσεις που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία, κυρίως οφείλονται στο μεθοδολογικό σχεδιασμό και στους ανάλογους περιορισμούς που προκύπτουν (LeGris & van Reekum, 2006). Παραδειγματικά αναφέρεται ο παράγοντας του νοητικού δυναμικού. Αν και το IQ φαίνεται να είναι μία από τις λειτουργίες που επηρεάζεται το λιγότερο στην ΟΔΠ εξακολουθεί να είναι ένα ερώτημα εάν οι διαφορές IQ μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων μπορεί να εξηγεί ορισμένες

από τις νευροψυχολογικές διαφορές που έχουν αναφερθεί. Επιπλέον, τονίζεται η ανάγκη να αξιολογηθούν τα ανωτέρω υπό την επίδραση διαφορετικών συναισθηματικών καταστάσεων και κινήτρων, εφόσον είναι σαφές πως η συναισθηματική συνθήκη επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητα των ασθενών και ειδικά όταν πρόκειται για το συναίσθημα του θυμού (Domes et al., 2006; Korfine and Hooley, 2000; Krause-Utz et al., 2012).

Τέλος, παραμένουν σημαντικά ερωτήματα ως προς το εάν τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες εν τέλει ενισχύουν συμπτώματα της ΟΔΠ, προκαλώντας επιπρόσθετο κίνδυνο για διάφορες συννοσηρές διαταραχές ή αν συμβάλλουν ανεξάρτητα. Ένα τέτοιο ζήτημα έχει σημαντικές επιπτώσεις και σημασία για το σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για άτομα με ΟΔΠ, που έχουν αρχίσει να συμπεριλαμβάνουν και γνωστική αποκατάσταση τα τελευταία χρόνια (π.χ. Reeder, Stevens, Liddement, & Huddy, 2014). Επιπρόσθετα, εγείρονται ερωτήματα σχετικά και με άλλες νευροψυχολογικές διαδικασίες που ενδεχομένως διαδραματίζουν καίριο ρόλο όπως η λήψη αποφάσεων, αλλά και άλλα γνωστικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν και συνήθως δεν συμπεριλαμβάνονται όπως το νοητικό δυναμικό και η ταχύτητα επεξεργασίας.

---

## **2.2. Παρορμητικότητα: Ορισμός**

---

Η παρορμητικότητα θεωρείται ως κλινική, διαγνωστική και παθοφυσιολογική σφραγίδα της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας. Ο Dickman (1990) έχει χαρακτηρίσει ως δυσλειτουργική παρορμητικότητα την τάση να ενεργεί κανείς με λιγότερη πρόνοια από τους περισσότερους ανθρώπους ίσων ικανοτήτων. Ο Eysenck θεωρεί την παρορμητικότητα ως μια μη συνειδητή ριψοκίνδυνη τάση, ενώ οι Moeller et al. ορίζουν την παρορμητικότητα ως προδιάθεση για ταχείες, απρόβλεπτες αντιδράσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα χωρίς να εξετάζει το άτομο τις αρνητικές συνέπειες αυτών των αντιδράσεων στο ίδιο ή σε άλλους. Τέλος, ένας

πρόσφατος νευροψυχολογικός και βιολογικός ορισμός θεωρεί την παρορμητικότητα ως αδυναμία να αντισταθεί κανείς σε μια ώθηση με πιθανή βλάβη στον εαυτό ή σε άλλους (Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O, 2013).

Οι γνωστικές ψυχολογικές θεωρίες προσθέτουν μια πιο πειραματική προοπτική και ορίζουν την παρορμητικότητα ως την αδυναμία αναστολής συμπεριφορών και σκέψεων και ελέγχου των παρορμήσεων ως σημαντικό συστατικό του εκτελεστικής λειτουργίες που είναι θεμελιώδεις για το άτομο και κοινωνική λειτουργία (Chamberlain SR, Sahakian BJ, 2007). Πρόκειται λοιπόν για μία ευρεία δομή που είναι αποτελείται από γνωστικές, συμπεριφορικές και παρακινητικές πτυχές (Friedman NP, Miyake A, 2004).

Ωστόσο, επειδή η παρορμητικότητα αναφέρεται ως στοιχείο σε πολλές διαταραχές και δεν υπάρχει κοινώς αποδεκτός ενιαίος ορισμός στο κλινικό πεδίο, δημιουργούνται εμπόδια στον ερευνητικό χώρο (Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al., 2001). Τέλος, γίνεται μεν σαφής η ποικιλομορφία της, ωστόσο αυτό λειτουργεί και ως τροχοπέδη στην ικανότητα έγκυρης μέτρησης και αξιολόγησής της λόγω της πληθώρας και της ετερογένειας των εργαλείων για τη μέτρησή της (αυτοαναφορικά, συμπεριφορικά, νευροφυσιολογικά).

### **2.2.1. Η παρορμητικότητα στην ΟΔΠ**

Κατά τους Gunderson και Singer (1975) ο όρος «παρορμητικότητα» ως διαγνωστικό κριτήριο στην ΟΔΠ αναφέρεται σε συμπεριφορές με ακούσια αυτοκαταστροφικά αποτελέσματα όπως αυτοατραυμαρισμός, κατάχρηση ναρκωτικών ή σεξουαλικές πράξεις. Στη συνέχεια, προστέθηκαν στοιχεία όπως η χειραγώγηση μέσω αυτοκτονικότητας και αντικοινωνικών συνηθειών ως αυτοκαταστροφικές, παρορμητικές συμπεριφορές, και σύμφωνα με αυτό διακρίνονται και από άλλες διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια. Ωστόσο, με τα χρόνια καταδεικνύεται πως τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ έχουν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ τους και είναι δύσκολο να



διαχωριστούν και να συγκεκριμενοποιηθούν ως ανεξάρτητα και μετρήσιμα. Ειδικά όσον αφορά τη δυσλειτουργία στη συμπεριφορά (στην οποία εμπίπτει η παρορμητικότητα), τη συναισθηματική απορρύθμιση και τη σύγχυση της ταυτότητας, προτείνεται μία δυναμική σχέση μεταξύ τους που δύσκολα διαφοροποιείται (Clarkin J, Hull J, Hurt S, 1993).

Επίσης, στον ερευνητικό χώρο έχει αναγνωρισθεί πως παρουσιάζεται απόκλιση μεταξύ της κλινικής αντίληψης της παρορμητικότητας ως βασικού χαρακτηριστικού της ΟΔΠ και της σχετικής έλλειψης στοιχείων από εργαστηριακή έρευνα. Αυτό σημαίνει πως ενώ η παρορμητικότητα φαίνεται να είναι υψηλή στις κλίμακες αυτοαναφοράς, στις νευροψυχολογικές μετρήσεις αυτό δεν αποτυπώνεται αντίστοιχα.

Όσον αφορά στην βιβλιογραφία, αρχικά, φαίνεται πως τα ελλείμματα στον **έλεγχο της λήψης αποφάσεων** προκύπτουν ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ. Πολλές είναι οι μελέτες που προκρίνουν την παρορμητικότητα ως ένα από τα πρώτα και πιο βασικά συστατικά από την οποία προκύπτει επακόλουθη δυσλειτουργία στην ΟΔΠ (Berlin, Rolls, & Iversen, 2005; Crowell et al., 2009), καθώς σύμφωνα με ευρήματα υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ παρορμητικότητας και της συναισθηματικής αστάθειας στην ΟΔΠ (Silverman, Pinkham, Horvath, & Coccaro, 1991). Καθοριστικό ρόλο όμως φαίνεται να διαδραματίζει και η **συννόσηση με ΔΕΠ-Υ**. Αυτό επιβεβαιώνεται από μελέτες που δείχνουν ότι συμπτώματα ΔΕΠ-Υ κατά την παιδική ηλικία, προβλέπουν υψηλότερα ποσοστά ΟΔΠ στην εφηβεία ή/και την ενήλικη ζωή (Fossati A, Novella L, Donati D, et al., 2002; Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R., 2012). Επιπλέον, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που επιδεινώνει τις παρορμητικές συμπεριφορές και τα ελλείμματα ελέγχου των παρορμήσεων είναι η **χρήση ουσιών**.

Γενικά όμως, σύμφωνα με την πλειοψηφία των μελετών οι μηχανισμοί ελέγχου των παρορμήσεων δεν φαίνεται να διαταράσσονται στην ΟΔΠ. Επιπλέον, η ανασταλτική λειτουργία (stroop test) δεν φάνηκε να διαφέρει μεταξύ ασθενών με ΟΔΠ και υγιούς

πληθυσμού (Lampe K, Konrad K, Kroener S, et al., 2005). Έτσι, οι παρορμητικές συμπεριφορές που παρατηρούνται μπορούν να αποδοθούν είτε στα ανωτέρω, είτε να θεωρηθούν **απόρροια της συναισθηματικής απορρύθμισης**, καθώς όπως φαίνεται από τους Stepp et al. (2012), οι δυσκολίες στο συναίσθημα και στις σχέσεις προηγούνται των ελλειμμάτων στον έλεγχο των παρορμήσεων στην περίπτωση της ΟΔΠ. Ωστόσο, υπάρχει και η αντίστροφη άποψη, το έλλειμμα στον έλεγχο των παρορμήσεων να προηγείται της απορρύθμισης (Nigg et al., 2005) και για αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Συνεπώς, αν και η παρορμητικότητα θεωρείται πυρηνική στην ΟΔΠ, τίθεται το ερώτημα μήπως τελικά έρχεται ως απόρροια άλλων καταστάσεων που ενυπάρχουν στην ΟΔΠ.

Επιπρόσθετα, έχει προταθεί (Dickman, 1990) ένα ανασταλτικό συστατικό της προσοχής (“reflection-impulsivity”) που εμφανίζεται όταν υπάρχει ανεπαρκής εστίαση και οδηγεί στην παρορμητικότητα. Το στοιχείο αυτό επίσης μπορεί να εξηγήσει τις διακυμάνσεις και τις αποκλίσεις που προαναφέρθηκαν. Ωστόσο, σε αυτή την περίπτωση η παρορμητικότητα αναφέρεται περισσότερο σε μία γνωστική διαδικασία, ενώ παραπάνω οι ερευνητές χρησιμοποιούν κυρίως χαρακτηριστικά που αφορούν στη συμπεριφορά (όπως ριψοκίνδυνες συμπεριφορές). Το κοινό σημείο όμως που σχεδόν όλες οι έρευνες τονίζουν είναι η επίδραση που ασκεί ο παράγοντας των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, ακόμα και στις μελέτες που φαίνεται να μην διαταράσσεται ο έλεγχος των παρορμήσεων, το αποτέλεσμα αλλάζει όταν χρησιμοποιούνται συναισθηματικά φορτισμένα ερεθίσματα και ειδικά όσα προκαλούν αρνητικές αντιδράσεις (Jacob GA, Gutz L, Bader K, et al., 2010).

