



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

Διπλωματική Εργασία

**«ΚΟΙΝΟΣ ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΕΠΥ ΚΑΙ
ΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ. ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΑ
ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ»**

Εκπόνηση Εργασίας:

Ανθούλα Παπαϊακώβου (Α.Μ.: 2018983)

Επόπτρια

Ελευθερία Τσάλτα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Επιβλέπουσα

Ελένη Γιαννούλη, Ψυχολόγος, Εικαστική Ψυχοθεραπεύτρια

ΑΘΗΝΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια Ψυχολογίας κα. Ελευθερία Τσάλτα, στην Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική και την κα. Ελένη Γιαννούλη, Ψυχολόγο – Εικαστική Ψυχοθεραπεύτρια, στην Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, για την πολύτιμη στήριξή τους τα τελευταία έτη στην επιστημονική και ερευνητική μου πορεία.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κ. Αρτέμιο Πεχλιβανίδη στην Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική και όλους τους συνεργάτες της Μονάδας Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου για την υποστήριξη τους και την άριστη συνεργασία μας.

Ακόμη, ευχαριστώ τις εξαίρετες συναδέλφους, Ειρήνη Ποπόβα, Αναστασία Μπόκου, Αγγελική Δαμήλου και όλους τους συνεργάτες του Ψυχολογικού Εργαστηρίου του Αιγινήτειου Νοσοκομείου για τη συμβολή τους στην ερευνητική μου προσπάθεια.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου, για την ηθική και οικονομική μου υποστήριξη, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σχέση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) αποτελεί αντικείμενο πλήθους ερευνών τα τελευταία έτη, με επίκεντρο ενδιαφέροντος τους τομείς της παρορμητικότητας, της συναισθηματικής αστάθειας και των επιτελικών λειτουργιών. Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει τις ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές, με εστίαση στα νευροψυχολογικά ελλείμματα. Για τον λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκε σύγκριση τριών ομάδων ενηλίκων, 10 ατόμων με ΔΕΠΥ, 10 ατόμων με ΟΔΠ και 10 υγιών μαρτύρων με το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο παρορμητικότητας AECOM – ICS (Albert Einstein College of Medicine-Impulsivity Coping Scale), το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο υποκειμενικής ικανότητας ελέγχου του συναισθήματος DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) και με τέσσερις νευροψυχολογικές δοκιμασίες (WAIS IV, Stroop Color Word Test, Rey Complex Figure Test και Wisconsin Card Sorting Test). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα αυτοαναφερόμενης παρορμητικότητας και χαμηλότερη επίδοση στην οπτικοχωρική κατασκευαστική ικανότητα. Τα άτομα με ΟΔΠ παρουσιάζουν χαμηλότερη επίδοση στην αναστολή της αυθόρμητης απάντησης και υψηλότερα επίπεδα αυτοαναφερόμενης συναισθηματικής αστάθειας. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν τη διαφοροποίηση ανάμεσα σε ΔΕΠΥ και ΟΔΠ στην παρορμητικότητα, στη συναισθηματική αστάθεια και σε επιμέρους νοητικούς τομείς και θέτουν τη βάση για μελλοντικές έρευνες.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠΥ, ΟΔΠ, νευροψυχολογικά ελλείμματα, παρορμητικότητα, συναισθηματική αστάθεια.

ABSTRACT

The relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) has been the subject of much research in recent years, focusing on areas of impulsivity, emotional instability and executive functions. This paper aims to investigate the similarities and differences between the two disorders, with a focus on neurocognitive deficits. For this reason, a comparison was made between three groups, 10 adults with ADHD, 10 adults with BPD and 10 healthy controls using AECOM - ICS (Albert Einstein College of Medicine-Impulsivity Coping Scale) self-reported impulsivity questionnaire, DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) self-reported questionnaire of subjective ability to control emotions and four neuropsychological tests (WAIS IV, Stroop Color Word Test, Rey Complex Figure Test και Wisconsin Card Sorting Test). According to the results, ADHD group showed increased levels of self-reported impulsivity and lower performance in visual-spatial construction capacity. BPD group showed lower performance in response inhibition and higher levels of self-reported emotional instability. These findings indicate the differentiation between ADHD and BPD in impulsivity, emotional instability and specific cognitive domains and form the basis for future research.

Key words: ADHD, BPD, neurocognitive deficits, impulsivity, emotion dysregulation.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ.....	9
1.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας – ΔΕΠΥ	
<i>1.1.1 Ορισμός της ΔΕΠΥ και Επιπολασμός</i>	
<i>1.1.2 Κλινική εικόνα και Συννόηση στη ΔΕΠΥ</i>	
<i>1.1.3 Αιτιοπαθογένεση της ΔΕΠΥ</i>	
<i>1.1.4 Διαγνωστική Αξιολόγηση στην ΔΕΠΥ – Νευροψυχολογικές Δοκιμασίες</i>	
1.2 Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας - ΟΔΠ	
<i>1.2.1 Ορισμός της ΟΔΠ και Επιπολασμός</i>	
<i>1.2.2 Κλινική εικόνα και Συννόηση στην ΟΔΠ</i>	
<i>1.2.3 Αιτιοπαθογένεια της ΟΔΠ</i>	
<i>1.2.4 Διαγνωστική Αξιολόγηση στην ΟΔΠ – Νευροψυχολογικές Δοκιμασίες</i>	
1.3 Ο παράγοντας της Παρορμητικότητας	
<i>1.3.1 Η Παρορμητικότητα στη ΔΕΠΥ</i>	
<i>1.3.2 Η Παρορμητικότητα στην ΟΔΠ</i>	
1.4 Ο Παράγοντας της Συναισθηματικής Αστάθειας / Απορρύθμισης	
<i>1.4.1 Η Συναισθηματική Αστάθεια στη ΔΕΠΥ</i>	
<i>1.4.2 Η Συναισθηματική Αστάθεια στην ΟΔΠ</i>	
1.5 Οι Νευροψυχολογικές δοκιμασίες σε ΔΕΠΥ και ΟΔΠ	
<i>1.5.1 Το νευροψυχολογικό προφίλ στη ΔΕΠΥ</i>	
<i>1.5.2 Το νευροψυχολογικό προφίλ στην ΟΔΠ</i>	
1.6 Κοινός τόπος και διαφορές σε άτομα με ΔΕΠΥ και ΟΔΠ	
<i>1.6.1 Κοινός Τόπος</i>	
<i>1.6.2 Διαφορές</i>	

1.7. Μελέτες Σύγκρισης ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΟΔΠ – Εστίαση σε Νευροψυχολογικά Ελλείμματα	
1.8 Σκοπός της έρευνας	
1.9 Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος	
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	43
2.1 Επιλογή συμμετεχόντων	
2.2 Κριτήρια επιλογής	
2.3 Κριτήρια αποκλεισμού	
2.4 Χορηγούμενες δοκιμασίες	
2.5 Στατιστική ανάλυση	
2.6. Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας	
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	49
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	53
5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	54
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Πίνακες αποτελεσμάτων.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Έντυπο Συγκατάθεσης.....	82

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Οι 16 πιο σημαντικές νευροψυχολογικές λειτουργίες για την αξιολόγηση στην ΔΕΠΥ και οι καταλληλότερες μετρήσεις.....	23
Πίνακας 2. Ευρήματα από έρευνες σύγκρισης ομάδων ΔΕΠΥ, ΟΔΠ, ΔΕΠΥ & ΟΔΠ και Υγιών Μαρτύρων.....	40
Πίνακας 3. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων.....	43
Πίνακας 4. Φύλο συμμετεχόντων.....	44
Πίνακας 5. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.....	45
Πίνακας 6. Έτη εκπαίδευσης συμμετεχόντων.....	46
Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία για τις εξαρτημένες μεταβλητές (Επίδοση στις δοκιμασίες) για τις τρεις ομάδες: ΔΕΠΥ, ΟΔΠ και Υγιείς Μάρτυρες.....	71
Πίνακας 8. Ανάλυση Διασποράς ANOVA με έναν παράγοντα (One Way Anova) για τις εξαρτημένες μεταβλητές (Επίδοση στις δοκιμασίες) ανάμεσα στις ομάδες ΔΕΠΥ και ΟΔΠ και Υγιών Μαρτύρων.....	72
Πίνακας 9. Έλεγχος με τη μέθοδο Bonferroni. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.....	75
Πίνακας 10. Ανάλυση της διακύμανσης – ANOVA ως προς το φύλο - Άνδρες συμμετέχοντες. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.....	77
Πίνακας 11. Έλεγχος με τη μέθοδο Bonferroni ως προς το φύλο - Άνδρες συμμετέχοντες. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.....	77
Πίνακας 12. Ανάλυση της διακύμανσης – ANOVA ως προς το φύλο - Γυναίκες συμμετέχουσες. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.....	79
Πίνακας 13. Έλεγχος με τη μέθοδο Bonferroni ως προς το φύλο - Γυναίκες συμμετέχουσες. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.....	80
Πίνακας 14. Ανάλυση της διακύμανσης – ANOVA ως προς τα έτη εκπαίδευσης. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.....	81

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΔΕΠΥ: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

ΟΔΠ: Οριακή διαταραχή προσωπικότητας

ΑΕCOM-ICS: Albert Einstein College of Medicine-Impulsivity Coping Scale

DEERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

RCFT: Rey Complex Figure Test

SCID 5-PD: The Structured Clinical Interview for DSM-5

WCST; Wisconsin Card Sorting Test

WAIS IV: The Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition

SCWT: Stroop Color Word Test

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ

1.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα –ΔΕΠΥ

1.1.1 Ορισμός της ΔΕΠΥ και Επιπολασμός

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) χαρακτηρίζεται κυρίως από συμπτώματα όπως απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, έλλειψη οργάνωσης και συναισθηματική αστάθεια, σε επίπεδα μη συμβατά με την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013).

Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ σε παιδιά ηλικίας 2 έως 17 ετών στον Αμερικανικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 8,4% (Danielson et al., 2018). Το 30-60% περίπου των παιδιών με διάγνωση ΔΕΠΥ εξακολουθούν να παρουσιάζουν συμπτώματα της διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Fuermaier, 2019) κυρίως την απροσεξία, την ανησυχία και την παρορμητικότητα (McLean et al., 2004). Η επίπτωση της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή εμφανίζει μεγάλη διακύμανση (2-5%), ανάλογα με τη μεθοδολογία της μελέτης και τον πληθυσμό, στον οποίο αναφέρεται (Προκόπη και συν, 2017).

Η ΔΕΠΥ εντάσσεται στην ενότητα των νευροαναπτυξιακών διαταραχών (neurodevelopmental disorders), οι οποίες εμφανίζονται νωρίς στη ζωή και σχετίζονται πρωταρχικά με διαταραχή στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος. Η διαγνωστική ενότητα των νευροαναπτυξιακών διαταραχών περιλαμβάνει επίσης τις Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος, τις Διαταραχές Επικοινωνίας (λόγου) και άλλες Διαταραχές (Κουμούλα, 2012).

1.1.2 Κλινική εικόνα και Συννόσηση στη ΔΕΠΥ

Τα τελευταία χρόνια έχουν συγκεντρωθεί στοιχεία σχετικά με τα υψηλά επίπεδα συννόσησης της ΔΕΠΥ με έναν αριθμό διαταραχών, όπως οι διαταραχές διάθεσης, οι αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή διαγωγής, η προκλητική εναντιωματική διαταραχή και οι μαθησιακές δυσκολίες (Biederman et al., 1991. Μεταξύ αυτών, η ΟΔΠ εμφανίζεται πολύ πιο συχνά από το αναμενόμενο σε ενήλικες με ΔΕΠΥ (Weiner et al., 2019). Υπολογίζεται ότι 60–100% των παιδιών με ΔΕΠΥ εμφανίζουν, επίσης, μια ή περισσότερες συνυπάρχουσες διαταραχές, οι οποίες συχνά συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή (Κουμούλα, 2012).

Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερο επιπολασμό διαταραχών διαγωγής, συμπεριφοράς και κατάχρησης ουσιών και συχνότερη χρήση παράνομων ουσιών από ότι οι ενήλικες υγιείς μάρτυρες. Επιπλέον, εμφανίζουν μεγαλύτερη αυτοαναφερόμενη ψυχολογική δυσλειτουργία, περισσότερους κινδύνους στην οδήγηση και συχνότερες αλλαγές εργασίας, με παραίτηση ή απόλυση (Murphy & Barkley, 1996).

Επιπροσθέτως, η διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία σχετίστηκε με πρόωρη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας και σεξουαλικής επαφής, περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους, πιο συχνό περιστασιακό σεξ και περισσότερες εγκυμοσύνες (Flory et al., 2006). Όσον αφορά στην προσωπική τους ζωή, τα άτομα με ΔΕΠΥ έχουν συχνά συζυγικά προβλήματα, ασταθείς σχέσεις, διαζύγια, δυσκολεύονται στην οργάνωση του σπιτιού, τη διαχείριση των οικονομικών και την εποπτεία των παιδιών. Στον ελεύθερο χρόνο τους, συχνά προτιμούν δραστηριότητες που προκαλούν διέγερση κι αυξάνουν την αδρεναλίνη, όπως αθλήματα δράσης και περιπέτειας, τυχερά παιχνίδια, ή χρειάζονται προσήλωση, π.χ. πλοήγηση στο διαδίκτυο (Κουμούλα, 2012).

1.1.3 Αιτιοπαθογένεση της ΔΕΠΥ

Οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην παθογένεση της διαταραχής. Σε 20 μελέτες διδύμων, ο μέσος όρος της προβλεπόμενης κληρονομικότητας ανήλθε στο 76% (Faraone et al., 2005). Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην αναζήτηση γονιδίων που μπορεί να αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της ΔΕΠΥ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Έχει μελετηθεί η επίδραση των γονιδίων της ντοπαμίνης DRD4 και DAT1, αλλά και τέσσερα γονίδια κατεχολαμίνης, δύο γονίδια του συστήματος σεροτονίνης και το γονίδιο SNAP -25 στην εκδήλωση της ΔΕΠΥ (Faraone et al., 2001, 2005).

Ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνδέονται με τη ΔΕΠΥ είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η ψυχοπαθολογία της μητέρας κατά την κύηση αλλά και μετά τη γέννηση, αλλά και τα συμπτώματα ΔΕΠΥ και των δύο γονέων. Επίσης, το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση και η προωρότητα αποτελούν προσθετικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

Η επιτακτική ανάγκη να ανακαλυφθούν οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για την ΔΕΠΥ είναι το κίνητρο για την αναζήτηση ποσοτικοποιησιμων ενδιάμεσων κατασκευών, που ονομάζονται ενδοφαινότυποι. Σύμφωνα με τους Castellanos & Tannock (2002), αυτοί οι ενδοφαινότυποι πρέπει να στηρίζονται σταθερά στις νευροεπιστήμες και θα μπορούσαν να είναι οι εξής τρεις: μια συγκεκριμένη διαταραχή στα συστήματα που σχετίζονται με την ανταμοιβή, ελλείμματα στη χρονική επεξεργασία και ελλείμματα στη εργαζόμενη μνήμη. Γενικότερα, οι τέσσερις νευροψυχολογικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί περισσότερο είναι α) ο ανασταλτικός έλεγχος, β) η εργαζόμενη μνήμη, γ) η

αυτορρύθμιση συναισθήματος – διέγερσης και η αποστροφή αναμονής και δ) η αντίληψη του χρόνου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011).

1.1.4 Διαγνωστική Αξιολόγηση στην ΔΕΠΥ – Νευροψυχολογικές Δοκιμασίες

Απαραίτητη για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ είναι η προσεκτική και συστηματική αξιολόγηση της παρουσίας και της επίπτωσης των συμπτωμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής βάσει αναφορών των ιδίων των ασθενών, αλλά και των γονέων – οικείων τους. Χρησιμοποιούνται διαγνωστικές συνεντεύξεις, όπως η Conners Adult ADHD - CAADID (Epstein, 2001), η DIVA (<http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx>), κλίμακες αξιολόγησης και ερωτηματολόγια αναφοράς, όπως η Brown ADD Scale Diagnostic Form-BADDS (Brown et al., 1996), Conners Adult ADHD Rating Scale – CAARS (Conners et al., 1999), (Pehlivanidis et al., 2012).

Αν και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα, η λειτουργική απεικόνιση, αλλά και οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες (όπως η δοκιμασία CANTAB (CANTAB, 2019), το Stop Signal Reaction Time (Logan et al., 1984), οι δοκιμασίες μέτρησης IQ ή η εξέταση των επιτελικών λειτουργιών και η δοκιμασία ανταπόκρισης χρονικής ταχύτητας) μπορεί να συμπληρώσουν τη διαγνωστική διαδικασία και να παράσχουν έναν αντικειμενικό δείκτη νοητικών λειτουργιών των ασθενών που πάσχουν από σύνδρομο ΔΕΠΥ (Pehlivanidis et al., 2012).

Η ΔΕΠΥ σχετίζεται με πτωχή ανάπτυξη των επιτελικών λειτουργιών, όπως της εργαζόμενης μνήμης, της διατήρησης της προσοχής και της αλλαγής κριτηρίου. Οι διαταραχές στη συμπεριφορά, όπως η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα είναι πιθανό να είναι απόρροια της δυσλειτουργίας στις επιτελικές λειτουργίες (Gallacher & Blader, 2001).

1.2 Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας - ΟΔΠ

1.2.1 Ορισμός της ΟΔΠ και Επιπολασμός

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από ένα συνεχιζόμενο μοτίβο αστάθειας της διάθεσης, της αυτο-εικόνας και της συμπεριφοράς. Αυτά τα συμπτώματα οδηγούν συχνά σε παρορμητικές ενέργειες και προβλήματα στις σχέσεις. Τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να παρουσιάσουν έντονα επεισόδια θυμού, κατάθλιψης και άγχους που μπορεί να διαρκέσουν από μερικές ώρες έως ημέρες (National Institute of mental Health, 2020).

Η ΟΔΠ είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή, η οποία παρουσιάζεται στο 1 – 3 % του γενικού πληθυσμού και, κλινικά, είναι η περισσότερο διαγνωσμένη διαταραχή προσωπικότητας, παρούσα στο 10% των ασθενών σε εξωτερικές δομές υγείας, στο 15–20 % των ασθενών σε νοσοκομειακές δομές και στο 30–60 % των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με διαταραχές προσωπικότητας (Carpenter & Trull, 2013). Περίπου το 10% των ασθενών με ΟΔΠ αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, ποσοστό 50 φορές υψηλότερο από τον γενικό πληθυσμό (American Psychiatric Association, 2001).

1.2.2 Κλινική εικόνα και Συννόηση στην ΟΔΠ

Η ΟΔΠ σχετίζεται με αξιολογη συναισθηματική επιβάρυνση, σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς, σημαντική χρήση των πόρων γενικής και ψυχικής υγείας και λειτουργική εξασθένηση (Charman, 2019).

Η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών με ΟΔΠ έχουν τουλάχιστον μία επιπλέον διάγνωση (Zanarini et al., 1998). Έρευνες έχουν υποδείξει ότι έως και τα δύο τρίτα των ασθενών με ΟΔΠ έχουν προβλήματα χρήσης ουσιών, πάνω από το μισό των ασθενών έχουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και πολύ περισσότεροι από το μισό αυτών έχουν συνυπάρχουσα διαταραχή άγχους. Οι καταθλιπτικές διαταραχές

είναι ιδιαίτερα συχνές, επηρεάζοντας περίπου το 80% των ατόμων με ΟΔΠ (Zanarini et al., 1998; Zanarini et al., 2004).

1.2.3 Αιτιοπαθογένεια της ΟΔΠ

Οι βιολογικές προσεγγίσεις στη μελέτη της προσωπικότητας μπορούν να προσδιορίσουν τις ατομικές διαφορές τόσο με γενετικές όσο και με περιβαλλοντικές επιρροές. Οι πτυχές της διαταραχής της προσωπικότητας που είναι πιθανό να έχουν βιολογικές συσχετίσεις είναι εκείνες που περιλαμβάνουν ρύθμιση των συναισθημάτων, των παρορμήσεων / μοτίβων δράσης, της νοητικής οργάνωσης και του άγχους / αναστολής. Για την ΟΔΠ, οι βασικοί ψυχοβιολογικοί τομείς περιλαμβάνουν την παρορμητική επιθετικότητα, που σχετίζεται με μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα στον εγκέφαλο και τη συναισθηματική αστάθεια, που σχετίζεται με αυξημένη ανταπόκριση των χολινεργικών συστημάτων (Skodol et al., 2002).

Δεδομένα μελέτης υποδηλώνουν εμπλοκή τροποποιημένης ντοπαμινεργικής και / ή νοραδρενεργικής νευροδιαβίβασης καθώς και διαδραστική επίδραση των παραλλαγών γονιδίου COMT (Catechol *O*-Methyltransferase) και 5 - HTTLPR (Serotonin Transporter Promoter Region) στην αιτιολογία της ΟΔΠ (Tadić et al., 2009). Η παρουσία του σύντομου αλληλόμορφου του 5-HTTLPR μπορεί επίσης να υποδηλώνει κακή ανταπόκριση στη θεραπεία στη φλουοξετίνη σε ασθενείς με ΟΔΠ (Silva et al., 2007). Ωστόσο, κανένα συγκεκριμένο γονίδιο δεν έχει ακόμη αναγνωριστεί σαφώς ως αιτιώδες (Leichsenring et al., 2011).

1.2.4 Διαγνωστική Αξιολόγηση στην ΟΔΠ – Νευροψυχολογικές Δοκιμασίες

Υπάρχουν αρκετές διαγνωστικές συνεντεύξεις για την αξιόπιστη και έγκυρη αξιολόγηση της ΟΔΠ (Carcone, 2015). Ανάμεσά τους η Δομημένες Κλινικές

Συνεντεύξεις για τις Διαταραχές Προσωπικότητας SCID II (First et al., 1997) (βασισμένες στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-IV-TR) και SCID-5-PD (βασισμένη στο DSM-5) (First et al., 2016). Χορηγούνται επίσης κλίμακες όπως η ZANARINI Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) (Zanarini, 2003).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν, σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, ελλείμματα σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες που υποδηλώνουν δυσλειτουργία του κροταφικού και / ή του μετωπιαίου λοβού (Seres et al., 2009). Οι πιο συχνές δυσλειτουργίες βρέθηκαν σε διαδικασίες αναστολής της απάντησης, προσοχής, οπτικοκινητικών δεξιοτήτων, λήψης αποφάσεων και οπτικής μνήμης (LeGris & van Reekum, 2006). Η νευροψυχολογική αξιολόγηση συμπληρώνει τη διαγνωστική εκτίμηση μέσα από πλήθος δοκιμασιών.

1.3 Ο παράγοντας της Παρορμητικότητας

Υπάρχει ευρεία ποικιλία μεθοδολογικών προσεγγίσεων για την παρορμητικότητα στη βιβλιογραφία (Bornovalova et al., 2005; Moeller et al., 2001). Αν και δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός, τα κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στους ορισμούς είναι: πρόωμη απάντηση, απροσεξία, υπερκινητικότητα, παράβλεψη μελλοντικών (καθυστερημένων) ανταμοιβών, δυσκολία στην αναστολή, έλλειψη εναλλακτικών σκέψεων πριν από τη δράση, ανασταλτικός έλεγχος, μη προγραμματισμός, ευαισθησία στην ανταμοιβή, ανάληψη κινδύνου και αναζήτηση ενθουσιασμού (Barnhart et al., 2016).

Ως παρορμητικότητα θεωρείται η προδιάθεση για γρήγορες, μη προγραμματισμένες αντιδράσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι αρνητικές συνέπειες αυτών των αντιδράσεων στα παρορμητικά άτομα ή σε άλλους (Moeller et al., 2001). Ένας ακόμα ορισμός για την

παρορμητικότητα θα μπορούσε να είναι η τάση κάποιου να ενεργεί πρωτογενώς, χωρίς προνοητικότητα και αναφέρεται σε: μία συμπεριφορά, η οποία δεν έχει επεξεργαστεί κατάλληλα τα αισθητηριακά στοιχεία (αντανακλαστική παρορμητικότητα) ή σε μία αποτυχημένη αναστολή της κίνησης ή αναστολή της απάντησης (παρορμητική απάντηση) ή στην τάση αποδοχής μικρών ή επιθυμητών αμοιβών αντί των καθυστερημένων, μη επιθυμητών αμοιβών (παρορμητική επιλογή) αλλά και σε επικίνδυνη συμπεριφορά, στο πλαίσιο της λήψης αποφάσεων (van Dijk et al., 2014).

Η παρορμητική συμπεριφορά, η οποία, θεωρείται ότι δεν είναι μια μοναδική οντότητα, αλλά αποτελείται από διάφορες ανεξάρτητες διαστάσεις περιλαμβανομένων των ποικίλων μορφών ελλειμματικού νοητικού ελέγχου (van Dijk et al., 2014).

Από τη μία μεριά, έχουν δημιουργηθεί πολλές κλίμακες αυτοαναφοράς με βάση τους διαφορετικούς ορισμούς παρορμητικότητας. Από την άλλη μεριά, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα εργαστηριακών δοκιμασιών, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικές συμπεριφορικές πτυχές της παρορμητικότητας. Σε δοκιμασίες αναστολής της απάντησης και προσοχής (όπως οι δοκιμασίες Go / NoGo ή το Stop Signal), η παρορμητικότητα ορίζεται είτε ως πρόωρη αντίδραση ή αδυναμία συγκράτησης μιας απάντησης (Krause-Utz et al., 2013).

Η αναστολή (inhibition) είναι ο παράγοντας της παρορμητικότητας που έχει μελετηθεί σε πλήθος ερευνών (Traverso et al., 2018) και αναφέρεται στον έλεγχο των διαγνωστικών διαδικασιών και των αντιδράσεων κάποιου, για να αγνοήσει μια εσωτερική ή εξωτερική προτροπή και να εκτελέσει μια εναλλακτική ενέργεια. Περιλαμβάνει την ικανότητα ελέγχου μη σχετικών πληροφοριών στο επίπεδο σκέψης και αναμνήσεων (νοητική αναστολή), την ικανότητα διαχείρισης μη σχετικών δεδομένων κατά την απόκτηση πληροφοριών (αναστολή στο επίπεδο προσοχής) και την ικανότητα ελέγχου μιας δράσης στο επίπεδο συμπεριφοράς (αναστολή απάντησης

- response inhibition). Η αναστολή της απάντησης, όπως και ο έλεγχος της παρεμβολής (επιλεκτική προσοχή και νοητική αναστολή) ανήκουν στις κεντρικές επιτελικές λειτουργίες (Diamond, 2013).

1.3.1 Η Παρορμητικότητα στη ΔΕΠΥ

Σύμφωνα με το *DSM-V* στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία τα συμπτώματα της παρορμητικότητας περιγράφονται ως:

- Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση (για παράδειγμα ολοκληρώνει τις προτάσεις των ανθρώπων ή δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του σε μία συνομιλία).
- Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του (βρίσκεται σε μία ουρά αναμονής).
- Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες και μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα άλλων ανθρώπων χωρίς να ζητά ή να λαμβάνει άδεια. Οι έφηβοι και οι ενήλικες, μπορεί να εισβάλουν σε αυτό ή να αναλάβουν αυτό που άλλοι κάνουν.