Με τον παράγοντα αυτό και το πώς επιδρά στην παρορμητικότητα έχουν ασχοληθεί και άλλοι ερευνητές. Οι Chapman et al., (2008) ανέφεραν ότι η αρνητική συναισθηματική κατάσταση και ειδικά ο φόβος, λειτούργησε ανασταλτικά και μετρίασε τις παρορμητικές απαντήσεις. Έτσι, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η παρορμητικότητα στην ΟΔΠ εξαρτάται κυρίως από τη συναισθηματική κατάσταση παρά αφορά σε

αμιγώς παρορμητικά χαρακτηριστικά και προσωπικότητα, και επίσης πρόκειται για δύο παράγοντες που δύσκολα μπορούν να διαχωριστούν (η συμπεριφορική και η συναισθηματική δυσλειτουργία).

## **2.3. Επιθετικότητα**

### **2.3.1. Επιθετικότητα: Ορισμός**

Στη βιβλιογραφία η έννοια της επιθετικότητας απαντάται με πολλούς διαφορετικούς όρους. Με τον όρο «aggression» αναφερόμαστε σε μία εμφανή συμπεριφορά (Moyer ΚΕ, 1976). Η «βία» (violence) χρησιμοποιείται συχνά για να υποδηλώσει επιθετικότητα στους ανθρώπους. Η εχθρότητα (hostility) μπορεί να περιλαμβάνει εμφανή ή μυστική επιθετικότητα και τέλος η «διέγερση» (agitation) είναι η υπερβολική λεκτική ή κινητική συμπεριφορά.

Η επιθετικότητα εναντίον εαυτού ή εναντίον των άλλων αποτελεί βασική συνιστώσα της ΟΔΠ και εκφράζεται μέσω έντονου θυμού, ξεσπασμάτων, αδυναμίας ελέγχου, μέσα από τις ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και με συχνή αυτοκαταστροφικότητα. Συχνά θεωρείται απόρροια της απορρύθμισης και της δυσκολίας που υπάρχει στη συμπεριφορά, στο συναίσθημα, σε νευροψυχολογικούς τομείς και στις διαπροσωπικές σχέσεις (Κ. La 'talova', J. Pras 'ko). Όλα αυτά έχουν άμεση σύνδεση με τις επιτελικές λειτουργίες, οι οποίες αφορούν στη συντονισμένη λειτουργία διαφόρων διεργασιών για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου με ευέλικτο τρόπο.

Αν και βιβλιογραφικά υπάρχουν περισσότερες μελέτες που αφορούν άντρες για τη μέτρηση της επιθετικότητας, υπάρχει μία μετα-ανάλυση που αναφέρει ότι όταν η επιθετικότητα δεν είναι αποκλειστικά σωματική, οι γυναίκες φαίνεται να φέρονται το ίδιο επιθετικά με τους άντρες (Bettancourt and Miller, 1996). Επίσης, ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα υπογραμμίζει ότι η επιθετικότητα στις γυναίκες σχετίζεται θετικά με συμπτώματα αρνητικής συναισθηματικότητας όπως η κατάθλιψη, αλλά αυτό φαίνεται

να συμβαίνει μόνο στις γυναίκες και όχι στους άντρες (Bjork et al., 1997; Dougherty et al., 1997). Συνεπώς, καταδεικνύεται η σημασία της καταθλιπτικής διάθεσης στην μέτρηση της επιθετικότητας όσον αφορά στις γυναίκες.

### **Η επιθετικότητα στην ΟΔΠ**

Το DSM-IV-TR προβλέπει «ακατάλληλο, έντονο θυμό ή δυσκολία στον έλεγχο του θυμού ως ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια για την ΟΔΠ. Η επιθετικότητα εντοπίζεται τόσο κατά του εαυτού (αυτοτραυματισμοί) όσο και κατά των άλλων. Αν και νευροβιολογικά η βάση τους είναι η ίδια, είναι σαφές πως έχουν σοβαρές και διαφορετικές επιπτώσεις, τόσο για το ίδιο το άτομο (σωματικά, ψυχικά, ή με κοινωνικές και νομικές επιπτώσεις) όσο και για το περιβάλλον τους. Η χρόνια αυτοκτονική, αυτοτραυματική και επιθετική συμπεριφορά χαρακτηριστικό πολλών ατόμων με ΟΔΠ θεωρείται συνέπεια αυτών των δυσλειτουργιών της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και της γνωστικής και διαπροσωπικής ικανότητας. Η βιοψυχοκοινωνική θεωρία αποδίδει τη δυσρύθμιση σε μια συναλλαγή μεταξύ μίας εγγενούς συναισθηματικής ευαισθησίας και ενός συναισθηματικά μη επαρκούς περιβάλλοντος κατά την παιδική ηλικία.

Οι ασθενείς με ΟΔΠ παρουσιάζουν στο ιστορικό τους αυξημένα ποσοτά διαταραχής της συμπεριφοράς και πρώιμη έναρξη της **διαταραχής της διάθεσης** σε σύγκριση με άλλους ασθενείς (Sullivan et al., 1994). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με κατάθλιψη και ΟΔΠ είχαν πρωιμότερη έναρξη διαταραχών της διάθεσης και σχεδόν διπλάσιο βαθμό αυτοαναφερόμενης οργής στο Symptom Checklist (SCL-90-R; Derogatis et al., 1973), από τους ασθενείς με κατάθλιψη αλλά χωρίς ΟΔΠ. (Bellodi et al., 1992). Από αναφορές ασθενών που νοσηλεύονται επίσης, οι ασθενείς με ΟΔΠ χαρακτήρισαν τις σχέσεις τους με τους άλλους (και νοσηλευτές και ασθενείς) ως πιο εχθρικές (Benjamin and Wonderlich, 1994), ενώ επίσης η ΟΔΠ φαίνεται να έχει το υψηλότερο ποσοστό (28%) στον ψυχιατρικό πληθυσμό, σε γυναίκες που μπαίνουν στη φυλακή (Jordan et al., 1996). Τέλος, υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που επιδρούν όπως για

παράδειγμα η χρήση ουσιών και οι ορμονολογικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του κύκλου των γυναικών (Dougherty et al., 1998).

Η επιθετικότητα στην ΟΔΠ, φαίνεται πως προκύπτει κυρίως παρορμητικά, και έτσι γίνεται λόγος στη βιβλιογραφία για «**παρορμητική επιθετικότητα**» (J. Pras 2010). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για επιθετικότητα η οποία δεν είναι προγραμματισμένη, προκαλείται από έλλειψη συμπεριφορικής παρεμπόδισης και αδιαφορία για τις συνέπειες. Η παρορμητικότητα συνδέεται με αυξημένες απόπειρες αυτοκτονίας, και παράλληλα συσχετίζεται με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που είναι στη βάση της επιθετική (Herpertz S, Gretzer A, Steinmeyer E., 1997) Συχνά θεωρείται απόρροια της απορρύθμισης και της δυσκολίας που υπάρχει στη συμπεριφορά, στο συναίσθημα, σε νευροψυχολογικούς παράγοντες και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Για παράδειγμα, τα εγκλήματα που διαπράττονται από ασθενείς με ΟΔΠ είναι παρορμητικού τύπου ενώ εκείνα που διαπράττονται από ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο στόχο (de Barros DM, de Padua SA, 2008). Αν και φυσικά δεν είναι όλες οι παρορμητικές συμπεριφορές και επιθετικές και αντίστροφα, ο συνδυασμός τους είναι συχνά που φέρνει τους ασθενείς μπροστά σε κινδύνους ή σε σημείο έκτακτης ανάγκης (Emil F. Coccaro et al., 1989).

Η υποκείμενη βιολογική βάση για την παρορμητική επιθετικότητα επικεντρώνεται στη σεροτονινεργική υπόθεση, λέγοντας ότι η κεντρική συνάρτηση 5-HT σχετίζεται αντιστρόφως με την επιθετικότητα και την αυτοκτονικότητα.

Συμπληρωματικά, η παρορμητικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά (Plutchik and van Praag, 1995). Ο Paris (1997) πρότεινε ότι αφού οι περισσότεροι άνθρωποι με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (όπου εμφανίζεται υψηλή βία και επιθετικότητα) είναι άντρες, και τα περισσότερα άτομα με ΟΔΠ είναι γυναίκες, τότε αυτές οι 2 διαταραχές της προσωπικότητας θα μπορούσαν να ειπωθούν ως «παρακλάδια» με κοινό κορμό

ψυχοπαθολογίας την παρορμητικότητα και την επιθετικότητα, που αλληλεπιδρούν με χαρακτηριστικά φύλου αντίστοιχα. Ωστόσο, μία διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός πως στην ΑΔΠ η επιθετικότητα βγαίνει προς τα έξω ενώ στην ΟΔΠ κατευθύνεται προς τα μέσα (θυματοποίηση και αυτοκαταστροφικότητα).

Τέλος, όπως αναφέρουν οι Dougherty, Bjorka, Hukabeeb, Moellera και Swanna (1999), στο άρθρο τους “Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder” οι ασθενείς με ΟΔΠ, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, φάνηκε να έχουν τρεις φορές περισσότερη επιθετικότητα. Σχετικά με την παρορμητικότητα, μόνο εκείνη που σχετίζεται με την προσοχή φαίνεται να είναι σημαντικά ανεβασμένη στις ασθενείς, και αποτυπώθηκε μέσω των αλλαγών στις απαντήσεις τους ώστε να αποφύγουν να περιμένουν την ανταμοιβή. Τέλος, οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν πως **η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά συνοψίζει το συνδυασμό παρορμητικότητας και επιθετικότητας.**

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω πολλοί είναι εκείνοι που προτείνουν τελικά την «παρορμητική επιθετικότητα» ως μία διάσταση, βασική στην διάγνωση και την κατανόηση της ΟΔΠ (Plutchik R., Van Praag. H., 1989).