Οι ενήλικες εκφράζουν την παρορμητικότητα με α) χαμηλό έλεγχο των παρορμήσεων, β) προβλήματα με την οδήγηση και γ) αδυναμία ελέγχου και αναστολής των συναισθηματικών τους αντιδράσεων (Pehlivanidis et al., 2012)

1.3.2 Η Παρορμητικότητα στην ΟΔΠ

Στην ΟΔΠ έχει χρησιμοποιηθεί ιστορικά η παρορμητικότητα για να περιγράψει την κλινικά παρατηρούμενη δυσλειτουργία που χαρακτηρίζει τη νόσο, κυρίως τις

αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως ο αυτοτραυματισμός, η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών ή ο εθισμός, αλλά και την έντονη σεξουαλική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με το DSM-V, άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο περιοχές δυνητικά αυτοκαταστροφικές (Κριτήριο 4). Μπορεί να στοιχηματίσουν, να ξοδέψουν χρήματα ανεύθυνα, να τρώνε πολύ, να κάνουν κατάχρηση ουσιών, να κάνουν μη ασφαλές σεξ ή να οδηγούν απερίσκεπτα. Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν επαναλαμβανόμενες αυτοκτονικές συμπεριφορές, χειρονομίες ή απειλές ή συμπεριφορές αυτοακρωτηριασμού (Κριτήριο 5) (American Psychiatric Association, 2013).

Η παρορμητικότητα στην ΟΔΠ, όπως φανερώνεται σε δοκιμασίες ανασταλτικής λειτουργίας, σχετίζεται με συναισθηματικούς παράγοντες, με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις, αλλά και με πολύπλοκες βλάβες σε επίπεδο νοητικών διαδικασιών (Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

Σύμφωνα με τους Bazanis και συν. (2002), οι ασθενείς με ΟΔΠ, παρουσιάζουν ελλείμματα στη λήψη αποφάσεων, παρορμητική ανταπόκριση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα και προβλήματα σχεδιασμού. Αυτές οι νοητικές διαταραχές υποδεικνύουν δυσλειτουργία του εγκεφάλου σε κορχομετωπιαίες και ραχιοπλευρικές περιοχές των μετωπιαίων λοβών και μπορεί να αλληλοεπιδρούν με τη μεταβαλλόμενη συναισθηματική λειτουργία, για να συμβάλλουν στη διαταραχή στον έλεγχο της συμπεριφοράς. Μπορεί να υπάρχει σημαντική αιτιολογική ετερογένεια σε μια τέτοια δυσλειτουργία του εγκεφάλου και οι αιτιώδεις παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν γενετικά μεσολαβούμενα χαρακτηριστικά, όπως η παρορμητικότητα (Bazanis et al., 2002).

1.4 Ο Παράγοντας της Συναισθηματικής Αστάθειας / Απορρύθμισης

Η συναισθηματική απορρύθμιση (Emotion dysregulation - affective dysregulation) αποτελεί τον ψυχολογικό όρο της συναισθηματικής αστάθειας (emotional instability) (www.nhs.uk, 2020) και ορίζεται ως η αδυναμία ανταπόκρισης και διαχείρισης των συναισθημάτων με ευελιξία.

1.4.1 Η Συναισθηματική Αστάθεια στη ΔΕΠΥ

Στη ΔΕΠΥ, η συναισθηματική απορρύθμιση χαρακτηρίζεται από προβλήματα στον έλεγχο της διάθεσης (συναισθήματα ευερεθιστότητας και συχνές εκρήξεις με βραχυπρόθεσμη διάρκεια), συναισθηματική υπερδραστηριότητα (μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης τυπικών πιέσεων στη ζωή, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συχνά συναισθήματα ταλαιπωρίας και συναισθηματικής φόρτισης) και αστάθεια διάθεσης (μικρές και απρόβλεπτες αλλαγές από τη φυσιολογική διάθεση έως και κατάθλιψη ή ήπιο ενθουσιασμό) (Reimherr et al., 2005).

Η συναισθηματική απορρύθμιση στη ΔΕΠΥ πιθανότατα σχετίζεται με ελλείμματα στη ρύθμιση των σωματικών αντιδράσεων σε συναισθήματα, με προβλήματα στην αναστολή των μη συντονισμένων συμπεριφορικών τάσεων και των εκφράσεων που προκαλούνται από συναισθήματα και τέλος, με δυσκολίες στον έλεγχο και στην επανεστίαση της προσοχής όταν έχουν προκληθεί συναισθηματικές αντιδράσεις (Matthies & Philipsen, 2014).

Οι καθημερινές αλλαγές της διάθεσης στη ΔΕΠΥ παρουσιάζονται συχνά και αντιπροσωπεύουν μια κακώς ρυθμιζόμενη, αλλά βασικά φυσιολογική μεταβολή της διάθεσης, που, όμως, διαφοροποιείται από τις μεταβολές που παρατηρούνται σε άλλες διαταραχές, όπως στη διπολική διαταραχή (διαταραχή στην οποία παρατηρούνται τα άκρα της κατάθλιψης και της υπερθυμίας). Η χρόνια αστάθεια της

διάθεσης θεωρείται τμήμα του πυρηνικού συνδρόμου της ΔΕΠΥ (Pehlivanidis, et al., 2012).

Η συναισθηματική απορρύθμιση έχει βρεθεί πως είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας των ελλειμμάτων στη ΔΕΠΥ, μετά τον έλεγχο των αποτελεσμάτων των βασικών συμπτωμάτων (απροσεξία και υπερκινητικότητα / παρορμητικότητα) (Moukhtarian et al., 2018). Παρότι δεν είναι βασικός τομέας συμπτωμάτων στη διαγνωστική ταξινόμηση της ΔΕΠΥ, η συναισθηματική απορρύθμιση φαίνεται συνήθως να συνοδεύει τη ΔΕΠΥ, ακόμη και σε περιπτώσεις μη συννόσησης, και είναι ανεξάρτητη πηγή ψυχοκοινωνικής εξασθένησης (Skirrow et al., 2012).

1.4.2 Η Συναισθηματική Αστάθεια στην ΟΔΠ

Η συναισθηματική αστάθεια θεωρείται βασικός τομέας συμπτωμάτων της ΟΔΠ (www.nhs.uk, 2020). Η βιοκοινωνική θεωρία της Linehan (1993), εστιάζει σε αυτές τις δυσκολίες συναισθημάτων. Οι ασθενείς με ΟΔΠ υιοθετούν φτωχές δεξιότητες αντιμετώπισης, επειδή μεγαλώνουν σε ένα μη ισχυρό περιβάλλον και έχουν μία βιολογική τάση να αντιδρούν συναισθηματικά. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με ΟΔΠ χαρακτηρίζονται από υψηλή ευαισθησία σε συναισθηματικά ερεθίσματα, αυξημένη συναισθηματική ένταση και αργή επιστροφή στην αρχική κατάσταση (Linehan, 1993).

Τα δύο βασικά χαρακτηριστικά των συναισθηματικών δυσκολιών στην ΟΔΠ, σύμφωνα με τη θεωρία της Linehan (1993) είναι η υπερ-ένταση / υπερ-αντιδραστικότητα (συναισθήματα που είναι πολύ δυνατά ή προκαλούνται πολύ εύκολα) και η ανεπαρκής ρύθμιση (ανεπαρκής έλεγχος ή διαμόρφωση της συναισθηματικής απάντησης, κατά την εκκίνησή της). Το δεύτερο συστατικό, η απορρύθμιση του συναισθήματος, αποτελεί πυρηνικό σύμπτωμα της ΟΔΠ και ορίζεται

ως η αδυναμία ελέγχου και διαμόρφωσης της συναισθηματικής κατάστασης σε τέτοιο βαθμό που τα συναισθήματα μπορούν να τεθούν εκτός ελέγχου και να υπερισχύσουν της κρίσης και της λογικής (Glenn et al., 2009).

Τόσο η κλινική εμπειρία όσο και οι εμπειρικές ενδείξεις υποδηλώνουν ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις και οι εξαρτώμενες από τη διάθεση συμπεριφορές σε άτομα με ΟΔΠ, συχνά προκαλούνται από διαπροσωπικά συμβάντα που τους δημιουργούν σύγχυση (Herpertz, 1995, Stiglmayr et al., 2005). Οι ασθενείς με αυτή τη διαταραχή είναι συχνά έντονα ευαίσθητοι και αντιδραστικοί στη διαπροσωπική απόρριψη ή εγκατάλειψη, οδηγούνται συχνά σε έντονες αρνητικές συγκινήσεις και δυσκολίες ρύθμισης των συναισθηματικών εμπειριών, οι οποίες ενδέχεται να επιδεινώσουν περαιτέρω τη σχετική αστάθειά τους (Scott et al., 2013).

1.5 Οι Νευροψυχολογικές δοκιμασίες σε ΔΕΠΥ και ΟΔΠ

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ και της ΟΔΠ, συμπληρώνεται από διάφορες νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Η ύπαρξη ενός νευροψυχολογικού προφίλ για καθεμιά από τις δύο διαταραχές μπορεί να χρησιμεύσει αποτελεσματικά για τη διαφοροποίηση τους στους επιμέρους νοητικούς τομείς.

1.5.1 Το Νευροψυχολογικό προφίλ στη ΔΕΠΥ

Η πλειοψηφία των μελετών που διερευνούν νοητική δυσλειτουργία σε ασθενείς με ΔΕΠΥ χρησιμοποιούν τυποποιημένες νευροψυχολογικές εξετάσεις, για να περιγράψουν τους τομείς που έχουν επηρεαστεί και να κάνουν προβλέψεις σχετικά με υποκείμενες παθοφυσιολογικές ή παθολογικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο (Lange et al., 2014).

Η σύνθεση μιας επαρκούς μπαταρίας νευροψυχολογικής αξιολόγησης παραμένει δύσκολη, δεδομένου του μεγάλου αριθμού νοητικών λειτουργιών που μπορούν να διακριθούν, την ποικιλία των διαθέσιμων εργαλείων για την αξιολόγηση αυτών των λειτουργιών, καθώς και τη νοητική ετερογένεια που έχει παρατηρηθεί μεταξύ ατόμων με ΔΕΠΥ (Fuermaier et al., 2019).

Πραγματοποιήθηκε μελέτη με τη συμμετοχή είκοσι επτά κλινικών και ερευνητών, με εμπειρία σε εργασία με ενήλικες με ΔΕΠΥ, για τη σύνθεση ενός σετ αξιολόγησης για τη μέτρηση των πιο σημαντικών νευροψυχολογικών λειτουργιών, χρησιμοποιώντας τα καταλληλότερα εργαλεία, με τη μεθοδολογία Delphi (Habibi et al., 2014). Επιτεύχθηκε συναίνεση μεταξύ εμπειρογνομόνων για την κατάταξη των 16 νευροψυχολογικών λειτουργιών που είναι σημαντικές για τη νευροψυχολογική αξιολόγηση των ενηλίκων με ΔΕΠΥ (Fuermaier et al., 2019).

Πίνακας 1. Οι 16 πιο σημαντικές νευροψυχολογικές λειτουργίες για την αξιολόγηση στην ΔΕΠΥ και οι καταλληλότερες μετρήσεις. Πηγή (Fuermaier et al., 2019).

1.	Διατηρούμενη Προσοχή (Continuous Performance Task -CPT), (Rosvold et al., 1956), Tests of Attentional Performance - TAP)	9.	Υπόκριση / Κίνητρο (Test of Memory Malingering - TOMM), (Tombaugh, 1996)
2.	Διάσπαση Προσοχής-Περισπασιμότητα (CPT, TAP)	10.	Εκτέλεση Έργου (αυτοαναφερόμενος)
3.	Έλεγχος Αναστολής / Έλεγχος Παρεμβολής (Go / No Go Test), (Georgiou & Essau (2011).	11.	Εκτίμηση Χρόνου (Temporal Estimation)
4.	Προγραμματισμός έργου / Οργάνωση (Behavior Rating Inventory of Executive Function - BRIEF), (Gioia, et al., 2000).	12.	Ταχύτητα Επεξεργασίας (Digit Symbol Substitution Test, WAIS), (Wechsler, 1944).
5.	Εργαζόμενη μνήμη (Digit Span Test)	13.	Αλλαγή κριτηρίου / Νοητική Ευελιξία (Trail Making Test – TMT (Brown et al., 1942, Wisconsin Card Sorting Test, (Heaton, 1981)
6.	Αυτοέλεγχος (αυτοαναφερόμενος)	14.	Επεξεργασία Ανταμοιβών (Iowa Gambling Test) (Bechara et al., 1994).
7.	Αναστολή κίνησης (Stop Signal Task (Logan et al., 1984).	15.	Ανάληψη Πρωτοβουλίας (αυτοαναφερόμενος)
8.	Επικέντρωση της προσοχής (CPT)	16.	Λήψη Αποφάσεων (αυτοαναφερόμενος)

Σύμφωνα με μετα-ανάλυση των Pievsky & Mc Grath (2018), από τις 253 τυποποιημένες μέσες διαφορές (SMDs) που προέκυψαν από 34 μετα-αναλύσεις, 244 (96%) ήταν θετικές, δείχνοντας καλύτερη νευρονοητική απόδοση στην ομάδα ελέγχου από την ομάδα ΔΕΠΥ. Οι κυριότεροι νευρονοητικοί τομείς που εξετάστηκαν ήταν η λήψη αποφάσεων, η ευχέρεια, η ευφυΐα/επινοητικότητα, η μνήμη, ο προγραμματισμός, ο χρόνος αντίδρασης, η αναστολή της απάντησης, η επιλεκτική προσοχή, η εναλλαγή κριτηρίου, η εγρήγορση και η εργαζόμενη μνήμη.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει μια γενική συμφωνία για το ποιοι είναι οι κύριοι τομείς της νευροψυχολογικής δυσλειτουργίας στη ΔΕΠΥ, οι Hervey και συν., (2004) πρότειναν ένα σετ επτά κύριων τομέων νευροψυχολογικού ελέγχου:

- προσοχή
- αναστολή της απάντησης
- ευχέρεια και εναλλαγή κριτηρίου (άλλες δοκιμασίες που εξετάζουν διαφορετικούς τομείς επιτελικών λειτουργιών)
- μνήμη (εργαζόμενη, βραχύχρονη και μακρόχρονη σε λεκτικές και μη λεκτικές συνθήκες)
- ταχύτητα επεξεργασίας και κινητική ταχύτητα
- νοημοσύνη
- και τέλος ένας τομέας που περιλαμβάνει νευροψυχολογικές δοκιμασίες που εξετάζουν διαφορετικές δεξιότητες που δεν σχετίζονται με τους προαναφερθέντες νοητικούς τομείς και που δεν εξετάζονται συχνά.

Οι Pennington & Ozonoff (1996), ανέφεραν ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν προβλήματα στην προσοχή καθώς και παρορμητική συμπεριφορά, εξαιτίας των ελλειμμάτων στις επιτελικές λειτουργίες. Παρατήρησαν ότι, κάποια από

τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ήταν παρόμοια με αυτά των ασθενών με κακώσεις στον μετωπιαίο λοβό, ειδικά στον προμετωπιαίο φλοιό και υπέθεσαν ότι η μειωμένη λειτουργία αυτού οδηγεί σε ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες σε άτομα με ΔΕΠΥ (Pievsky & Mc Grath, 2018).

Σύμφωνα με μετα-ανάλυση 83 μελετών των Wilcutt και συν. (2005), οι ομάδες με ΔΕΠΥ εμφάνισαν σημαντική εξασθένηση σε όλες τις δοκιμασίες των επιτελικών λειτουργιών, κυρίως στην αναστολή απάντησης, την επαγρύπνηση, την εργαζόμενη μνήμη και τον προγραμματισμό. Οι αδυναμίες στις επιτελικές λειτουργίες ήταν σημαντικές τόσο σε κλινικά όσο και σε κοινοτικά δείγματα και δεν εξηγήθηκαν από διαφορές των ομάδων στη νοημοσύνη, την ακαδημαϊκή επίδοση ή τα συμπτώματα άλλων διαταραχών. Η ΔΕΠΥ σχετίζεται με σημαντικές αδυναμίες σε διάφορους βασικούς τομείς επιτελικών λειτουργιών. Ωστόσο, τα μέτρια μεγέθη επίδρασης και η έλλειψη καθολικότητας των ελλειμμάτων στις επιτελικές λειτουργίες μεταξύ των ατόμων με ΔΕΠΥ, υποδηλώνουν ότι τα ελλείμματα δεν είναι ούτε απαραίτητα, ούτε επαρκή για να προκαλέσουν όλες τις μορφές ΔΕΠΥ. Οι δυσκολίες στις επιτελικές λειτουργίες φαίνεται να είναι ένα σημαντικό συστατικό της σύνθετης νευροψυχολογίας της ΔΕΠΥ (Wilcutt et al., 2005).

1.5.2 Το Νευροψυχολογικό προφίλ στην ΟΔΠ

Η ιδέα ότι τα νευρογνωστικά ελλείμματα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΟΔΠ έχει δεχθεί αυξημένο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια με ιδιαίτερη προσοχή στις επιτελικές λειτουργίες (McLure et al., 2016). Ωστόσο, το νευροψυχολογικό προφίλ της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (ΟΔΠ) είναι ασαφές. Οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει σχετικά αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με το ποια ακριβώς νευροψυχολογικά ελλείμματα χαρακτηρίζουν τον ασθενή

με ΟΔΠ (Ruocco, 2005). Η μεταβλητότητα αυτή εξηγείται από πρόσφατες ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις βάσει συννόησης (Unoaka & Richman, 2016, McClure et al., 2016): η συννόηση με κατάθλιψη, με άλλες διαταραχές προσωπικότητας και με κατάχρηση ουσιών, αλλά όχι με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχή μετατραυματικού στρες, συνδέεται με αυξημένη νοητική επιβάρυνση.

Σε μετα-ανάλυση της McClure και συν. (2016) ανάμεσα σε 52 μελέτες επιλέχθηκαν οι 12 που εξέταζαν την επίδοση ατόμων με ΟΔΠ και ομάδων ελέγχου με την πλειονότητα (66%) αυτών να αναφέρει ότι άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν ξεχωριστή δυσλειτουργία σε τομείς των επιτελικών λειτουργιών σε σχέση με άλλους πληθυσμούς. Όσον αφορά συγκεκριμένους τομείς των επιτελικών λειτουργιών, τα μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης παρατηρήθηκαν για

- τον προγραμματισμό (planning) ($d = -0,64$ έως $-2,31$)
- τον τομέα της νοητικής ευελιξίας / εναλλαγής κριτηρίου (cognitive flexibility/set shifting) ($d = -0,42$ έως $-1,70$) και τέλος για
- τη νοητική αναστολή / εκτελεστικό έλεγχο (cognitive inhibition/executive control) ($d = -0,53$ έως $-1,56$).

Ωστόσο, κανένας τομέας των επιτελικών λειτουργιών δεν είχε απολύτως συνεπείς συσχετίσεις με την ΟΔΠ, με σημαντική διακύμανση μεταξύ των ευρημάτων για αυτούς τους αντίστοιχους τομείς.

Η μετα-ανάλυση των Unoaka & Richman (2016), επιβεβαιώνει παλαιότερες μετα-αναλύσεις σχετικά την ευρύτητα του φάσματος των νοητικών ελλειμμάτων, όπως η προσοχή, η μνήμη, συμπεριλαμβανομένης της εργαζόμενης, η ταχύτητα επεξεργασίας, η λήψη αποφάσεων, η λεκτική και οπτικοχωρική ικανότητα.

Ακόμη, σε μετα-ανάλυση του Ruocco (2005), επιλέχθηκαν 10 μελέτες που προέβησαν σε σύγκριση ΟΔΠ και ομάδων σύγκρισης υγιών μαρτύρων με επιλεγμένες νευροψυχολογικές δοκιμασίες, οι οποίες περιλάμβαναν έξι τομείς:

- προσοχή
- νοητική προσαρμογή
- μάθηση και μνήμη
- προγραμματισμός
- ταχύτητα επεξεργασίας και
- οπτικοακουστικές δεξιότητες.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι τα άτομα με ΟΔΠ έχουν χειρότερες επιδόσεις από τις ομάδες των υγιών μαρτύρων σε πολλαπλούς νευρονοητικούς τομείς και ότι αυτά τα ελλείμματα μπορεί να εντοπιστούν πιο ισχυρά στο δεξί ημισφαίριο με την κλινική χρησιμότητα των αποτελεσμάτων να είναι όμως περιορισμένη (Ruocco, 2005).

Επιπλέον, οι LeGris και van Reekum (2006) προέβησαν σε συστηματική ανασκόπηση 29 νευροψυχολογικών μελετών στην ΟΔΠ. Το 83% των μελετών διαπίστωσε ελλείμματα σε νευροψυχολογικό επίπεδο, σε έναν ή περισσότερους νοητικούς τομείς, ανεξαρτήτως από πιθανή κατάθλιψη, που περιλαμβάνουν συγκεκριμένα ή γενικευμένα ελλείμματα, τα οποία συνδέονται με τις ραχιαίες προμετωπιαίες και κογχομετωπιαίες περιοχές. Οι πιο συχνές δυσλειτουργίες αφορούσαν στη διαδικασία αναστολής της απάντησης, στην προσοχή, στις οπτικοκινητικές δεξιότητες, στη λήψη αποφάσεων και στην οπτική μνήμη. Σε ποσοστό ανώτερο του 60% των μελετών αναφέρθηκαν δυσκολίες στην

- προσοχή
- οπτική μνήμη και

- στις οπτικοκινητικές δεξιότητες.

Οι διεργασίες που φάνηκαν να επηρεάζονται λιγότερο στην ΟΔΠ περιλαμβάνουν τη χωρική εργαζόμενη μνήμη, τον σχεδιασμό, και πιθανώς το νοητικό πηλίκιο.

Σε πρόσφατη μελέτη (Karlan et al., 2020) οι ασθενείς με ΟΔΠ (55 ασθενείς με ΟΔΠ και 35 υγιείς μάρτυρες) έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από την ομάδα ελέγχου στη διατηρούμενη προσοχή, την αναγνώριση συναισθημάτων προσώπου και στη λεκτική μνήμη. Οι νευρονοητικές αυτές διαφορές συνδέονται με τις διαστάσεις της αποσύνδεσης, της παρορμητικότητας και της αυτοκτονικότητας, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις κλινικές εκδηλώσεις της ΟΔΠ (Karlan et al., 2020).

Ακόμη, σε μελέτη ανάμεσα σε 41 γυναίκες με ΟΔΠ και 41 γυναίκες υγιείς μάρτυρες βρέθηκε να υπάρχει δυσλειτουργία στη λήψη αποφάσεων στην ομάδα ΟΔΠ, όπως διαπιστώθηκε με τη δοκιμασία Iowa Gambling Task (IGT) και σχετίστηκε με έναν τύπο συναισθηματικής παρορμητικότητας, η οποία μπορεί να αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική αστάθεια που χαρακτηρίζει την ΟΔΠ (LeGris 2018).

Όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα σε αρκετές από τις έρευνες για τα νευρονοητικά ελλείμματα στην ΟΔΠ. Το έλλειμμα στη εργαζόμενη μνήμη, η οποία φαίνεται να συνδέεται και με την παρορμητικότητα (Cheung et al., 2004; Stanford et al., 2009) εντοπίζεται σε αρκετές έρευνες. (Stevens et al., 2004; Gvirtz et al., 2012; Hagenhoff et al., 2013). Αντίθετα, μετά από στατιστικό έλεγχο για την επίδραση του IQ, συγκρίθηκαν ασθενείς με ΟΔΠ με υγιείς μάρτυρες και βρέθηκαν διαφορές στις επιτελικές λειτουργίες, αλλά όχι στους νευροψυχολογικούς τομείς της εργαζόμενης μνήμης, της μακρόχρονης λεκτικής μνήμης και μακρόχρονης μη λεκτικής μνήμης. Επίσης, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (Haaland et al., 2009).

Ακόμη, σύμφωνα με έρευνα των Seres και συν. (2009), οι ασθενείς με ΟΔΠ είχαν προβλήματα κυρίως στην προσοχή, την άμεση και καθυστερημένη μνήμη και

λιγότερο στις οπτικοχωρικές και γλωσσικές δεξιότητες, σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, ενώ σε έρευνα των Lenzenweger και συν. (2004), οι ασθενείς με ΟΔΠ φαίνεται να χαρακτηρίζονται, γενικά, από ανέπαφες λειτουργίες της διατήρησης της προσοχής και της χωρικής λειτουργικής μνήμης, όταν εξετάζονται υπό ελεγχόμενες και συναισθηματικά ουδέτερες εργαστηριακές συνθήκες (Lenzenweger et al., 2004).

1.6 Κοινός τύπος και διαφορές σε άτομα με ΔΕΠΥ και ΟΔΠ

Η σχέση μεταξύ της ΔΕΠΥ και άλλων διαταραχών προσωπικότητας, κυρίως της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (ΟΔΠ), έχει διερευνηθεί λιγότερο διεξοδικά, παρά τις διάφορες ομοιότητες που μπορούν να παρατηρηθούν στην κλινική έκφραση των δύο διαταραχών.

Η παρορμητικότητα, η ευερεθιστότητα και άλλα συμπτώματα συναισθηματικής απορρύθμισης παρατηρούνται και στις δύο διαταραχές και η φύση της σχέσης μεταξύ ΔΕΠΥ και ΟΔΠ χρειάζεται διευκρίνιση (Asherson et al., 2014). Οι βασικές ερωτήσεις που προκύπτουν περιλαμβάνουν τον βαθμό στον οποίο: 1) ΔΕΠΥ και ΟΔΠ συνυπάρχουν, 2) αντικατοπτρίζουν διακριτές διαταραχές ή εναλλακτικές εκφράσεις της ίδιας υποκείμενης διαταραχής, 3) μοιράζονται κοινούς γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου και 4) μία από τις διαταραχές λειτουργεί συνεργατικά, ενισχύοντας την άλλη ή περιπλέκοντας και τις δύο (Storebø & Simonsen, 2014; Xenaki & Pehlivanidis, 2015; Moukhtarian, 2018).

1.6.1 Κοινός Τύπος

Ως προς τα κλινικά χαρακτηριστικά, οι δύο διαταραχές μοιράζονται εμφανή συμπτώματα, όπως η παρορμητικότητα, η συναισθηματική απορρύθμιση και η δυσκολία στον έλεγχο του θυμού (Wender, 2001), αλλά και η κατάχρηση ουσιών, η

χαμηλή αυτό – εκτίμηση και τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις (Philipsen, 2006).

Μοιράζονται επίσης, έναν αριθμό ιδιοσυγκρασιακών γνωρισμάτων, κυρίως την αναζήτηση νέων εμπειριών και την αποφυγή συνεπειών (Anckarsäter et al., 2006). Η αναζήτηση νέων εμπειριών, μια έννοια που σχετίζεται στενά με την παρορμητικότητα (Fossati et al., 2001), έχει συσχετιστεί με την ΟΔΠ ιδιαίτερα σε άντρες ασθενείς, ενώ η αποφυγή συνεπειών έχει παρατηρηθεί σε γυναίκες ασθενείς με ΟΔΠ (Barnow et al. 2007). Ομοίως, στη ΔΕΠΥ, η αναζήτηση νέων εμπειριών έχει βρεθεί να προβλέπει τη διάγνωση ΔΕΠΥ και η αυξημένη αποφυγή συνεπειών έχει επίσης αναφερθεί στην ΔΕΠΥ (Lynn et al., 2005, Anckarsäter et al., 2006, Weiner et al., 2019).