Τελικά, είναι σημαντικό να έχουμε υπόψη πάντα πως οι υπό μελέτη παράγοντες στην ΟΔΠ είναι παρόντες και σε πολλές άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και πως στην ΟΔΠ το 87% των ασθενών (Hudziak et al., 1997) παρουσιάζει συννόσηση (Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al., 2008). Ενδεικτικά αναφέρεται πως η πιθανότητα επιθετικότητας στην ΟΔΠ αυξάνεται όσο αυξάνεται και η διέγερση του περιβάλλοντος και το στρές (Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, et al., 2004). Τέλος, σε όλες τις σχετικές μελέτες, φαίνεται να υπάρχει απόκλιση μεταξύ των μετρήσεων από κλίμακες αυτοαναφοράς και των νευροψυχολογικών μετρήσεων.

#### **2.4. Πρόωρη Διακοπή της Θεραπείας (drop out)**

### **2.4.1. Ορισμός**

Πρόωρη διακοπή της θεραπείας (dropout) θεωρείται η διακοπή της θεραπείας χωρίς κάποιο σημαντικό λόγο, π.χ. πρόβλημα υγείας ή μετακόμιση, η οποία αποφασίζεται μονομερώς και ξαφνικά από την πλευρά του ασθενή και παρά την αντίθετη άποψη του θεραπευτή ή τις συστάσεις του (B. Hummelen, T. Wilberg, S. Karterund, 2007). Η απόφαση αυτή μπορεί είτε να εκτελεστεί αμέσως, είτε έμμεσα, για παράδειγμα με συνεχόμενες πολλαπλές απουσίες. Φυσικά, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το πλαίσιο και η εκάστοτε συμφωνία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου για την θεραπεία.

### **2.4.2. Παράγοντες που οδηγούν σε πρόωρη διακοπή της θεραπείας**

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται να έχουν συσχετιστεί με το dropout ισχυρότερα κάποια δημογραφικά στοιχεία όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η εκπαίδευση και η ικανότητα των θεραπευόμενων να δουλεύουν συνεργατικά. Σε προηγούμενη μελέτη των Skodol et al., έχουν αναφερθεί επίσης λόγοι που αφορούν σε προβλήματα με τη μεταβίβαση και προβλήματα με θυμό και επιθετικότητα. Επίσης, σε έρευνα του Th. E. Smith και των συνεργατών του, το 1995, επικεντρώθηκαν σε 3 τομείς: δημογραφικά στοιχεία, κλινικά χαρακτηριστικά και παράγοντες που σχετίζονται με προηγούμενες θεραπείες. Υπέθεσαν πως τα σοβαρότερα συμπτώματα της ΟΔΠ θα προέβλεπαν τον τερματισμό, καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία φαίνεται οι ασθενείς αυτοί να έχουν πολλαπλές και έντονες/θυελώδεις προηγούμενες θεραπευτικές σχέσεις. Τελικά, το dropout σχετίστηκε με την ηλικία και με τα εχθρικά συναισθήματα των συμμετεχόντων. Αυτό φαίνεται να εξηγείται από το γεγονός ότι η συμπτωματολογία της ΟΔΠ αμβλύνεται με το πέρασμα της ηλικίας.

Ο Frayn σε μία μελέτη του το 1992, διαπίστωσε ότι τα άτομα που τελικά προχωρούσαν σε πρώιμο τερματισμό της θεραπείας τους είχαν μεγαλύτερα συνολικά ποσοστά ψυχοπαθολογίας, χαμηλό κίνητρο και χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, έκδηλη

παρορμητικότητα, όπως ακόμα και αδυναμία ενδοσκόπησης και μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης από τις συνθήκες και την ποιότητα της ζωής τους. Αντίστροφα, η ύπαρξη καλών συνθηκών ζωής και υποστηρικτικού περιβάλλοντος ευνοούν την συνέχιση και τη δέσμευση στη θεραπεία.

Ανάλογη εργασία έγινε και από την ομάδα των B. Hummelen, T. Wilberg, S. Karterund, 2007, η οποία αφορούσε στην ομαδική θεραπεία. Στους παράγοντες που προέκυψαν τελικά, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο τα αρνητικά συναισθήματα που διακινούνταν. Ειδικότερα, τονίζεται η σημασία των ισχυρών επιθετικών συναισθημάτων που ενδεχομένως οι θεραπευτές δεν μπόρεσαν να παρακολουθήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και που μπορεί να συνδέονται με την άρνηση της αρνητικής αντιμεταβίβασης. Η επιθετικότητα επίσης συνδέθηκε στην διεργασία της ομαδικής ψυχοθεραπείας με άλλα «δύσκολα» συναισθήματα όπως κακία, φθόνος, ενοχή και ντροπή τα οποία ενδεχομένως δεν επεξεργάστηκαν επαρκώς και έτσι εκδραματίστηκαν με τις απουσίες από τη θεραπεία και εν τέλει με το drop-out.

#### **2.4.3. Πρόωρη διακοπή της θεραπείας στην ΟΔΠ**

Γενικά, στις διαταραχές της προσωπικότητας παρατηρείται συχνά πρόωρος τερματισμός της θεραπείας, καθώς θεωρείται προδιαθεσιακός παράγοντας. Η οριακή διαταραχή, η αντικοινωνική, η παρανοειδής, η σχιζοτυπική και η σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας συνδέονται με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας, την δυσκολία διατήρησης θεραπευτικής σχέσης και αναστοχασμού (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το ποσοστό των drop-out σε ασθενείς με ΟΔΠ είναι διπλάσιο από εκείνο των ασθενών με νευρώσεις ή άλλες διαταραχές προσωπικότητας και τετραπλάσιο από ασθενείς με σχιζοφρένεια. Επιπρόσθετα, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ΟΔΠ που διακόπτουν τη θεραπεία πρώιμα, το κάνουν με οργή μετά από αντιπαράθεση με το θεραπευτή (Gunderson, 1989).



Οι E. Fertuck, M F. Lenzenweger, J. F. Clarkin, S. Hoermann και B. Stanley, το 2012, αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο της πρόωρης διακοπής της θεραπείας. Όπως γράφουν, η αστάθεια των συναισθημάτων, των σχέσεων και της ικανότητας για επίλυση προβλημάτων οδηγεί συχνά σε διακοπή της θεραπείας (Clarkin, 1996). Σύμφωνα με τα ευρήματα υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της παρορμητικότητας και της συναισθηματικής αστάθειας στην ΟΔΠ (Silverman, Pinkham, Horvath, & Coccaro, 1991). Κλινικά αυτό συνδέεται με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, διαπροσωπικές δυσκολίες που εκφράζονται και στη θεραπευτική σχέση και τελικά οδηγούν και σε διακοπή ή και τερματισμό της θεραπείας.

Οι ανωτέρω συγγραφείς επικεντρώθηκαν και στις νευροψυχολογικές συνιστώσες και αναφέρουν ότι οι βασικές νευροψυχολογικές διαδικασίες, όπως ο εκτελεστικός έλεγχος (EC), ο έλεγχος των παρορμήσεων, η προσοχή και η μνήμη μπορεί να είναι απαραίτητες ικανότητες για αποτελεσματική δέσμευση σε ψυχοθεραπευτικές και άλλες θεραπείες (Fertuck, 2012). Στην παρούσα μελέτη η επίδοση στην οπτική μνήμη ήταν ο ισχυρότερος νευροψυχολογικός δείκτης πρόβλεψης των εβδομάδων θεραπείας που ολοκληρώνουν οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, καθώς όσο χαμηλότερη επίδοση είχαν στην οπτική μνήμη, τόσο λιγότερες εβδομάδες θεραπείας φάνηκε ότι ολοκλήρωναν.

Οι Webb και McMurray “A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder” αναγνώρισαν τρεις τομείς που επηρεάζουν τις διαφορές μεταξύ της ομάδας των ασθενών που συνέχισαν τη θεραπεία και εκείνης της ομάδας που διέκοψε. Έτσι, διαπίστωσαν ότι η βαρύτητα της διαταραχής της προσωπικότητας, το χαμηλό εσωτερικό κίνητρο για την θεραπεία και η τάση των ατόμων να βιώνουν έντονο άγχος για τα προβλήματά τους, παρότι υπογραμμίζουν ότι οι ίδιες οι γνωστικές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων ήταν ακέραιες, αποτέλεσαν προδιαθεσιακούς παράγοντες για τη διακοπή της θεραπείας.

Ο F. Yeomans et al, στο άρθρο τους “Factors related to drop-outs by borderline patients treatment contract and therapeutic alliance”, αναφέρουν ότι οι περισσότεροι από τους θεραπευόμενους εγκατέλειψαν τη θεραπεία κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών μηνών, γεγονός που υποδεικνύει ότι πρόκειται για ένα κρίσιμο ορόσημο για τη δέσμευση στη θεραπεία και την εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας. Στην εργασία αυτή επίσης, ο βαθμός της παρορμητικότητας ήταν η μόνη μεταβλητή που φάνηκε να παρουσιάζει συσχέτιση με τη διάρκεια της θεραπείας. Παράλληλα, υπήρχε επίσης αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου παρορμητικότητας και της ποιότητας του θεραπευτικού συμβολαίου (φόβος θεραπευτών για παρορμητική εκδραμάτιση).

Σημαντική είναι και η εργασία των Gunderson et al., “Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy”, που τόνισαν και τον παράγοντα των προηγούμενων νοσηλειών. Επίσης, αναφέρεται πως τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονικών σκέψεων σχετίστηκαν με την παραμονή στη θεραπεία.

Η κατάθλιψη τέλος φαίνεται πως επηρεάζει σημαντικά τη μνήμη, η οποία με τη σειρά της είναι σημαντική για την παραμονή και την ολοκλήρωση της θεραπείας. Επίσης φαίνεται έτσι να εξηγείται και μέσω της συννόσησης με την κατάθλιψη ή/και το άγχος στην ΟΔΠ και η διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ ερευνών σχετικά με τα νευροψυχολογικά ελλείμματα και τις επιδόσεις στις αντίστοιχες δοκιμασίες (E. Fertuck, J. Keilp, I. Song, M. C. Morris, S. T. Wilson, B.S. Brodsky, & B. Stanley, 2010).