Σε ότι αφορά τη δομική συσχέτιση ανάμεσα σε ΔΕΠΥ και ΟΔΠ υποστηρίζεται ότι υπάρχει μια υποκείμενη νευροβιολογική βάση για τις δύο διαταραχές, η οποία σχετίζεται με τη δυσλειτουργία συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών, κυρίως του μετωπιαίου λοβού και περιοχών του βρεγματικού και κροταφικού λοβού, αλλά και με τη δυσλειτουργία στη συνδεσιμότητα ανάμεσα στις εγκεφαλικές περιοχές (Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

Ως προς την αναπτυξιακή συσχέτιση των δύο διαταραχών, η ύπαρξη της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία μπορεί να θεωρηθεί προδιαθεσικός παράγοντας για την ΟΔΠ σε εφήβους και ενήλικες. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της ΟΔΠ θα μπορούσαν να είναι:

- η αναζήτηση νέων εμπειριών και η αποφυγή συνεπειών, παράλληλα με κατάθλιψη, προβλήματα διαγωγής και σωματική επιθετικότητα ή / και επιθετικότητα στις σχέσεις
- η επίδραση του περιβάλλοντος, με την έννοια της αμοιβαίας σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ενός απαιτητικού, απρόσεκτου και παρορμητικού

κλινικού τύπου κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και μίας γονεϊκής φιγούρας που δεν αντιμετωπίζει τις αποκλίσεις στη συμπεριφορά του παιδιού με ενσυναίσθηση.

Με αυτόν τον τρόπο, η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ μπορεί να οδηγεί σε τραυματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέα και παιδιού, που με τη σειρά τους οδηγούν σε συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση, η οποία μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη της ΟΔΠ (Matthies & Philipsen, 2014).

Η αναπτυξιακή συσχέτιση της ΔΕΠΥ με την ΟΔΠ έχει επίσης εξηγηθεί εν μέρει από την κοινή γενετική τους βάση. Σύμφωνα με τους Distel και συν. (2011), υπάρχει φαινοτυπική συσχέτιση ανάμεσα στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των δύο διαταραχών, το 49% των οποίων θα μπορούσε να εξηγηθεί από γενετικούς έναντι του 51% που θα μπορούσε να εξηγηθεί από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να πούμε ότι ένας συνδυασμός ψυχικής προδιάθεσης, περιβαλλοντικών συνθηκών και γενετικών παραγόντων συμβάλλουν στην αναπτυξιακή προοπτική σε αυτό το μονοπάτι από τη ΔΕΠΥ προς την ΟΔΠ (Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

Στην περίπτωση συννόσησης των δύο διαταραχών υπάρχει επιδείνωση των κλινικών χαρακτηριστικών, όπως η παρορμητικότητα, η κατάχρηση ουσιών, η αυτοκτονικότητα, η συναισθηματική αστάθεια και η ετερο-κατευθυνόμενη επιθετικότητα, καθώς επίσης είναι πιθανότερη η συννόσηση με άλλες διαταραχές, όπως οι Διαταραχές Διαγωγής και άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας (Xenaki & Pehlivanidis, 2015). Υπάρχει, επίσης η πιθανότητα, η συννόσηση των δύο διαταραχών, να αντιπροσωπεύει έναν υπο-τύπο ΟΔΠ, ο οποίος περιλαμβάνει παρορμητικά συμπτώματα, αλλά και άλλες διαταραχές προσωπικότητας με παρορμητικά στοιχεία (Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

1.6.2 Διαφορές

Σύμφωνα με το DSM-V, η ΟΔΠ ταξινομείται ως διαταραχή προσωπικότητας, ένα «πρότυπο αστάθειας σε διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του εαυτού και έντονη παρορμητικότητα», ενώ η ΔΕΠΥ είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από «ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας ή / και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμποδίζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη» (American Psychiatric Association, 2013).

Παρά το γεγονός ότι οι δύο διαταραχές μοιράζονται κοινά κλινικά χαρακτηριστικά, υπάρχουν διαφορές σε τομείς όπως: 1) η παρορμητικότητα στην κίνηση (motor impulsivity), η οποία είναι εντονότερη στην ΔΕΠΥ, 2) η συναισθηματική αστάθεια, η οποία είναι μεγαλύτερη στην ΟΔΠ σε σχέση με την ΔΕΠΥ και εκφράζεται με εντονότερες αυτοκαταστροφικές παρορμητικές αντιδράσεις, 3) η επικέντρωση της προσοχής, η συγκέντρωση και η διατήρηση της προσοχής, που φαίνεται να παρουσιάζουν εντονότερα προβλήματα στην ΔΕΠΥ και 4) η ικανότητα λήψης αποφάσεων και τα διαπροσωπικά προβλήματα, που είναι περισσότερο συνδεδεμένα με την ΟΔΠ (Xenaki & Pehlivanidis, 2015). Ο τρόπος έκφρασης των συμπτωμάτων στην ΟΔΠ είναι περισσότερο «εσωτερικευμένος» με συμπτώματα, όπως παράδοξη σκέψη, ασυνήθιστες αντιληπτικές ή σχετιζόμενες με το άγχος αποσυνδεδετικές εμπειρίες, με παρανοειδή / οιωνεί ψυχωτικό ιδεασμό και απεγνωσμένη προσπάθεια αποφυγής πραγματικής ή φανταστικής εγκατάλειψης, τα οποία δεν εμφανίζονται στον πιο «εξωτερικευμένο» τρόπο έκφρασης συμπτωμάτων στην ΔΕΠΥ (Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

Η παρορμητικότητα φαίνεται να αποτελεί σοβαρό χαρακτηριστικό των ασθενών που πάσχουν από τις δύο διαταραχές (Matthies et al., 2014). Ωστόσο,

υπάρχουν σημαντικές ποιοτικές διαφορές στην εκδήλωσή της που χρησιμοποιούνται στην ταξινόμηση της ΔΕΠΥ και της ΟΔΠ.

Στην ΔΕΠΥ, η παρορμητικότητα αναφέρεται ως δυσκολία αναμονής ή παραμονής στην ουρά, παρόρμηση στο λόγο κατά τη διάρκεια συνομιλιών (διακόπτουν ή μιλούν παράλληλα με άλλα άτομα) και παρέμβαση σε άλλους (παρεμβάλλονται σε συνομιλίες ή δραστηριότητες, αναλαμβάνουν αυτό που κάνουν οι άλλοι), ενώ στην ΟΔΠ, η παρορμητικότητα ορίζεται ως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όπως απερίσκεπτη οδήγηση, κλοπές σε καταστήματα, αλόγιστες δαπάνες, ανεξέλεγκτο φαγητό, κατάχρηση ουσιών και απερίσκεπτη σεξουαλική συμπεριφορά (American Psychiatric Association, 2013).

Στη ΔΕΠΥ, η παρορμητικότητα σχετίζεται περισσότερο με προβλήματα στην αναστολή της απάντησης και κατ' επέκτασιν με τα ελλείμματα προσοχής και νοητικής επεξεργασίας, ενώ στην ΟΔΠ η παρορμητικότητα συνδέεται κυρίως με συναισθηματικές και ευαίσθητες πτυχές που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις (Matthies & Philipsen, 2014) και το άγχος (Krause-Utz et al., 2013).

Τα παρορμητικά συμπτώματα δεν είναι πάντα σοβαρά στους ενήλικες με ΔΕΠΥ, αλλά, όταν είναι, μπορεί να οδηγήσουν σε εξασθένηση της κοινωνικής λειτουργικότητας και αυτοκαταστροφική ή ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (McNamara et al., 2010; Wender et al., 1995). Οι συνέπειες της σοβαρής παρορμητικότητας στην ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν την ριψοκίνδυνη οδήγηση, την απερίσκεπτη σεξουαλική συμπεριφορά, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την επιθετική συμπεριφορά (McNamara et al., 2008 & 2010). Άτομα με οποιαδήποτε από τις δύο αυτές διαταραχές μπορεί επομένως να εμφανίζουν παρορμητική και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, όμως από διαγνωστική άποψη αποτελεί βασικό σύμπτωμα της ΟΔΠ και μόνο ένα συνοδό χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ (Moukhtarian, 2018).

Η συναισθηματική απορρύθμιση που παρουσιάζεται και στις δύο διαταραχές είναι βασικός τομέας συμπτωμάτων στη διαγνωστική ταξινόμηση της ΟΔΠ (American Psychiatric Association, 2013), ενώ στη ΔΕΠΥ αναγνωρίζεται ως ένα συνοδό κλινικό χαρακτηριστικό που υποστηρίζει τη διάγνωση (Wender, 1995, Wood, 1976). Οι ασθενείς με ΟΔΠ παρουσιάζουν υψηλότερης συχνότητας και έντασης συναισθηματική αστάθεια και επιθετικές παρορμητικές αντιδράσεις, σε σύγκριση με τους ενήλικες με ΔΕΠΥ (Moukhtarian et al., 2018). Τα άτομα με ΔΕΠΥ αναζητούν, σε μεγάλο βαθμό, νέες εμπειρίες και ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους μέσω ακραίων εξωτερικών διεγέρσεων (όπως η σεξουαλική δραστηριότητα κι η επιθετική συμπεριφορά), σε αντίθεση με τα άτομα με ΟΔΠ που τείνουν να εμπλέκονται σε αυτο-τραυματικές συμπεριφορές για την ανακούφιση των αρνητικών συναισθημάτων και της εσωτερικής έντασης (Philipsen, 2006). Σε γενικές γραμμές, δεν είναι σαφές, εάν η συναισθηματική αστάθεια στη ΔΕΠΥ είναι πραγματικά ποιοτικά παρόμοια ή διαφορετική από αυτήν που παρατηρείται στην ΟΔΠ. Ένας τρόπος να διερευνηθεί κάποιος αυτό το ζήτημα με ακρίβεια είναι η χρήση συμπληρωματικών εργαλείων αξιολόγησης (Moukhtarian et al., 2018).

Σε ό,τι αφορά τον παράγοντα της συννόσησης, η ΟΔΠ σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συννόσησης με άλλες διαταραχές (ειδικά του Άξονα Ι) σε σχέση με τα άτομα με ΔΕΠΥ (Prada et al., 2014). Ασθενείς με ΟΔΠ έδειξαν υψηλότερο ποσοστό διαταραχών διάθεσης, διαταραχών πανικού και κατάχρησης βενζοδιαζεπινών (Ferrer et al., 2010).

Ως προς τη δομική συσχέτιση, δεδομένης της νοητικής λειτουργίας του ελέγχου των παρορμήσεων, τα άτομα με ΟΔΠ παρουσιάζουν κυρίως μετωπιαία δυσλειτουργία στις κογχομετωπιαίες, έσω ραχιαίες και πλάγιες ραχιαίες προμετωπιαίες περιοχές, ενώ

άτομα με ΔΕΠΥ στις κοιλιακές προμετωπιαίες περιοχές (Sebastian et al., 2014; Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

1.7 Μελέτες Σύγκρισης ΔΕΠΥ και ΟΔΠ – Εστίαση σε Νευροψυχολογικά Ελλείμματα

Δεδομένου ότι υπάρχει υψηλός βαθμός ομοιότητας μεταξύ ΔΕΠΥ και ΟΔΠ, υπάρχει κίνδυνος για εσφαλμένη διάγνωση των ασθενών με ΔΕΠΥ ως ΟΔΠ (και αντιστρόφως). Η διαγνωστική διαδικασία χρειάζεται να συμπληρωθεί με νευροψυχολογική αξιολόγηση που περιλαμβάνει, κυρίως, τον έλεγχο της ανασταλτικής λειτουργίας (Carlotta, 2013).

Ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες παρουσιάζονται με συνέπεια τόσο στη ΔΕΠΥ όσο και στην ΟΔΠ (Carlotta et al., 2013). Οι δύο νευροψυχολογικές παράμετροι που έχουν εξεταστεί ως επί το πλείστον, σ' ό τι αφορά τη σχέση μεταξύ ΔΕΠΥ και ΟΔΠ, είναι η εργαζόμενη μνήμη και η αναστολή της απάντησης. Οι κλινικές επιπτώσεις της βλάβης τους συναντώνται και στις δύο διαταραχές και εκφράζονται στις μαθησιακές δυσκολίες, τα ελλείμματα στην προσοχή και την επιτελική δυσλειτουργία, την παρορμητικότητα και τα ελλείμματα στον εκτελεστικό έλεγχο. Ωστόσο, ούτε η αιτιοπαθογένεση ούτε η δυνατότητα διαφοροδιάγνωσης των δύο παραμέτρων, αναφορικά με τη συσχέτιση της ΔΕΠΥ με την ΟΔΠ, είναι σαφείς (Xenaki & Pehlivanidis, 2015).

Οι Nigg και συν. (2005), προέβησαν σε ανασκόπηση μελετών σχετικά με τις επιτελικές λειτουργίες στην ΟΔΠ, και παρατήρησαν ότι, παρότι υπάρχει σύνδεση των προβλημάτων στις επιτελικές λειτουργίες με την ΟΔΠ, η βιβλιογραφία δεν έχει απομονώσει ούτε την αναστολή της απάντησης ούτε έχει προβεί σε έλεγχο για άλλα συμπτώματα διαταραχών προσωπικότητας, αντικοινωνικότητα, ΔΕΠΥ, κατάθλιψη,

άγχος ή μετατραυματικά συμπτώματα. Ως εκ τούτου, εξέτασαν τα συμπτώματα της ΟΔΠ σε ένα δείγμα ενηλίκων με μικρό αριθμό ατόμων, με ΟΔΠ και άλλες διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα συμπτώματα της ΟΔΠ συσχετίστηκαν με την αναστολή απάντησης (που μετρήθηκε με τη δοκιμασία Stop Signal Reaction Time), ακόμα και μετά τον έλεγχο με άλλες δοκιμασίες για την αλληλοεπικάλυψη της αναστολής διακοπής με την ΔΕΠΥ, την αντικοινωνικότητα και άλλες διαταραχές του Άξονα II. Συνολικά, παρατήρησαν ότι μόνο κάποιες από τις επιτελικές λειτουργίες επηρεάζονται στην ΟΔΠ και κυρίως η καταστολή λανθασμένης απάντησης ή ο επιτελικός ανασταλτικός έλεγχος (Nigg et al., 2005).

Σε μελέτη των Dowson και συν. (2004), σε σύγκριση τριών ομάδων 19 ενηλίκων (ΔΕΠΥ, ΟΔΠ και υγιείς μάρτυρες) βρέθηκαν ελλείμματα στη χωρική εργαζόμενη μνήμη σε ενήλικες με ΔΕΠΥ, ενώ στην ομάδα ΟΔΠ ο μέσος όρος του χρόνου σκέψης για λήψη αποφάσεων ήταν σημαντικά μεγαλύτερος σε σχέση με την ομάδα των ΔΕΠΥ. Οι ομάδες ΔΕΠΥ και ΟΔΠ μπορεί να έχουν διαφορετικά πρότυπα νευροψυχολογικών ελλειμμάτων.

Μελέτες που εξετάζουν την αναστολή της απάντησης και την έλλειψη προσοχής στην ομάδα ΔΕΠΥ & ΟΔΠ παρουσίασαν ασυνεπή αποτελέσματα. Μια μελέτη δεν βρήκε καμία διαφορά στην προσοχή και στα ελλείμματα αναστολής ανάμεσα σε άτομα με ΔΕΠΥ και σε άτομα με ΔΕΠΥ & ΟΔΠ, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν ελλείμματα στη γενική νοητική λειτουργία ή/και υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας σε ότι αφορά την προσοχή και τη νοητική ικανότητα που σχετίζονται με συνθήκες συννόησης. Αυτά τα ασυνεπή αποτελέσματα μπορεί να αντανakλούν την αδυναμία των σφαιρικών δοκιμασιών που χρησιμοποιούνται για την παρορμητικότητα να ανιχνεύσουν συγκεκριμένες διαφορές σε αυτήν (O'Malley et al., 2016).

Συγκεκριμένα, σε μελέτη τεσσάρων ομάδων (22 ΔΕΠΥ, 21 ΟΔΠ, 20 ΔΕΠΥ & ΟΔΠ, και 20 υγιών μαρτύρων), τα ελλείμματα στην αναστολή της απάντησης είναι βασικό χαρακτηριστικό σε ενήλικες με ΔΕΠΥ, αλλά όχι σε εκείνους με ΟΔΠ (Lampe et al. 2007). Χορηγήθηκε ένα σετ νευροψυχολογικών: ANT, (Posner & Petersen, 1990), Stop Signal Task, (Logan, 1984), Stroop task, (Baumler, 1985), TAP - Test for Attentional Performance version 1.7, (Zimmermann & Fimm, 1993), Didit Span backward- Wechsler Memory Scale – Revised (WMS-R), (Wechsler, 1987) και ψυχομετρικών δοκιμασιών (Barratt Impulsiveness Scale, STAXI). Μόνο οι ασθενείς με ΔΕΠΥ & ΟΔΠ έδειξαν σημαντικά μειωμένη ανασταλτική λειτουργία σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, ενώ δεν διέφεραν από τους ενήλικες με ΔΕΠΥ. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς με ΟΔΠ χωρίς ΔΕΠΥ δεν διέφεραν από τους υγιείς μάρτυρες και μάλιστα είχαν πολύ καλύτερη απόδοση από τους ασθενείς με ΔΕΠΥ σε διάφορες δοκιμασίες αναστολής. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι μπορεί τα ελλείμματα στην αναστολή της απάντησης να είναι πιο εμφανή σε μια υποομάδα ασθενών με ΟΔΠ και ταυτόχρονη ΔΕΠΥ (Lampe et al., 2007)

Ακόμη, σε μελέτη της παρορμητικότητας σε σχέση με το στρες ανάμεσα σε ασθενείς με ΟΔΠ & ΔΕΠΥ και ασθενείς με ΟΔΠ χωρίς συννόσηση με ΔΕΠΥ, αξιολογήθηκε η δομική (Trait Impulsivity) και η καταστασιακή παρορμητικότητα (State Impulsivity) βάσει αυτοαναφορών, αλλά και η αναστολή της απάντησης πριν και μετά από μια πειραματική συνθήκη επαγωγής στρες. Εξετάστηκαν 15 ασθενείς με ΟΔΠ χωρίς ΔΕΠΥ, 15 ασθενείς με ΟΔΠ & ΔΕΠΥ, 15 ασθενείς με ΔΕΠΥ και 15 υγιείς μάρτυρες με το IMT/DMT - The Immediate and Delayed Memory Task, (Dougherty and Marsh, 2003), το Paced Auditory Serial Addition Task Computerized Version - PASAT-C, (Lejuez et al., 2003), και τις κλίμακες αυτοαναφοράς Barratt Impulsiveness Scale - BIS-10 (Patton et al., 1995) Trait Impulsivity και State Impulsivity -STIMP

(Wingrove & Bond, 1997). Οι ασθενείς και στις δύο υποομάδες ΟΔΠ ανέφεραν μια εξαρτώμενη από το άγχος αύξηση της καταστασιακής παρορμητικότητας που δεν παρατηρήθηκε στις άλλες ομάδες. Η αναστολή της απάντησης μειώθηκε στους ασθενείς με ΟΔΠ & ΔΕΠΥ, αλλά όχι σε αυτούς με ΟΔΠ χωρίς ΔΕΠΥ, σε σύγκριση με τους υγιείς συμμετέχοντες (Krause-Utz et al., 2013).

Αντίθετα με τα παραπάνω ευρήματα, σε μελέτη ανάμεσα σε 14 ασθενείς με ΔΕΠΥ, 12 με ΟΔΠ, 7 με ΔΕΠΥ & ΟΔΠ και 37 υγιείς μάρτυρες, βρέθηκε πως τα προβλήματα στην αναστολή της απάντησης παρατηρούνται και στις δύο διαταραχές και μάλιστα στην ΟΔΠ παρουσιάζονται ανεξάρτητα από τη ΔΕΠΥ (χορηγήθηκε το AX-CPT task). Εξάλλου, σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΔΕΠΥ, οι ασθενείς με ΟΔΠ μπορεί να υποφέρουν από πιο καθολικά ελλείμματα αναστολής και ένα συγκεκριμένο έλλειμμα στην επεξεργασία πλαισίου (van Dijk et al., 2014).

Επιπροσθέτως, σε έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα σε τρεις ομάδες γυναικών (30 με ΟΔΠ, 28 με ΔΕΠΥ και 30 υγιείς μάρτυρες, στις οποίες χορηγήθηκαν οι κλίμακες αυτοαναφοράς Barratt Impulsiveness Scale -BIS-11 (Patton et al. 1995), Urgency (lack-of) - Premeditation (lack-of) - Perseverance -Sensation – Seeking – Impulsive - Behavior Scale – UPPS (Whiteside & Lynam, 2001) Trait Impulsivity και State Impulsivity -STIMP (Wingrove & Bond, 1997) και οι δοκιμασίες IMT (Dougherty et al. 2002), το GoStop Task, (Dougherty et al. 2005) το Delay Discounting Task (Plichta, 2009) και το Stress induction -MMST (Kolotylova et al., 2010), για τη σύγκριση των ομάδων υπό συνθήκη στρες. Και οι δύο ομάδες ασθενών ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας (state/trait impulsivity) από την ομάδα ελέγχου και η ομάδα ΔΕΠΥ ανέφερε υψηλότερη δομική παρορμητικότητα από την ομάδα ΟΔΠ. Η ομάδα ΟΔΠ παρουσίασε ελλείμματα στην αναστολή δράσης (action-withholding) από τους υγιείς μάρτυρες υπό την πειραματική συνθήκη στρες και μεγαλύτερη προτίμηση της άμεσης

έναντι της καθυστερημένης μεγαλύτερης ανταμοιβής (Delay discounting), ανεξάρτητα από τη συνθήκη άγχους (Krause-Utz et al., 2016).

Ακόμα μία έρευνα συνέκρινε δύο ομάδες: 39 ασθενείς με ΟΔΠ χωρίς μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές και ΔΕΠΥ, 25 ασθενείς με ΔΕΠΥ και 55 υγιείς μάρτυρες. Οι ασθενείς με ΟΔΠ και οι ασθενείς με ΔΕΠΥ, σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, εκδήλωσαν αυξημένη παρορμητικότητα βάσει αυτοαναφορών (UPPS-P questionnaire) και αυξημένη παρορμητική επιλογή (Delay discounting task, Iowa gambling task). Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ αλλά όχι οι ασθενείς με ΟΔΠ επέδειξαν αυξημένη παρορμητική δράση (όπως εξετάστηκε με το Go/NoGo task και το Stop Signal Task) και ελλείμματα στη νοητική λειτουργία (προσοχή, εργαζόμενη μνήμη και επιτελικές λειτουργίες) (Linhartová et al., 2020).

Το γεγονός ότι υπάρχουν ασυνεπή αποτελέσματα ως προς τα νευροψυχολογικά ελλείμματα των δύο διαταραχών, κυρίως στον τομέα της αναστολής της απάντησης, υποδεικνύει τη χρησιμότητα διεξαγωγής περισσότερων ερευνών.

Πίνακας 2. Ευρήματα από έρευνες σύγκρισης ομάδων ΔΕΠΥ, ΟΔΠ, ΔΕΠΥ & ΟΔΠ και Υγιών

Μαρτύρων.

Έρευνες στις οποίες βρέθηκαν ελλείμματα σε ομάδες ΟΔΠ	Έρευνες στις οποίες βρέθηκαν ελλείμματα σε ομάδες ΔΕΠΥ	Έρευνες στις οποίες βρέθηκαν ελλείμματα σε ομάδες συννόησης ΔΕΠΥ & ΟΔΠ
Στην αναστολή της απάντησης	Στην αναστολή της απάντησης	Στην αναστολή της απάντησης
Krauze – Utz et al., 2016 (delay discounting & action withholding) van Dijk et al., 2014 Nigg et al., 2005	Linhartova et al., 2019 Lampe et al., 2007	Krauze – Utz et al., 2013
Στη λήψη αποφάσεων	Στη χωρική εργαζόμενη μνήμη και στην επιμονή στον στόχο	
Dowson et al., 2004	Dowson et al., 2004 Στην προσοχή και στη εργαζόμενη μνήμη Lampe et al., 2007	
Στην αυτοαναφερόμενη δομική και καταστασιακή παρορμητικότητα	Στην αυτοαναφερόμενη δομική και καταστασιακή παρορμητικότητα, με τη δομική παρορμητικότητα να είναι υψηλότερη στην ομάδα ΔΕΠΥ σε σύγκριση με την ομάδα ΟΔΠ	Στην αυτοαναφερόμενη καταστασιακή παρορμητικότητα (υπό τη συνθήκη άγχους)
Krauze – Utz et al., 2016	Krauze – Utz et al., 2016	Krauze-Utz et al., 2013
Στην αυτοαναφερόμενη καταστασιακή παρορμητικότητα (υπό τη συνθήκη άγχους)		
Krause-Utz et al., 2013		

1.8 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση των κοινών σημείων και των διαφορών ανάμεσα στις δύο πληθυσμιακές ομάδες των ΔΕΠΥ και ΟΔΠ στον ελληνικό πληθυσμό. Διερευνώνται οι διαφορές ανάμεσα σε τρεις ομάδες: ΔΕΠΥ, ΟΔΠ και υγιών μαρτύρων μέσω

1) νευροψυχολογικών δοκιμασιών, οι οποίες εξετάζουν:

- τη γενική νοημοσύνη συμπεριλαμβανομένων των δεικτών της λεκτικής κατανόησης, του αντιληπτικού συλλογισμού, της εργαζόμενης μνήμης και της ταχύτητας επεξεργασίας, μέσω της δοκιμασίας WAIS-IV,
- την αναστολή της αυθόρμητης απάντησης, μέσω της δοκιμασίας Stroop Color Word Test (SCWT),
- την ευελιξία / εναλλαγή κριτηρίου, μέσω της δοκιμασίας Wisconsin Card Sorting Test (WCST),
- την κατασκευαστική ικανότητα και την οπτική μνήμη, μέσω της δοκιμασίας Rey Complex Figure Test (RCFT) και

2) μέσω αυτοαναφερόμενων κλιμάκων μέτρησης της παρορμητικότητας (AECOM-ICS) και της συναισθηματικής αστάθειας (DERS).

3) μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων για διαφορο-γνωστικούς λόγους SCID 5- PD & KID-SCID.

Δεδομένου ότι, δεν υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μελετών, σε παγκόσμιο επίπεδο, που να εξετάζει τη σχέση ανάμεσα σε ΔΕΠΥ και ΟΔΠ εστιάζοντας στα νευροψυχολογικά ελλείματα, αλλά και επειδή οι υπάρχουσες μελέτες παρουσιάζουν αντιφατικά ευρήματα, η παρούσα μελέτη θα συμβάλει στην επιστημονική γνώση με την αναγνώριση κοινού τόπου και διαφορών ανάμεσα στις δύο πληθυσμιακές ομάδες, ΔΕΠΥ και ΟΔΠ. Η συλλογή στοιχείων για το νευροψυχολογικό προφίλ της ΔΕΠΥ και της ΟΔΠ στον ελληνικό πληθυσμό και τα κοινά σημεία / διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, μπορεί να συμβάλλουν στην διαγνωστική διαδικασία αλλά και στο θεραπευτικό σχεδιασμό και για τις δύο διαγνωστικές κατηγορίες.