Στο άρθρο των Smith T., Koenszberg H., Yeomans F. & Clarkin T., με τίτλο “Predictors of Dropout in Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder”, τονίζεται ότι η μικρή ηλικία και ο βαθμός εχθρότητας κατά την αρχική εκτίμηση ήταν οι δύο σημαντικότερες μεταβλητές αναφορικά με τον τερματισμό της θεραπείας. Αναφέρουν επίσης, ότι οι οριακοί ασθενείς εγκαταλείπουν ψυχοθεραπείες σε ποσοστό έως και 67%. Το ποσοστό της πρόωρης διακοπής στους 3 μήνες ήταν 31% και στους 6 μήνες ήταν 36%. Οι μισοί από αυτούς ανέφεραν προβλήματα στη

σχέση με το θεραπευτή (στη μεταβίβαση), ενώ οι υπόλοιποι έδειχναν να έχουν υψηλότερα επίπεδα οργής και επιθετικότητας.

Τέλος, σύμφωνα με την εργασία «Πρόδρομα σημεία στην πρόωρη διακοπή της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (στους ενήλικες)» του Χ. Μπουλά (2018) γίνεται διαχωρισμός μεταξύ καλών προγνωστικών παραγόντων που αφορούν στον ασθενή και εκείνων που αφορούν στο θεραπευτή. Σχετικά με τα στοιχεία των ασθενών που μπορούν να προβλέψουν την πρόωρη διακοπή της θεραπείας αναφέρονται: η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το γυναικείο φύλο, και η μικρότερη ικανοποίηση από τις συνθήκες ζωής. Αντιθέτως, η μεγαλύτερη ηλικία, οι άντρες, το επίπεδο εκπαίδευσης και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες συσχετίστηκαν με την παραμονή στη θεραπεία. Επιπλέον προγνωστικά στοιχεία για την διατήρηση της θεραπείας αφορούν στην ικανότητα των θεραπευόμενων να νιώσουν το αίσθημα της ενοχής, η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και γενικά η δυνατότητα να βιώνουν έντονες καταστάσεις κρίσης. Όσον αφορά στα στοιχεία του θεραπευτή που μπορούν να προβλέψουν το drop-out, υπογραμμίζεται η αρνητική στάση του αναλυτή, η απουσία πρώιμης ενσυναίσθησης ευελιξίας και αυτοπεποίθησης, και η απειρία και η ψυχρότητά του.

Ωστόσο, στη βιβλιογραφία αναφέρονται και παράγοντες που λειτουργούν δεσμευτικά όσον αφορά στη θεραπεία. Μία ανάλογη εργασία διενεργήθηκε από τους S. Wnuk, S. McMain, S. Links, L. Habinski, J. Murray, & Tim Guimond, 2013, με τίτλο «Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy», οι οποίοι υπέθεσαν ότι το θεραπευτικό συμβόλαιο, μία καλή θεραπευτική σχέση και η σοβαρότητα της ασθένειας θα προέβλεπαν τον πρόωρο τερματισμό. Τελικά η δέσμευση των θεραπευτών στη θεραπεία πράγματι προέβλεψε και τη δέσμευση των ασθενών, το συμβόλαιο δηλαδή και η θεραπευτική συμμαχία συσχετίστηκαν με τη διάρκεια της θεραπείας. Όσον αφορά στην παρορμητικότητα δεν σχετίστηκε με το drop-out. Τέλος, για τη θεραπεία των οριακών ασθενών είναι

σημαντική η εγκατάσταση ενός ανθεκτικού και βιώσιμου θεραπευτικού πλαισίου, η προσεκτική διατήρηση σταθερού περιβάλλοντος, η ενσυναίσθηση και η εμπειρία των συνεχών επιθέσεων (M. Horner, D. Diamond, 1996).

Τέλος, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία αξίζει να αναφερθεί πως το σύνολο των χαρακτηριστικών που εντοπίζονται στην ΟΔΠ εξηγούν τον πρόωρο τερματισμό. Ειδικότερα, όπως αναφέρει ο Μπουλάς στη μελέτη που προαναφέρθηκε, «οι ασθενείς αυτοί έχουν συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά όπως παρορμητικότητα, επιθετικότητα, κατάχρηση ουσιών, προβλήματα στη μεταβίβαση, υψηλότερα επίπεδα οργής και επιθετικότητας, ενώ παρουσιάζουν ασταθείς και παλινδρομημένες μεταβιβάσεις και χαμηλή ανοχή στη ματαίωση. Στους ασθενείς αυτούς μπορεί ιστορικό επαναλαμβανόμενων παρορμητικών «θριαμβευτικών» αποχωρισμών με απουσία θλίψης ή άλλων συναισθημάτων απώλειας. Με αυτόν τον τρόπο αισθάνονται ότι ελέγχουν τον αποχωρισμό, καθώς εγκαταλείπουν για να μην εγκαταλειφθούν».

### **Σκοπός της έρευνας – Συμβολή στην κερκτημένη γνώση**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί αν τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα μπορούν να προβλέψουν την πρόωρη διακοπή της θεραπείας ασθενών με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Επιπλέον, εφόσον τα παραπάνω λειτουργούν πράγματι ως προβλεπτικοί παράγοντες για την πρόωρη διακοπή της θεραπείας, σκοπός της έρευνας είναι να αναδείξει σε τι βαθμό επηρεάζει το καθένα ξεχωριστά τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας, και ποιος από τους παράγοντες ασκεί την ισχυρότερη επίδραση.

Η μελέτη της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας έχει απασχολήσει πολύ την επιστημονική και κλινική κοινότητα. Ως προς τα χαρακτηριστικά που μελετώνται και στην παρούσα έρευνα, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες που αποδεικνύουν τη σημασία τους στην διαταραχή αλλά και σε όλους τους συνακόλουθους τομείς που

πλήττονται, όπως για παράδειγμα, οι διαπροσωπικές σχέσεις. Ωστόσο, δεν υπάρχει μέχρι στιγμής έρευνα που να συνδέει και τα τρία με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας και αυτό είναι ένα πρώτο βήμα πέρα από την ήδη κεκτημένη γνώση. Επίσης, οι έρευνες μέχρι στιγμής σε ελληνικό δείγμα είναι λίγες και μάλιστα παλαιότερες (Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos, & Vaslamatzis, 2009; Serman, Johnson, Geller, Kanost, & Zacharapoulou, 2002; Hatzitaskos, Soldatos, Kokkevi, & Stefanis, 1999; Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, & Kostogianni, 1998). Έτσι, η μελέτη έχει πολλά να προσφέρει τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Αυτό σημαίνει πως οι μελλοντικές παρεμβάσεις, τα προγράμματα πρόληψης και ο σχεδιασμός των θεραπειών θα μπορούν να λαμβάνουν υπόψη τους και να προλαμβάνουν από τον κίνδυνο της πρόωρης διακοπής της θεραπείας.

### **3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

Στην παρούσα έρευνα θα διερευνηθεί:

Αν τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας μπορούν να προβλέψουν την πρόωρη διακοπή της θεραπείας.

Αν η επιθετικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να προβλέψει την πρόωρη διακοπή της ψυχοθεραπείας.

Αν η παρορμητικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να προβλέψει την πρόωρη διακοπή της ψυχοθεραπείας.

Αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω εξαρτημένων μεταβητών και των δημογραφικών στοιχείων, όπως η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και τα έτη εκπαίδευσης που έχει ολοκληρώσει ο κάθε ασθενής.

Αν κάποιος από τους παραπάνω προβλεπτικούς παράγοντες φαίνεται να επηρεάζει ισχυρότερα τον πρόωρο τερματισμό της ψυχοθεραπείας.

## **4. ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **4.1. Δείγμα**

Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί σε ενήλικες αποκλειστικά, τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, που έχουν προσέλθει στο τμήμα Διαταραχών Προσωπικότητας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, έχουν αξιολογηθεί από το Ψυχολογικό Εργαστήριο και έχουν παραπεμφθεί για συνέχιση της θεραπείας.

Το δείγμα αποτελείται από 55 ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-V. Από τα άτομα αυτά τα 38 συνεχίζουν την θεραπεία τους (continuers), τα 10 διέκοψαν πρόωρα (dropouts), και 9 κρίθηκαν ακατάλληλα για ψυχοθεραπεία από την Μονάδα Διαταραχών Προσωπικότητας της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αθηνών.

### **4.2. Κριτήρια Ένταξης και Αποκλεισμού**

**Τα κριτήρια ένταξης (συμμετοχής) στη μελέτη είναι:**

- Διάγνωση Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας
- Ηλικία 18-55 ετών
- Ασθενείς με εκπαιδευτικό επίπεδο 12 έτη σπουδών
- Ασθενείς διαφορετικού φύλου (άνδρες – γυναίκες)
- Η χρήση της ελληνικής γλώσσας ως μητρικής για όλους τους συμμετέχοντες
- Ατομική / ομαδική ψυχοδυναμική θεραπεία, Ατομική / ομαδική εικαστική ψυχοθεραπεία
- Τουλάχιστον δύο έτη ψυχοθεραπείας

**Τα κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη είναι:**

- Απουσία συνόσωσης με διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, ψύχωση

- Απουσία νοσηλείας τον τελευταίο χρόνο
- Άτομα που παρουσιάζουν οργανικότητα (ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, άλλων νευρολογικών νόσων και λοιμώξεων του ΚΝΣ και πρόσφατη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών)
- Άτομα που παρουσιάζουν κινητικά προβλήματα
- Άτομα με συνύπαρξη νοητικής υστέρησης
- Άτομα κάτω από 18 χρονών ή πάνω από 55 χρονών

### **4.3. Διαδικασία**

#### *Βήμα 1*

Οι ενήλικες που πληρούν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη θα ενημερωθούν γραπτά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και θα δηλώσουν ενυπόγραφα την επιθυμία για συμμετοχή τους. Στη συνέχεια, θα τους δοθεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και τα ερωτηματολόγια που παρατίθενται παρακάτω. Η χορήγηση των εργαλείων θα γίνει στο Νευροψυχολογικό Τμήμα του νοσοκομείου, από ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους.