1.9 Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος

Η παρούσα έρευνα διερευνά την υπόθεση ότι θα υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις τρεις ομάδες:

- Με βάση τις προηγούμενες μελέτες που αναφέρθηκαν στην εισαγωγή, η ομάδα των ατόμων με ΟΔΠ και των ΔΕΠΥ αναμένεται να έχει αυξημένα επίπεδα παρορμητικότητας και συναισθηματικής αστάθειας βάσει των κλιμάκων αυτοαναφοράς, σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες.
- Αναμένονται χαμηλές επιδόσεις στις δοκιμασίες που ελέγχουν την ευελιξία στην αλλαγή και κυρίως στη δοκιμασία WCST στις ομάδες των ατόμων με ΔΕΠΥ και ΟΔΠ σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, με την ομάδα ΟΔΠ να παρουσιάζει πιθανόν περισσότερες δυσκολίες από την ομάδα ΔΕΠΥ.
- Στη δοκιμασία που εξετάζει την αναστολή στις απάντησης (interference) αναμένονται προβλήματα στις ομάδες των ατόμων με ΔΕΠΥ και ΟΔΠ σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, με την ομάδα ΔΕΠΥ να έχει πιθανόν περισσότερες δυσκολίες από την ομάδα ΟΔΠ.
- Στις δοκιμασίες εργαζόμενης μνήμης, ταχύτητας επεξεργασίας, αντιγραφής, αλλά και καθυστερημένης ανάκλησης είναι πιθανότερο να έχουν χαμηλότερες επιδόσεις τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα των ΔΕΠΥ σε σχέση με τις δύο ομάδες.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Επιλογή συμμετεχόντων

Η έρευνα περιλαμβάνει 30 άτομα, 3 ομάδες των 10 ατόμων: μια ομάδα που λειτουργεί ως ομάδα ελέγχου και αποτελείται από υγιείς μάρτυρες και δύο ομάδες που λειτουργούν ως πειραματικές, την ομάδα των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με ΔΕΠΥ και την ομάδα των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με ΟΔΠ. Η ομάδα των ατόμων με ΔΕΠΥ προσήλθε για νευροψυχολογική αξιολόγηση στο πλαίσιο στις διαγνωστικής συνεκτίμησης του Ψυχολογικού Εργαστηρίου με τη Μονάδα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών. Αντίστοιχα, η ομάδα των ατόμων με ΟΔΠ προσήλθε για νευροψυχολογική αξιολόγηση στο πλαίσιο στις διαγνωστικής συνεκτίμησης του Ψυχολογικού Εργαστηρίου με τη Μονάδα Διαταραχών Προσωπικότητας. Η ομάδα των υγιών μαρτύρων αποτελείται από φοιτητές του Ε.Κ.Π.Α. και άτομα που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για συμμετοχή στη μελέτη. Μετά από τη λήψη συγκατάθεσης, οι συμμετέχοντες υπεβλήθησαν σε νευροψυχολογική αξιολόγηση.

Κάθε ομάδα αποτελείται από 5 άνδρες και 5 γυναίκες. Το εύρος των ηλικιών για την ομάδα των υγιών μαρτύρων είναι 20-42, για την ομάδα των ΔΕΠΥ είναι 21-46 και για την ομάδα των ΟΔΠ είναι 21-46. Τα έτη εκπαίδευσης για την ομάδα των υγιών μαρτύρων και των ΔΕΠΥ είναι 12-17 και για την ομάδα των ΟΔΠ είναι 12-16. Οι συμμετέχοντες στις τρεις ομάδες έχουν αντιστοιχηθεί ως προς το φύλο, την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης.

Πίνακας 3. Ηλικιακές ομάδες συμμετεχόντων

		ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ					
		17-24	25-32	33-40	41-48	49-56	Total
ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ	Count	5	4	0	1	0	10
	% within Condition	50,0%	40,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%

	% within Age_group	55,6%	28,6%	0,0%	100,0%	0,0%	33,3%
ΔΕΠΥ	Count	1	6	2	0	1	10
	% within Condition	10,0%	60,0%	20,0%	0,0%	10,0%	100,0%
	% within Age_group	11,1%	42,9%	40,0%	0,0%	100,0%	33,3%
ΟΔΠ	Count	3	4	3	0	0	10
	% within Condition	30,0%	40,0%	30,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within Age_group	33,3%	28,6%	60,0%	0,0%	0,0%	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	Count	9	14	5	1	1	30
	% within Condition	30,0%	46,7%	16,7%	3,3%	3,3%	100,0%
	% within Age_group	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 4. Φύλο συμμετεχόντων

		ΦΥΛΟ		
		Ανδρας	Γυναίκα	Total
ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ	Count	5	5	10
	% within Condition	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	33,3%	33,3%	33,3%
ΔΕΠΥ	Count	5	5	10
	% within Condition	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	33,3%	33,3%	33,3%
ΟΔΠ	Count	5	5	10
	% within Condition	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	33,3%	33,3%	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	Count	15	15	30

	% within Condition	50,0%	50,0%	100,0%
	% within ΦΥΛΟ	100,0%	100,0%	100,0%

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι συμμετέχοντες ήταν στη συντριπτική πλειοψηφία τους άγαμοι, με ένα υγιή μάρτυρα και έναν ΟΔΠ να είναι διαζευγμένοι και έναν ΔΕΠΥ να είναι έγγαμος.

Πίνακας 5. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

		ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
		άγαμος	έγγαμος	διαζευγμένος	Total
ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ	Count	9	0	1	10
	% within Condition	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
	% within ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	33,3%	0,0%	50,0%	33,3%
ΔΕΠΥ	Count	9	1	0	10
	% within Condition	90,0%	10,0%	0,0%	100,0%
	% within ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	33,3%	100,0%	0,0%	33,3%
ΟΔΠ	Count	9	0	1	10
	% within Condition	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
	% within ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	33,3%	0,0%	50,0%	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	Count	27	1	2	30
	% within Condition	90,0%	3,3%	6,7%	100,0%
	% within ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 6. Έτη εκπαίδευσης συμμετεχόντων

		ΕΤΗ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ							Total
		12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	
ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ	Count	4	0	0	2	0	3	1	10
	% within Condition	40,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	30,0%	10,0%	100,0%
	% within ΕΤΗ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	40,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	75,0%	100,0%	33,3%
ΔΕΠΥ	Count	4	2	0	1	2	1	0	10
	% within Condition	40,0%	20,0%	0,0%	10,0%	20,0%	10,0%	0,0%	100,0%
	% within ΕΤΗ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	40,0%	66,7%	0,0%	25,0%	33,3%	25,0%	0,0%	33,3%
ΟΔΠ	Count	2	1	2	1	4	0	0	10
	% within Condition	20,0%	10,0%	20,0%	10,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΕΤΗ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	20,0%	33,3%	100,0%	25,0%	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%
ΣΥΝΟΛΟ	Count	10	3	2	4	6	4	1	30
	% within Condition	33,3%	10,0%	6,7%	13,3%	20,0%	13,3%	3,3%	100,0%
	% within ΕΤΗ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.2 Κριτήρια επιλογής

- Ασθενείς με εκπαιδευτικό επίπεδο τουλάχιστον 12 έτη σπουδών
- Ασθενείς διαφορετικού φύλου (άνδρες – γυναίκες)
- Η χρήση στις ελληνικής γλώσσας ως μητρικής για όλους στις συμμετέχοντες
- Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να έχουν κλείσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους, καθώς η έρευνα απευθύνεται σε ενήλικο πληθυσμό.

2.3 Κριτήρια αποκλεισμού

- Άτομα που παρουσιάζουν οργανικότητα (ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, άλλων νευρολογικών νόσων και λοιμώξεων του ΚΝΣ).
- Άτομα που παρουσιάζουν κινητικά προβλήματα.

- Άτομα με συνύπαρξη νοητικής υστέρησης.
- Άτομα με ψυχωσική συνδρομή, διπολική διαταραχή τύπου 1, οργανική εγκεφαλική νόσο και σοβαρή εξάρτηση από ουσίες.
- Η οιασδήποτε μορφής έκπτωση των νοητικών λειτουργιών οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή λήψη ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ.
- Άτομα κάτω από 18 χρονών ή πάνω από 55 χρονών.

Η ερευνητική διαδικασία διεξήχθη δια ζώσης στο Ψυχολογικό Εργαστήριο της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Ε.Κ.Π.Α σε διάστημα έξι μηνών.

2.4 Χορηγούμενες δοκιμασίες

1. **Φόρμα Δημογραφικών**
2. **WAIS IV (The Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition) (Wechsler, 2008, Στογιαννίδου, 2014):** Κλίμακα αξιολόγησης νοητικών ικανοτήτων ενηλίκων η οποία παρέχει βαθμολογίες σε Σύνθετους Δείκτες (Λεκτική Κατανόηση, Αντιληπτικός Συλλογισμός, Εργαζόμενη μνήμη και Ταχύτητα Επεξεργασίας) και βαθμολογίες υποδοκιμασιών, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τη νοητική λειτουργικότητα σε συγκεκριμένες γνωστικές περιοχές. Επίσης, παρέχει μία σύνθετη βαθμολογία, η οποία αντιπροσωπεύει τη γενική νοητική ικανότητα (Γενικός Δείκτης Νοημοσύνης Συνολικής Κλίμακας)
3. **Wisconsin Card Sorting Test (Heaton, 1981):** Η δοκιμασία ταξινόμησης καρτών του Wisconsin (WCST) είναι μια νευροψυχολογική δοκιμασία που μελετά την ικανότητα ευελιξίας στην αλλαγή των κανόνων/κριτηρίων. Είναι 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.
4. **Stroop Color Word Test (SCWT) (Stroop, 1935):** Η δοκιμασία Stroop Color Word Test είναι μια νευροψυχολογική δοκιμασία που διεθνώς θεωρείται αξιόπιστη και ευαίσθητη για τον έλεγχο στις μετωπιαίας λειτουργικότητας και των εκτελεστικών λειτουργιών. Η δοκιμασία μελετά το φαινόμενο στις παρεμβολής

(Interference). Συγκεκριμένα το φαινόμενο αυτό αναφέρεται στην αύξηση του χρόνου απάντησης ή την μείωση στις ταχύτητας στις 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.

5. **Rey Complex Figure Test (Osterrieth, 1944):** Η νευροψυχολογική δοκιμασία RCFT_αποτελείται από δύο μέρη: αρχικά την αντιγραφή κι έπειτα την ανάκληση στις περίπλοκου σχεδίου γραμμών μετά από 20'. Η δοκιμασία μελετά την οπτικο-χωρική μνήμη, την ταχύτητα επεξεργασίας και την οπτικο-χωρική κατασκευαστική ικανότητα.
6. **Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS (Δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος), (Gratz & Roemer, 2004 Αδαμίδου, & Σίμου, 2015):** αυτοαναφορική μέτρηση υποκειμενικής συναισθηματικής ικανότητας, όπως ορίζεται από ένα κλινικά παραγόμενο μοντέλο ρύθμισης συναισθημάτων. Αποτελείται από 36 λήμματα και 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
7. **AECOM – ICS (Albert Einstein College of Medicine-Impulsivity Coping Scale) (Plutchick, Hope and Conte, 1989):** Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο παρορμητικότητας AECOM – ICS, το οποίο αποτελείται από 15 λήμματα. Είναι ένα εργαλείο που αξιολογεί την τάση του ατόμου να εμπλέκεται σε παρορμητικές συμπεριφορές που συνδέονται με απώλεια ελέγχου.
8. **SCID 5- PD (First et al., 2016) (για τους ασθενείς με ΟΔΠ):** Η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για στις Διαταραχές Προσωπικότητας του DSM-5 (SCID-5-PD) είναι μια ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη για την αξιολόγηση των 10 Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5. Η μετάφραση και η προσαρμογή του εργαλείου αυτού στον ελληνικό πληθυσμό έχει γίνει από την Κοκκέβη και συν. (2017).
9. **The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID; Hien et al., 1994; Ζαχαροπούλου και συν. 2014)** (για τους ασθενείς με

ΟΔΠ): Η ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη για την ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους.

2.5 Στατιστική ανάλυση

Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 25. Συγκρίθηκαν οι τρεις ομάδες με τη χρήση μονόδρομης ανάλυσης της διακύμανσης (ANOVA). Συγκεκριμένες διαφορές ομάδων εξετάστηκαν με μετα-hoc δοκιμές Bonferroni. Η στατιστική σπουδαιότητα καθορίστηκε σε p-τιμή διπλής όψης $<0,05$.