#### *Βήμα 2*

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας η ψυχολόγος θα βαθμολογήσει τα εργαλεία. Στη συνέχεια θα επεξεργαστεί τα δεδομένα στατιστικά ώστε να προκύψουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

### **4.4. Εργαλεία:**

- Δημογραφικά στοιχεία: φύλο, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, έτη εκπαίδευσης



- Νοσηλείες σε ψυχιατρική κλινική
- Απόπειρες αυτοκτονίας
- Στοιχεία από το ιστορικών των ασθενών για drop outs
- Ψυχομετρικά Εργαλεία:

#### 1. **Scid 5 – PD** – ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ

##### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ DSM 5

Η Ημι-δομημένη Κλινική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Προσωπικότητας του DSM-5 (SCID-5-PD) είναι μια διαγνωστική συνέντευξη για την αξιολόγηση των 10 Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5 που περιλαμβάνονται στις Ομάδες Α, Β, και Γ, καθώς και της Άλλης Προσδιοριζόμενης Διαταραχής Προσωπικότητας. Η Συνέντευξη SCID-5-PD μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γίνουν 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 (Κοκκέβη, 2017).

2. **WAIS IV (Wechsler Adult Intelligence Scale 4<sup>th</sup> Edition)** (Wechsler, 2008, Στογιαννίδου και συν. 2014) – Νοητικό δυναμικό: Πρόκειται για ένα εργαλείο αξιολόγησης του νοητικού δυναμικού, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ολοκληρωμένη εκτίμηση της γενικής γνωστικής λειτουργικότητας. Αποτελείται από 10 επιμέρους κεντρικές δοκιμασίες, οι οποίες είναι: Ομοιότητες, Λεξιλόγιο, Πληροφορίες, Αριθμητική, Οπτικοί Γρίφοι, Κύβοι, Μήτρες, Αναζήτηση Συμβόλων, Κωδικοποίηση, Μνήμη αριθμών

3. **SCL-90-R** (Derogatis et al., 1973, Ντώνιας και συν 1991) Ψυχοπαθολογικά Συμπτώματα: Πρόκειται για ένα εργαλείο 90 στοιχείων σε κλίμακα Likert 5 σημείων που αξιολογεί ένα μεγάλο εύρος ψυχοπαθολογικών φαινομένων. Το εργαλείο

αποτελείται από 9 διαστάσεις συμπτωμάτων: Σωματοποίηση, Ιδεοληψίες – Ψυχαναγκασμοί, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Θυμός – Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός και Ψυχωτισμός. Ακόμη υπάρχουν τρεις δείκτες που αξιολογούν τη συνολική ψυχολογική δυσφορία: ο δείκτης γενικής δυσφορίας, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και ο δείκτης δυσφορίας θετικών συμπτωμάτων.

4. **HDHQ** (Caine, Foulds & Hope, 1976) – Επιθετικότητα: Πρόκειται για ένα εργαλείο που αποτελείται από 5 υποκλίμακες: Κριτική των άλλων, Προβαλλόμενη επιθετικότητα, Ορμή για εκδραμάτιση, Αυτοκριτική, Ενοχή. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αφορά τη Γενική Επιθετικότητα.

5. **AECOM – ICS** (Plutchik, Van Praag, & Conte, 1989) – Παρορμητικότητα: Είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από 15 στοιχεία και αξιολογεί την τάση του ατόμου να εμπλέκεται σε παρορμητικές συμπεριφορές που συνδέονται με απώλεια ελέγχου.

6. **BDI II (Beck Depression Inventory – II-** Γιαννακού και συν., 2013) – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Η κλίμακα μετράει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης σε ενήλικους και εφήβους και αξιολογεί τα συγκεκριμένα συμπτώματα που αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών κατάθλιψης κατά DSM-IV. Πρόκειται για κλίμακα αυτοαναφοράς 21 ερωτήσεων σχετικών με συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0 έως 3 και η βαθμολόγηση γίνεται με άθροιση των απαντήσεων.

7. **Wisconsin Card Sorting Test (WCST)** (Golden, & Freshwater, 1978) – Επιτελικές λειτουργίες - συνειδητός και εσκεμμένος έλεγχος προσοχής και συμπεριφοράς: Πρόκειται για ένα εργαλείο αξιολόγησης των επιτελικών λειτουργιών που αποτελείται από 6 υποκλίμακες: Αριθμός σωστών απαντήσεων, Αριθμός λανθασμένων απαντήσεων, Εμμονές, Λάθη εμμονών, Λάθη μη εμμονών και Συμπληρωμένες Κατηγορίες

8. **STROOP Colour Word Test (SCWT - Stroop, 1935):** Έλεγχος της μετωπιαίας λειτουργίας και των εκτελεστικών λειτουργιών. Η δοκιμασία μελετά το φαινόμενο της παρεμβολής (Interference): την αύξηση του χρόνου απάντησης ή την μείωση της ταχύτητας της απάντησης κατονομασίας του χρώματος με το οποίο είναι γραμμένη μια λέξη που αφορά ένα χρώμα, όταν η λέξη αυτή δεν συμφωνεί με το όνομα του χρώματος. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία έχουν επιβεβαιωθεί από μελέτες σε δείγματα του εξωτερικού.

9. **Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS**(Gratz and Roemer, 2004, Αδαμίδου, & Σίμου, 2015 ): αυτοαναφορική μέτρηση υποκειμενικής συναισθηματικής ικανότητας, όπως ορίζεται από ένα κλινικά παραγόμενο μοντέλο ρύθμισης συναισθημάτων. Προτείνει 4 πτυχές ρύθμισης των συναισθημάτων: (α) ευαισθητοποίηση και κατανόηση των συναισθημάτων · (β) αποδοχή συναισθημάτων (γ) την ικανότητα ελέγχου των παρορμήσεων και συμπεριφοράς σύμφωνα με τους στόχους παρουσία αρνητικών επιπτώσεων (δ) πρόσβαση σε στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων που θεωρούνται αποτελεσματικές

10. **M.I.N.I. - The Mini International Neuropsychiatric Interview:** (Sheehan, 1998, Γ.Ν. Παπαδημητρίου και συν, 1998) Πρόκειται για ένα δομημένο ψυχιατρικό εργαλείο διαγνωστικής συνέντευξης για τις μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές των DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5 και ICD-10. Η εγκυρότητά του είναι ανάλογη των ανωτέρω, αλλά κερδίζει σε χρόνο καθώς δύναται να συμπληρωθεί σε περίπου 15 λεπτά. Χωρίζεται σε ενότητες που προσδιορίζονται με γράμματα τα οποία αντιστοιχούν σε διαγνωστικές κατηγορίες και απαιτεί μόνο απαντήσεις «ναι» ή «όχι» από τον εξεταζόμενο και τέλος έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 70 γλώσσες.

## 2.5. Στατιστική Ανάλυση:

Θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναζήτηση τυχόν ανάλογων εργασιών στη διεθνή βιβλιογραφία. Θα συζητηθεί η συσχέτιση των ιδίων αποτελεσμάτων με τυχόν ανάλογα δείγματα του εξωτερικού. Η καταγραφή και η δημιουργία της βάσης δεδομένων θα γίνει με την χρήση του λογισμικού πακέτου IBM SPSS Statistics 25.

Οι περιγραφικές στατιστικές μέθοδοι που θα χρησιμοποιηθούν για τη εύρεση του μέσου όρου και της τυπικής απόκλισης για την κάθε καταχώρηση του πίνακα των εξαρτημένων μεταβλητών και των μεταβλητών ελέγχου θα γίνει επίσης με το ίδιο πρόγραμμα σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Η στατιστική ανάλυση η οποία θα πραγματοποιηθεί είναι η ανάλυση παλινδρόμησης, που εξετάζει τη σχέση μεταξύ μεταβλητών με στόχο την πρόβλεψη μίας από αυτές – (drop out) μέσω των άλλων (επιτελικές λειτουργίες, παρορμητικότητα, επιθετικότητα). Η εξαρτημένη μεταβλήτη είναι το drop out και οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι επιτελικές λειτουργίες, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα. Το επίπεδο σημαντικότητας θα τεθεί στο 0.05 όπως είθισται για τα επιστημονικά άρθρα.

## 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πρώτα απ' όλα, οφείλουμε να αναφέρουμε, όπως έχει ήδη γίνει λόγος και στο μέρος της Μεθόδου, ότι τυπικά για μελέτες που αφορούν σε πρόβλεψη, η στατιστική μέθοδος που επιλέγεται είναι η ανάλυση παλινδρόμησης. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα, λόγω κυρίως του πολύ περιορισμένου δείγματος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, άρα δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για προβλεπτικά χαρακτηριστικά. Συνεπώς, δε θα παρατεθούν, και επιλέχθηκε διαφορετικός τρόπος ανάλυσης των δεδομένων.

Αρχικά έγινε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων (Πίνακας 1). Έπειτα, επιχειρήθηκε περιγραφική κατανόηση του δείγματος μέσω ποσοστών και τέλος επιλέχθηκε να γίνει σύγκριση μέσω τιμών μέσω μη παραμετρικού τεστ. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας για το δείγμα (normality test) με το One-Sample Kolmogorov – Smirnov Test και καθώς το δείγμα δεν παρουσιάζει κανονικότητα, επιλέχθηκε το μη παραμετρικό τ τεστ Mann - Whitney U, για τη σύγκριση των δύο ομάδων των συμμετεχόντων. Ωστόσο τονίζεται, πως όσα θα αναφερθούν παρακάτω είναι ουσιαστικά τάσεις των υπό μελέτη χαρακτηριστικών και όχι αποτελέσματα που μπορούν να γενικευτούν, καθώς είναι απαραίτητη η ενίσχυση του δείγματος.

**Πίνακας 1**

***Περιγραφικά Στοιχεία των Ομάδων***

	Group	N	Minimum	Maximum	Mean	Std
Ηλικία	Continuers	38	18.00	46.00	30.18	8.45
	Dropouts	10	20.00	43.00	26.60	7.58
Έτη Εκπ.	Continuers	38	10.00	18.00	13.63	2.23
	Dropouts	10	12.00	18.00	13.60	2.01

Οικ. Κατ.	Continuers	38	1.00	3.00	1.18	.56
	Dropouts	10	1.00	3.00	1.20	.63
Επάγγ.	Continuers	38	1.00	5.00	3.71	1.35
	Dropouts	10	2.00	5.00	3.60	1.26

Σε πρώτη φάση, έγινε σύγκριση των ποσοστών συχνοτήτων των συμμετεχόντων που συνέχισαν τη θεραπεία με αυτούς οι οποίοι φαίνεται να έκαναν drop out ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία, όπως βλέπουμε στον Πίνακα 2. Στη συνέχεια, από το Mann-Whitney U έχουμε επίσης κάποια αποτελέσματα που αφορά επίσης στη σύγκριση των δύο ομάδων (Πίνακας 3). Αναφορικά με το **φύλο** των ασθενών, για τους άνδρες δεν φάνηκε να υπάρχει διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά στις επιδόσεις τους. Ωστόσο για τις γυναίκες, εκείνες οι οποίες συνέχισαν τη θεραπεία τους (continuers) φάνηκε να έχουν υψηλότερη επίδοση σε σχέση με εκείνες που διέκοψαν πρόωρα (continuers = 21,22 dropouts = 10,33), στην DERS και συγκεκριμένα στην υποκλίμακα goals ( $U=41$ ,  $p=0,02$ ). Παράλληλα, και πάλι αναφορικά με τις γυναίκες, όσες διέκοψαν πρόωρα τη θεραπεία, φαίνεται να έχουν υψηλότερα σκορ στις υποκλίμακες PSDI και «άγχος» του SCL-90-R (continuers=17,89, dropouts=28,08 και continuers=16,83, dropouts=26,83 αντίστοιχα), ( $U=44,50$ ,  $p=0,03$ ), ( $U=40$ ,  $p=0,03$ ).

## Πίνακας 2

### Ποσοστά Συχνότητων

N Continuers	% Continuers	N Dropouts	% Dropouts
--------------	--------------	------------	------------

Φύλο	Άνδρες	6	15	4	40
	Γυναίκες	32	84	6	60
Ηλικία	<20 ετών	5	13,1	2	20
	20-30 ετών	16	47,5	5	50
	30-40 ετών	11	28,9	2	20
	>40 ετών	6	15,7	1	10
Οικ. Κατ.	Έγγαμοι	1	2,6	0	0
	Άγαμοι	34	89,5	9	90
	Διαζευγμ.	3	7,9	1	10
Επάγγ.	Δημ. Υπάλλ.	3	7,9	0	0
	Ιδ. Υπάλλ.	6	15,8	3	30
	Ελ.Επαγγ.	5	13,2	1	10
	Φοιτητές	9	23,7	3	30
	Άνεργοι	15	39,5	3	30
Έτη Εκπ.	<12	4	5,2	0	0
	12-16	29	76,4	9	90
	>16	7	18,4	1	10

Σχετικά με την ηλικία, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, φάνηκε να έχουν μόνο οι ασθενείς που βρίσκονται το **ηλικιακό εύρος μεταξύ 20-30 ετών**, με τους ασθενείς που συνέχισαν τη θεραπεία να παρουσιάζουν υψηλότερη επίδοση στη DERS και συγκεκριμένα στην υποκλίμακα goals ( $U=30,5$ ,  $p=0,02$ ), έναντι όσων διέκοψαν πρόωρα (continuers = 16,55 dropouts = 8,36). Στις ηλικίες 30-40, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Τέλος, όσον αφορά την επαγγελματική ιδιότητα, όσοι από τους ασθενείς ανήκαν σε επαγγέλματα ως **ιδιωτικοί υπάλληλοι**, φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλότερη επίδοση οι continuers έναντι των dropouts (continuers = 6,25 dropouts = 2,50), στην υποκλίμακα της HDHQ που αναφέρεται στην Επίκριση των Άλλων ( $U=1,5$ ,  $p=0,04$ ). Τέλος, όσον αφορά στα **έτη εκπαίδευσης** που είχαν συμπληρώσει οι συμμετέχοντες, στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα φάνηκε να

υπάρχουν για όσους είχαν 12 και κάτω έτη εκπαίδευσης, με τους continuers και πάλι να έχουν υψηλότερα σκορ από τους dropouts στην DERS στην υποκλίμακα των Στόχων (goals) ( $U=11,5$ ,  $p=0,02$ ) (continuers = 13,93 dropouts = 5,38), ενώ για όσους έχουν συμπληρώσει από 12 έτη και πάνω, στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά των ομάδων, με τους continuers να σκοράρουν υψηλότερα από τους dropouts (continuers = 13,93 dropouts = 5,38) στην υποκλίμακα της Στρατηγικής στη DERS ( $U=25,5$ ,  $p=0,04$ ).

**Πίνακας 3**

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

	Θεραπευτική Πορεία	N	Mean Rank	Mann-Whitney U	p
Γυναίκες - DERS_goals	Continuers	32	21,22	41,00	.02
	Dropouts	6	10,33		
Γυναίκες –	Total	38			
SCL90R_PSDI	Continuers	32	17,89	44,50	.03
	Dropouts	6	28,08		
Γυναίκες –	Total	38			
SCL90R_άγχος	Continuers	32	16,83	40,00	.03
	Dropouts	6	26,83		
Ηλικία 20-30 –	Total	38			
DERS_goals	Continuers	21	16,55	30,50	.02
	Dropouts	7	8,36		
Ιδ. Υπαλλ. –	Total	28			
HDHQ_επίκριση	Continuers	6	6,25	1,50	.04
	Άλλων	3	2,50		
SCID 5 PD_οριακή –	Total	9			



DERS_goals	Continuers	33	24,59	79,50	.01
	Dropouts	10	13,45		
BDI II_σοβαρή_κατ. –	Total	43			
DERS_goals	Continuers	16	12	8,00	.02
	Dropouts	4	4,5		
Νοσηλείες –	Total	20			
DERS_goals	Continuers	29	21,10	55,00	.02
	Dropouts	8	11,38		
Απόπειρες Αυτοκτ. –	Total	37			
DERS_goals	Continuers	29	21,10	50,00	.01
	Dropouts	8	11,38		
-12 έτη εκπαιδ. –	Total	37			
DERS_goals	Continuers	20	13,93	11,50	.02
	Dropouts	4	5,38		
12+ έτη εκπαιδ. –	Total	23			
DERS_goals	Continuers	20	13,93	24,50	.04
	Dropouts	4	5,38		
	Total	24			

Στη συνέχεια, αντίστοιχες αναλύσεις έγιναν και όσον αφορά τα ψυχομετρικά εργαλεία, πέρα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Όσον αφορά στο **SCID- 5 PD**, και συγκεκριμένα στην Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, η ομάδα όσων συνέχισαν και δεν έχουν διακόψει τη θεραπεία τους φαίνεται να έχουν υψηλότερη επίδοση έναντι των υπολοίπων, στην υποκλίμακα DERS που αναφέρεται στους στόχους (goals) ( $U=79$ ,  $p=0,01$ ), (continuers = 24,59 dropouts = 13,55).

Όσον αφορά στην **BDI II**, οι continuers με σοβαρή κατάθλιψη είχαν υψηλότερη επίδοση σε σχέση με τους dropouts με στατιστικά σημαντική διαφορά στη DERS και

συγκεκριμένα στην υποκλίμακα των Στόχων ( $U=8$ ,  $p=0,02$ ) (continuers=12, dropouts=4,5).

Στη σύγκριση των δύο ομάδων με κριτήριο της **νοσηλείας**, φάνηκε πως από τους ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν καμία νοσηλεία στο ιστορικό τους, όσοι συνέχισαν και παρέμειναν στη θεραπεία είχαν υψηλότερα σκορ (continuers = 21,10 dropouts = 11,38) στην υποκλίμακα των Στόχων στη DERS ( $U=55$ ,  $p=0,02$ ). Τέλος, τα ίδια αποτελέσματα αποτυπώνονται και στους ασθενείς που δεν είχαν ούτε **απόπειρες αυτοκτονίας** στο ιστορικό τους, DERS ( $U=50$ ,  $p=0,01$ ), (continuers = 21,10 dropouts = 11,38).

## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με στόχο να μελετηθεί αν η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας μπορούν να προβλέψουν τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας. Ωστόσο, δεν μπόρεσε να ολοκληρωθεί και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα καθώς δεν το επέτρεπε το περιορισμένο δείγμα. Τα ανωτέρω αποτελέσματα που αναφέραμε αφορούν σε τάσεις που παρατηρούμε, σε μία σύγκριση δύο ομάδων, από τη μία των ασθενών που εισήχθησαν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και παρέμειναν σε αυτό, μέχρι τουλάχιστον και τη στιγμή που γνωρίζουμε και καταγράφουμε και από την άλλη των ασθενών που ξεκίνησαν επίσης θεραπεία αλλά τη διέκοψαν νωρίτερα από το τέλος που είχε οριστεί. Ωστόσο, κάνοντας τη σύγκριση με όσα δεδομένα έχουμε μεταξύ των δύο αυτών ομάδων, προκύπτουν κάποια στοιχεία που θα είχε ενδιαφέρον να συζητηθούν, μιλώντας πάντα ως τάσεις και προκαταρκτικά στοιχεία χαρακτηριστικών που μελλοντικά μπορούν να επεκταθούν.

Όσον αφορά πρώτα απ' όλα τα ερευνητικά ερωτήματα, δεν έχουμε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τις υπό μελέτη μεταβλητές, την παρορμητικότητα, την επιθετικότητα και τις επιτελικές λειτουργίες στη σύγκριση των δύο ομάδων. Τα εργαλεία που αξιολογούν τα ανωτέρω δεν φάνηκε να δίνουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα προς συζήτηση, έστω σε αυτό το προκαταρκτικό στάδιο της μελέτης. Επίσης, τα μέχρι στιγμής στοιχεία δεν επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας. Ωστόσο, προέκυψαν κάποια άλλα δεδομένα που αναγράφονται στα αποτελέσματα και έχουν σύνδεση με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Αρχικά, όσον αφορά τα αποτελέσματα που προκύπτουν τα οποία είναι στατιστικά σημαντικά (Πίνακας 3 των αποτελεσμάτων), όσοι συνέχισαν τη θεραπεία τους (continuers) φαίνεται να έχουν υψηλότερες επιδόσεις αναφορικά με τις συναισθηματικές δυσκολίες συγκριτικά με την ομάδα των ασθενών που διέκοψαν

πρώρα. Το στοιχείο αυτό έχει αναφερθεί σε ορισμένες προγενέστερες έρευνες, καθώς όσοι ασθενείς παρουσιάζουν κατανοούν τις αυξημένες δυσκολίες τους, ενδέχεται να έχουν υψηλότερο κίνητρο για αναζήτηση βοήθειας και θεραπεία. Επίσης, υπάρχουν έρευνες με παρόμοια αποτελέσματα, καθώς αυξημένη σοβαρότητα ψυχοπαθολογίας έχει συνδεθεί με την παραμονή στη θεραπεία, όπως στο άρθρο “Early Discontinuance of Borderline Patients from Psychotherapy” (Gunderson et. al., 1989). Ωστόσο, φαίνεται πως και στην παρούσα έρευνα έχουμε ένα αντιφατικό αποτέλεσμα, αν και εν μέρει αναμενόμενο, καθώς οι γυναίκες που διέκοψαν πρώωρα τη θεραπεία, φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά με όσες παρέμειναν στη θεραπεία, και υψηλότερα σκόρ στις υποκλίμακες του άγχους και των θετικών συμπτωμάτων στο SCL-90-R.

Ένα δεδομένο της παρούσας έρευνας που θα μπορούσε να συνδέεται με τα παραπάνω, αφορά στα υψηλότερα σκορ των continuers έναντι των dropouts στη BDI II. Οι continuers με σοβαρή κατάθλιψη στην BDI II, σκόραραν υψηλότερα από τους dropouts σε 2 υποκλίμακες της DERS, που αφορούν στη δυσκολία σχετικά με την στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά και στην αποδοχή των συναισθηματικών απαντήσεων. Αν και το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται ίσως παράδοξο, καθώς αρχικά περιμέναμε η σοβαρότερη συμπτωματολογία να είναι προβλεπτικός παράγοντας του dropout (Smith, 1995), φαίνεται πως τελικά τα δεδομένα αυτά συνάδουν και με τη βιβλιογραφία, καθώς αναφέρεται πως τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονικών σκέψεων έχουν σχετιστεί και με την παραμονή στη θεραπεία (Gunderson et al., 1989). Το δεδομένο αυτό εντοπίζεται και σε πιο πρόσφατη μελέτη του Χ. Μπουλα, όπου αναφέρεται πως η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και κατ’ επέκταση η δυνατότητα βίωσης έντονων καταστάσεων κρίσης, λειτουργεί ως προγνωστικό στοιχείο για τη διατήρηση της θεραπείας.

Σε συνέχεια των παραπάνω, αξίζει να συζητήσουμε αν τα δημογραφικά στοιχεία μπορούν να μας δώσουν κάποια περιγραφικά χαρακτηριστικά για τις δύο

ομάδες. Παρά το γεγονός ότι για να μιλήσουμε για προβλεπτικό χαρακτήρα θα έπρεπε να ακολουθήσουμε τη μέθοδο της παλινδρόμησης, επιχειρείται μία περιγραφική κατανόηση μέσω ποσοστών. Ειδικότερα, βλέπουμε να επικρατεί το γυναικείο φύλο, τόσο στα άτομα που συνέχισαν όσο και στην ομάδα που διέκοψε. Αυτό από τη μία προκύπτει από το γεγονός πως αριθμητικά οι γυναίκες υπερερούσαν και στις δύο ομάδες του δείγματος, όπως συμβαίνει και στις περισσότερες ανάλογες μελέτες της βιβλιογραφίας (Stone MH: *The fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*, 1990). Ωστόσο, το γυναικείο φύλο έχει αναφερθεί και ως προβλεπτικός παράγοντας της πρόωρης διακοπής της θεραπείας. Ανάλογα, η πρόωρη διακοπή της θεραπείας έχει συνδεθεί και με τη νεαρότερη ηλικία (“Prediction of Medium-Term Outcome in Cluster B Personality Disorder following Residential and Outpatient Psychosocial Treatment”, Chiesa M., Fonagy P., 2007), και σε πιο πρόσφατη έρευνα των Mc Muttan et al., (2010), όπως επιβεβαιώνεται και στην έρευνά μας, καθώς 50% των ατόμων που διέκοψαν βρίσκονται μεταξύ των ηλικιών 20-30. Γενικά, σύμφωνα με τη μελέτη των Thomas E, Smith, Harold W. Et al., (1995), “Predictors of Dropout in Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder”, τα δημογραφικά στοιχεία φαίνεται να σχετίζονται ισχυρότερα με τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας από ότι η ίδια η διάγνωση και η συμπτωματολογία. Ωστόσο, αντίθετη άποψη διατυπώνεται στο άρθρο των Arntz A. et al., 2015, όπου αναφέρεται πως τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση) δεν φαίνεται να επηρεάζουν το αποτέλεσμα. Γι’ αυτό το λόγο, τα ευρήματα αυτά χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Ένα άλλο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα το οποίο επίσης επαληθεύεται και από την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία, αναφέρεται στον παράγοντα της εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα, οι *continuers* οι οποίοι είχαν λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης σκόραραν υψηλότερα στην υποκλίμακα *goals* της DERS, ενώ και πάλι οι *continuers*, οι οποίοι είχαν περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης, σκόραραν υψηλότερα στην υποκλίμακα *strategies* DERS από τους *dropouts*. Συνεπώς, με βάση

τα ανωτέρω, η μη αποδοχή των δύσκολων συναισθημάτων συνδέθηκε με τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης, αποτέλεσμα από τη μία αναμενόμενο, παράλληλα όμως και πάλι παράδοξο καθώς είναι υψηλότερη η μη αποδοχή των συναισθημάτων στους continuers έναντι των dropouts. Το χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η εκπαίδευση έχει συνδεθεί στην πλειονότητα των ερευνών με την πρόωρη διακοπή της θεραπείας (Gunderson, 1984).

Στη συνέχεια, και πάλι ως τάση και μόνο, αλλά φαίνεται πως οι continuers είχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και υψηλότερα σκορ στην υποκλίμακα της DERS για τους στόχους, μόνο όσοι όμως δεν είχαν στο ιστορικό τους απόπειρες αυτοκτονίας και νοσηλείες. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται επίσης από την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία, καθώς οι αυξημένες νοσηλείες, και η ύπαρξη αυτοκτονικότητας ή/και κατ' επέκταση η έντονη επιθετικότητα – αυτοκαταστροφικότητα λειτουργεί ανασταλτικά για τη θεραπεία και συχνά λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας του drop out (Smith T., Koenszberg H., Yeomans F. & Clarkin T.) (Skodol et al.). Βέβαια, στη μελέτη των Skodol et al., "Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality?", όσοι συνέχισαν τη θεραπεία φαίνεται να έχουν στο ιστορικό τους περισσότερες νοσηλείες και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνεπώς, πρόκειται για ένα εύρημα που χρειάζεται επίσης περαιτέρω διερεύνηση.

Ωστόσο, η αυξημένη δυσκολία των continuers να δεσμευτούν σε στόχους αλλά και η παράλληλη παραμονή τους στη θεραπεία, αποτελεί ένα μη αναμενόμενο συνδυασμό που βλέπουμε στα αποτελέσματα. Ανάλογο βέβαια αποτέλεσμα βλέπουμε και στη μελέτη των Gunderson et al., (1989), όπου δεν συσχετίστηκε η σοβαρότερη συμπτωματολογία με τη διακοπή αλλά αντίθετα, πολλοί ασθενείς που συνέχισαν τη θεραπεία τους φάνηκε να έχουν επίσης αυξημένες δυσκολίες. Γι' αυτό, υπέθεσαν, πως εν τέλει, σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για τη συνέχιση ή μη της θεραπείας είναι η σχέση με το θεραπευτή και το πλαίσιο της θεραπείας παρά η ίδια η

ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα, η διαρκής υψηλότερη βαθμολογία των continuers στην υποκλίμακα των στόχων έναντι των dropouts, αν και είναι μη αναμενόμενο όσοι παραμένουν στη θεραπεία να επιδεικνύουν μεγαλύτερη δυσκολία στην δέσμευση σε στόχους, μπορεί να εξηγηθεί και πάλι είτε λόγω του μικρού δείγματος, άρα να μην είναι γενικεύσιμο και αντιπροσωπευτικό αποτέλεσμα, είτε λόγω της διαφοράς εύρους, άρα της μη ομοιογένειας του δείγματος.

Έπειτα, ένα εύρημα που συνάδει με ολόκληρη τη βιβλιογραφία, αναφέρεται στη σύνδεση του SCID 5 PD και συγκεκριμένα της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας, που φάνηκε να δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα αναφορικά με την υποκλίμακα goals της DERS. Το αποτέλεσμα αυτό απαντάται από όλη τη θεωρία για την ΟΔΠ, που αναφέρει το μοτίβο συναισθηματικής αστάθειας και την έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς (Skodol et al. 2002; Bohus et al. 2004). Ωστόσο, αποτελεί και πάλι παράδοξο εύρημα καθώς, αναμέναμε πως περισσότερη δυσκολία και συναισθηματική αστάθεια θα επηρέαζε ανασταλτικά την παραμονή στη θεραπεία, ενώ αντιθέτως στην παρούσα έρευνα οι continuers είχαν υψηλότερη επίδοση από τους dropouts.

Τελικά, όπως είναι φανερό και από την ανασκόπηση των M. Mc Murrin, N. Huband & E. Overton (2010) «Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions», υπάρχουν πολλές και αντικρουόμενες έρευνες και θεωρήσεις σχετικά με το τι μπορεί να θεωρηθεί προβλεπτικός παράγοντας για την πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Αν και τα δεδομένα μας επιβεβαιώνονται από ορισμένες προγενέστερες έρευνες, είναι σαφές πως προκύπτουν και πολλά μη αναμενόμενα στοιχεία που είναι σημαντικό να διερευνηθούν επαρκέστερα.

## **6.1. Περιορισμοί της Έρευνας**

Πρώτα απ' όλα, έχει ήδη αναφερθεί πως το μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε να γίνει η ανάλυση των δεδομένων που αρχικά είχε υποδειχθεί, καθώς δεν υπήρχαν καθόλου αποτελέσματα με τη στατιστική ανάλυση της παλινδρόμησης, που πιθανώς θα μπορούσαμε με βάση αυτά να κάνουμε λόγο για προβλεπτικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα, είχαμε αρκετά μεγάλη απόκλιση στον αριθμό των ασθενών στις δύο αυτές ομάδες που αναφερόμαστε. Ειδικότερα, στην ομάδα των continuers έχουμε 38 ασθενείς, ενώ στην ομάδα των dropouts οι ασθενείς είναι συνολικά 10. Και πάλι αναφορικά με το δείγμα, οι γυναίκες υπερτερούσαν σημαντικά, οπότε είναι δύσκολο να βγάλουμε συμπεράσματα που να αφορούν σε διαφορές φύλου.

Επίσης, η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε κατά τη διάρκεια μιας εξαιρετικά δύσκολης κοινωνικά και όχι μόνο κατάστασης, της πανδημίας, η οποία δεν επέτρεψε την επιθυμητή ροή ασθενών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την ψυχολογική τους αξιολόγηση. Παράλληλα όμως εμποδίζει και την ίδια τη διαδικασία της θεραπείας και των δεσμών, καθώς η παρούσα έρευνα μελετά τη θεραπεία και απαιτεί διαπροσωπική επαφή τόσο η συλλογή δεδομένων όσο και η ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά η πανδημία δεν επιτρέπει τη σύνδεση, τη συνάθροιση και την επαφή. Δεν υπήρχε η δυνατότητα να δομηθούν ομάδες, να ξεκινήσουν θεραπευτικές διαδικασίες, να κινηθούν ελεύθερα και να μπορέσουν να ξεκινήσουν έχοντας την αίσθηση της ασφάλειας και της προσδοκίας. Συμπληρωματικά, οι εξωτερικές συνθήκες λειτουργούν ανασταλτικά στην ήδη ευαίσθητη ψυχική οργάνωση των ανθρώπων με ΟΔΠ, και ως απόρροια υπήρχαν πολλές ακυρώσεις των ραντεβού και μη σταθερή δέσμευση, κάτι που παρατηρούμε γενικά, αλλά στην προκειμένη περίπτωση οξύνθηκε.

Στη συνέχεια, αξίζει να αναφέρουμε πως ενδεχομένως επηρεάζει, ή θα επηρεάσει στη συνέχεια της έρευνας η ασαφής διατύπωση και οριοθέτηση των εννοιών της θεραπείας και του dropout. Λόγω και πάλι του περιορισμένου χρόνου και ασθενών, δεν υπήρχε η δυνατότητα να το συγκεκριμενοποιήσουμε περισσότερο έτσι ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη ομοιογένεια. Σε πολλές προϋπάρχουσες μελέτες, οι



συγγραφείς θέτουν ένα συγκεκριμένο χρονικό όριο και αριθμό συνεδριών που οι θεραπευόμενοι πρέπει να έχουν συμπληρώσει πριν διακόψουν ώστε να θεωρηθεί dropout (Skodol et al., 1989). Είναι σημαντικό για το μεθοδολογικό σχεδιασμό να αναφέρεται ξεκάθαρα τι ορίζουμε ως πρόωρο τερματισμό της θεραπείας, πόσες συνεδρίες είναι αναγκαίο να έχουν συμπληρωθεί για να μπορούμε να κάνουμε λόγο για dropout και με ποιόν τρόπο αυτό εφαρμόζεται και εξηγείται (π.χ. αναγκαστική μετακόμιση / προβλήματα στη μεταβίβαση). Επίσης, ενδεχομένως διαφορετικός τύπος θεραπείας να επηρεάζει και να προβλέπει και με διαφορετικό τρόπο την πρόωρη διακοπή αυτής. Παραδειγματικά, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, άλλοι λόγοι αναφέρονται συχνότερα ως παράγοντας διακοπής της ομαδικής θεραπείας, και άλλοι ως λόγοι της ατομικής.

## **6.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Έχοντας σαφείς τους περιορισμούς και με το δεδομένο πως η παρούσα έρευνα θα συνεχιστεί, εφόσον τα ανωτέρω είναι απλώς προκατακτικά αποτελέσματα είναι σημαντικό να γίνουν ορισμένες τροποποιήσεις. Ειδικότερα, θα ήταν σημαντικό ένα ενισχυμένο φυσικά και ομοιογενές δείγμα σε μελλοντικές προσπάθειες. Επίσης, ο πρόωρος τερματισμός της θεραπείας θα μπορούσε να συνδεθεί με τον παράγοντα και των πρώιμων τραυματικών βιωμάτων που εμφανίζεται συχνά στη βιβλιογραφία.

Στη συνέχεια, από τη βιβλιογραφία φαίνεται να μην είναι καθαρά διαχωρισμένοι οι παράγοντες της παρορμητικότητας, της επιθετικότητας και των επιτελικών λειτουργιών, καθώς ο ένας υπεισέρχεται στον άλλο και αλληλοδιαπλέκονται. Ως εκ τούτου προτείνεται η σαφέστερη οριοθέτηση των εννοιών και η μέτρησή τους με ευαισθησία σε αυτήν εργαλεία.

Τέλος, είναι επίσης εμφανής από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η εξαιρετική σημασία και επίδραση του συναισθήματος σε όλους τους υπό μελέτη παράγοντες.

Συνεπώς, σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να μελετηθεί ξεχωριστά και ο παράγοντας της συναισθηματικής αστάθειας και ενδεχομένως να δούμε πως επηρεάζει τα dropout.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
2. Amtz Stupar-Rutenfrans Bloo van Dyck. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.002>
3. Bazanis, E., Rogers, R., Dowson, J., Taylor, P., Meux, C., Staley, C., et al. (2002). Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 32(8), 1395-1405.
4. Chiesa M. (2003). A description of an audit cycle of early dropouts from an inpatient psychotherapy unit. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2, 138–149. Doi: 10.1080/1474973031000105294
5. Chiesa M., Fonagy P. (2007). Prediction of Medium-Term Outcome in Cluster B Personality Disorder following Residential and Outpatient Psychosocial Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 347–353. Doi: 10.1159/000107562
6. Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.474
7. Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York, NY: Wiley.
8. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multi-wave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

9. Coccaro, E. F. (1989). Serotonergic Studies in Patients with Affective and Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46(7), 587. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810070013002.
10. Dougherty, D. M, et al. (1999) Laboratory Measures of Aggression and Impulsivity in Women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 85(3), 315–326. doi: 10.1016/s0165-1781(99)00011-6.
11. Fertuck, E. A., Keilp, J., Song, I., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2012). Higher executive control and visual memory performance predict treatment completion in borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 38–43.
12. Fertuck, E. A., et al. (2006). Executive Neurocognition, Memory Systems, and Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 346–375. doi: 10.1016/j.cpr.2005.05.008
13. Flüs L, Resch F, Möhler E (2018) Executive Function in Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. *Res Adv Brain Disord Ther: RABDT-110*. DOI: 10.29011/RABDT-110. 100010 (PDF) Executive Function in Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/329538623\\_Executive\\_Function\\_in\\_Borderline\\_Personality\\_Disorder\\_in\\_Children\\_and\\_Adolescents](https://www.researchgate.net/publication/329538623_Executive_Function_in_Borderline_Personality_Disorder_in_Children_and_Adolescents) [accessed Jul 02 2019].
14. Ghanem, M., El-Serafi, D., Sabry, W., ElRasheed, A. H., Abdel Razek, G., Soliman, A., Amar, W. (2016). Executive dysfunctions in borderline personality disorder: correlation with suicidality and impulsivity. *Middle East Current Psychiatry*, 23(2), 85-92(8). Publisher: Wolters Kluwer.
15. Goodman, M., Antonia New. Impulsive Aggression in Borderline Personality Disorder. (2000). *Current Psychiatry Reports*, 2(1), 56–61. doi: 10.1007/s11920-000-0043-1.

16. Gvirts H. Z., Harari H, Braw Y, Shefet D, Shamay-Tsoory SG, Levkovitz Y. (2012). Executive functioning among patients with borderline personality disorder (BPD) and their relatives. *143*(1-3), 261-4.
17. Gvirts HZ, Braw Y, Harari H, Lozin M, Bloch Y, Fefer K, Levkovitz Y. (2015) Executive dysfunction in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*. 2015 Nov;*30*(8):959-64
18. Haaland, V., Esperaas, L., & Landrø, N. (2009). Selective deficit in executive functioning among patients with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *39*(10), 1733-1743. doi:10.1017/S0033291709005285
19. Hagenhoff M, Franzen N, Koppe G, Baer N, Scheibel N, Sammer G, et al. (2013) Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. *210*(1), 224-31.
20. Hummelen, B., et al. (2007). Interviews of Female Patients with Borderline Personality Disorder Who Dropped out of Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *57*(1), 67–92, doi: 10.1521/ijgp.2007.57.1.67.
21. Kernberg OF: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975
22. Látalová, K., and J. Praško. *Aggression in Borderline Personality Disorder*. (2010) *Psychiatric Quarterly*, *81*(3), 239–251. doi: 10.1007/s11126-010-9133-3
23. LeGris, J., & van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(3), 131–142.

24. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. doi:10.1016/s0140-6736(10)61422-5
25. Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, agressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1989;13:S23–34. [PubMed: 2616792]
26. Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137(3), 191–202.
27. Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation. *Curr Psychiatry*, 15(2), 339.
28. Smith, T E, et al. (2013). Predictors of Dropout in Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4(3), 205–13. Ανακτήθηκε από: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330395/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330395/)
29. Williams, G. E., Daros, A. R., Graves, B., McMMain, S. F., Links, P. S., & Ruocco, A. C. (2015). Executive functions and social cognition in highly lethal self-injuring patients with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 107–116.
30. Wnuk, S, et al. (2003). Factors Related to Dropout From Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 716–726. doi: 10.1521/pedi\_2013\_27\_106
31. Μπούλας Χ., (2018). Πρόδρομα σημεία στην πρόωρη διακοπή της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στους ενήλικες.