2.6 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Για τη συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα κρίθηκε απαραίτητη η συμπλήρωση ανάλογης φόρμας συγκατάθεσης. Σε αυτήν αναφερόταν ξεκάθαρα ο σκοπός της μελέτης και τονιζόταν η διατήρηση της ανωνυμίας κατά τη συλλογή των δεδομένων μέσα από τη χρήση κωδικού αριθμού. Κατέστη σαφές, ότι τα δεδομένα που θα συλλέγονταν, θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας, ενώ θα διατηρούνταν και θα τύχαιναν επεξεργασίας σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Η συμμετοχή στην εργασία ήταν εντελώς εθελοντική, ενώ οι συμμετέχοντες ήταν απόλυτα ελεύθεροι να μην συναινέσουν ή να διακόψουν τη συμμετοχή στις στην μελέτη, όποτε το επιθυμούσαν.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έγινε Ανάλυση Διασποράς ANOVA με έναν παράγοντα (One Way Anova) για τη σύγκριση της επίδοσης της ομάδας ελέγχου με τις πειραματικές ομάδες ΔΕΠΥ και ΟΔΠ, στις επιμέρους δοκιμασίες και επιπλέον έγιναν πολλαπλές συγκρίσεις με βάση τη μέθοδο Bonferroni για τις τρεις ομάδες. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη σύγκριση:

- Στην κλίμακα AECOM-ICS, $F(2, 27) = 4,12$, $p = 0,027 < 0,05$. Στην post-hoc ανάλυση υπήρχε διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας των υγιών μαρτύρων και της ομάδας ΔΕΠΥ (Mean Difference = -5,00000). Τα μέσα επίπεδα παρορμητικότητας είναι υψηλότερα στην ομάδα ΔΕΠΥ (M.O=24,5) συγκριτικά με την ομάδα των υγιών μαρτύρων (M.O=19,5).
- Στη δοκιμασία ΧΡΩΜΑ-ΛΕΞΗ του SCWT $F(2,27) = 6,32$, $p = 0,006 < 0,05$. Στην post-hoc ανάλυση υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας των υγιών μαρτύρων και της ομάδας ΟΔΠ (Mean Difference 11.50000), αλλά και ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας των ΔΕΠΥ και της ομάδας των ΟΔΠ (Mean Difference 11.70000). Η μέση επίδοση της ομάδας υγιών μαρτύρων (M.O=46,2) ήταν υψηλότερη σε σχέση με την ομάδα ΟΔΠ (M.O=34,7) (ανάγνωση περισσότερων λέξεων παρά τη συνθήκη παρεμβολής). Επιπλέον, η μέση επίδοση της ομάδας ΔΕΠΥ (M.O=46,4) ήταν υψηλότερη από την ομάδα ΟΔΠ (M.O=34,7).
- Στον Γενικό Δείκτη Νοημοσύνης WAIS IV $F(2,27) = 3,65$, $p = 0,040 < 0,05$. Η ομάδα των υγιών μαρτύρων είχε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα ΟΔΠ, με την επίδοση στις πρώτες να είναι υψηλότερη από τη δεύτερη.
- Στην Κλίμακα DERS (Total) $F(2,27) = 5,69$, $p = 0,009 < 0,05$. Στην post-hoc ανάλυση η ομάδα ΟΔΠ είχε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα των υγιών μαρτύρων (Mean Difference= 21.20000) και οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα ΔΕΠΥ (16,70000). Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ήταν υψηλότερη για την ομάδα ΟΔΠ (M.O=140), σε σχέση με την ομάδα των υγιών μαρτύρων (M.O=119) και την ομάδα των ΔΕΠΥ (123).
- Στην Υποκλίμακα της DERS (Goals) $F(2,27) = 4,89$, $p = 0,015 < 0,05$. Η ομάδα των ΟΔΠ είχε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα των υγιών

μαρτύρων. Η μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα ήταν υψηλότερη για την ομάδα των ΟΔΠ.

- Στην Υποκλίμακα της DERS (Impulse) $F(2,27) = 15,24, p = 0,000 < 0,05$. Στην post-hoc ανάλυση υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας των υγιών μαρτύρων και της ομάδας ΟΔΠ (Mean Difference = -8.50000), αλλά και ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας των ΔΕΠΥ και της ομάδας των ΟΔΠ (Mean Difference = -7.80000). Η μέση επίδοση της ομάδας ΟΔΠ (M.O=25,9) ήταν υψηλότερη σε σχέση με την ομάδα των υγιών μαρτύρων (M.O=17,4), αλλά και της ομάδας ΔΕΠΥ (M.O=18,1).
- Στην Υποκλίμακα της DERS (Strategies) $F(2,27) = 3,84, p = 0,034 < 0,05$.
- Στη δοκιμασία αντιγραφής του Rey $F(2,27) = 8,81, p = 0,002 < 0,05$. Στην post-hoc ανάλυση υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας ΔΕΠΥ με την ομάδα των υγιών μαρτύρων (Mean Difference = 3.35000) αλλά και ανάμεσα στους μέσους όρους της ομάδας ΔΕΠΥ και της ομάδας ΟΔΠ (Mean Difference -3.55000). Η μέση επίδοση της ομάδας υγιών μαρτύρων (M.O=35,4) και της ομάδας ΟΔΠ (M.O=35,6) ήταν υψηλότερη σε σχέση με την ομάδα ΔΕΠΥ (M.O=32,05)

Οι τρεις ομάδες ελέγχθηκαν ως προς τα δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, IQ και έτη εκπαίδευσης.

Από την επί μέρους σύγκριση, ως προς το φύλο:

- Στις άνδρες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά: στην κλίμακα DERS Total $F(2,12) = 5,59, p = 0,019 < 0,05$ και η μέση επίδοση των ανδρών με ΟΔΠ στην κλίμακα ήταν υψηλότερη των ανδρών με ΔΕΠΥ, στις υποκλίμακες στις DERS Goals $F(2,12) = 5,59, p = 0,019 < 0,05$, Impulse $F(2,12) = 7,32, p = 0,008 < 0,05$, και Clarity $F(2,12) = 26,91, p = 0,000 < 0,05$

και στη δοκιμασία Αντιγραφής του Rey $F(2,12) = 6,31, p = 0,015 < 0,05$, όπου η ομάδα των υγιών μαρτύρων είχε καλύτερη επίδοση σε σχέση με την ομάδα των ΔΕΠΥ και η ομάδα των ΟΔΠ καλύτερη επίδοση σε σχέση με την ομάδα των ΔΕΠΥ.

- Στις γυναίκες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον δείκτη Εργαζόμενης Μνήμης του WAIS IV: $F(2,12) = 4,82, p = 0,029 < 0,05$ και συγκεκριμένα οι γυναίκες στις ομάδες υγιών μαρτύρων είχαν υψηλότερη επίδοση από στις γυναίκες με ΔΕΠΥ. Στην υποδοκιμασία Impulse στις κλίμακας DERS υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά $F(2,12)=17,11, p = 0,000 < 0,05$ και συγκεκριμένα, η ομάδα των γυναικών με ΟΔΠ είχε υψηλότερη βαθμολογία από την ομάδα γυναικών υγιών μαρτύρων και γυναικών με ΔΕΠΥ.

Ως προς το IQ, δεν μπορούν να γίνουν επί μέρους συγκρίσεις, λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος.

Ως προς τα έτη εκπαίδευσης:

- Στα άτομα με Μ.Ο τα 13 έτη εκπαίδευσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες στην κλίμακα DERS Total και στην υποκλίμακα DERS Impulse $F(1,1) = 280,33, p = 0,038 < 0,05$.
- Στα άτομα με Μ.Ο. τα 16 έτη εκπαίδευσης βρέθηκε στην υποκλίμακα DERS Impulse $F(1,4) = 36,69, p = 0,004 < 0,05$.

(Οι πίνακες αποτελεσμάτων παρατίθενται στο Παράρτημα)

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν σε ικανοποιητικό βαθμό προηγούμενες σχετικές έρευνες κυρίως στους τομείς της παρορμητικότητας, της συναισθηματικής αστάθειας, της αναστολής της απάντησης και της κατασκευαστικής ικανότητας/οπτικής αντίληψης και οπτικοκινητικής δεξιότητας.

Στην παρορμητικότητα, που εξετάστηκε μέσω της αυτοαναφερόμενης κλίμακας AECOM-ICS, η ομάδα ΔΕΠΥ είχε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, κάτι που έχει βρεθεί σε προηγούμενες έρευνες, με άλλες κλίμακες (Lampe et al., 2007, Malloy-Diniz et al., 2007; Krauze-Utz, 2013). Η ομάδα ΟΔΠ δεν είχε διαφορά με την ομάδα ελέγχου, ούτε με την ομάδα ΔΕΠΥ, εύρημα που δεν συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες, όπως η έρευνα των Lampe et al.(2007).

Στη δοκιμασία Stroop (SCWT), που εξετάζει την αναστολή της αυθόρμητης απάντησης (αναστολή των παρεμβαλλόμενων απαντήσεων) τα αποτελέσματα στη βιβλιογραφία είναι ασυνεπή (van Mourik et al., 2005). Στη δική μας έρευνα, η ομάδα ΟΔΠ είχε χαμηλότερη επίδοση και απ' την ομάδα των υγιών μαρτύρων, όπως αναφέρεται και στην έρευνα των Swirsky - Sacchetti. και συν.(1993), και απ' την ομάδα των ΔΕΠΥ. Η ομάδα ΔΕΠΥ δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες σε αντιστοιχία με την έρευνα των Lampe et al. (2007).

Σε ότι αφορά την συναισθηματική αστάθεια, όπως εξετάστηκε με την κλίμακα αυτοαναφοράς DERS, η ομάδα των ΟΔΠ είχε υψηλότερα επίπεδα συνολικά στην κλίμακα, αλλά και στις υποκλίμακες Goals και Impulse και επιβεβαιώνει προηγούμενες μελέτες (Gratz et al., 2008; Glenn et al., 2009; Cackowski et al., 2017).

Στην δοκιμασία αντιγραφής του RCFT η ομάδα ΔΕΠΥ είχε χαμηλότερη επίδοση σε σχέση με την ομάδα υγιών μαρτύρων, σε αντιστοιχία με προηγούμενη μελέτη (Schreiber et al., 1999). Επίσης, είχε χαμηλότερη επίδοση σε σχέση με την

ομάδα ΟΔΠ, αν και δεν υπάρχουν σαφή ευρήματα από προηγούμενες έρευνες σχετικά με την επίδοση ατόμων με ΟΔΠ σε σύγκριση με άτομα με ΔΕΠΥ, αλλά και με υγιείς μάρτυρες (Sprock et al., 2000).

5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος αποτελεί περιορισμό της έρευνας. Η κοπιώδης και πολύωρη διαδικασία εξέτασης, αλλά και η δυσκολία προσέλευσης λόγω της πανδημίας Covid-19 και των περιοριστικών μέτρων μετακίνησης που εφαρμόστηκαν κατά το διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, ήταν ορισμένοι από τους λόγους που δεν επέτρεψαν τη συμμετοχή περισσότερων ατόμων και από τις τρεις ομάδες.

Επιπλέον, η μελέτη αυτή περιλαμβάνει μόνο τρεις ομάδες, την ομάδα ατόμων με διάγνωση ΔΕΠΥ, την ομάδα ατόμων με διάγνωση ΟΔΠ και την ομάδα των υγιών μαρτύρων. Δεν εξετάστηκε η επίδοση μίας ακόμη ομάδας, αυτής των ατόμων με διάγνωση ΔΕΠΥ & ΟΔΠ, όπως έχει συμπεριληφθεί σε αρκετές έρευνες (O'Malley et al., 2016; van Dijk et al., 2014; Krause-Utz et al., 2013; Lampe et al., 2007;). Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών ατόμων με συννόσηση ΔΕΠΥ και ΟΔΠ θα συντελέσει στη μελέτη της σχέσης των δύο αυτών διαταραχών.

Ακόμη, δεν εξετάστηκε η επίδραση αρκετών μεταβλητών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον παράγοντα της παρορμητικότητας, ειδικά τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.

Έτσι, τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνευθούν προσεκτικά και θα πρέπει να χρησιμεύσουν ως προκαταρκτικά ευρήματα και τάσεις, που μπορούν να διερευνηθούν εκτενέστερα σε μελλοντικές έρευνες.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η υπόθεση ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις τρεις ομάδες επιβεβαιώνεται σε επιμέρους δοκιμασίες και μπορεί να υποδεικνύει ότι ΔΕΠΥ και ΟΔΠ αποτελούν διαφορετικές διαγνωστικές οντότητες.

Τα άτομα με ΟΔΠ έχουν χειρότερη επίδοση από τις άλλες δύο ομάδες ως προς την αναστολή της αυθόρμητης απάντησης, όπως διαπιστώθηκε με τη δοκιμασία SCWT. Από την άλλη μεριά, τα άτομα με ΔΕΠΥ είχαν χειρότερη επίδοση στην οπτική αντίληψη- οπτικοκινητική δεξιότητα, όπως διαπιστώθηκε στη δοκιμασία Αντιγραφής του RCFT. Η διαφοροποίηση ανάμεσα στις ομάδες ΔΕΠΥ και ΟΔΠ ως προς τις νευροψυχολογικές αυτές παραμέτρους είναι πιθανό να υποδεικνύει ελλείμματα σε διαφορετικούς νοητικούς τομείς για τις δύο ομάδες.

Επίσης, τα ευρήματα σχετικά με τα υψηλότερα επίπεδα στη συναισθηματική αστάθεια στην ΟΔΠ σε σχέση με τις δύο ομάδες και ιδίως με την ΔΕΠΥ, υποστηρίζουν τις θεωρίες που υποδηλώνουν ότι η δυσλειτουργία των συναισθημάτων είναι βασικό χαρακτηριστικό της ΟΔΠ και όχι της ΔΕΠΥ.

Τα υψηλά επίπεδα στην κλίμακα AECOM-ICS στην ΔΕΠΥ σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες επιβεβαιώνουν τις δυσκολίες των ατόμων με ΔΕΠΥ στον έλεγχο της παρορμητικότητας.

Προτείνεται:

- Η διεύρυνση του δείγματος, για την ασφαλέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων.
- Η προσθήκη επιπλέον ομάδων με άλλες διαγνώσεις, όπως η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, η Διαταραχή Διαγωγής και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, για την εξαγωγή περισσότερων συμπερασμάτων.

- Η διερεύνηση της επίδρασης του άγχους στις δύο ομάδες, μέσω πειραματικής πρόκλησης στρες, όπως σε προηγούμενες μελέτες (Krause-Utz et al., 2013).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S. B., Niklasson, L., Nydén, A., Wentz, E., Westergren, S., Cloninger, C. R., Gillberg, C., & Rastam, M. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *The American journal of psychiatry*, *163*(7), 1239–1244.
- Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research Opinion*, *30*(8), 1657–1672.
- Barnhart, W. R., & Buelow, M. T. (2017). Assessing impulsivity: Relationships between behavioral and self-report measures in individuals with and without self-reported ADHD. *Personality and Individual Differences*, *106*, 41–45. B
- Baumler, G. (1985). Colour-Word Interference Test on Stroop [in German]. Hogrefe: Gottingen.
- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, C., Stopsack, M., Preuss, U. W., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2007). Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*, *40*(6), 369–378.
- Bazanis, E., Rogers, R. D., Dowson, J. H., 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*, 1395–1405.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., Anderson, S. W. (1994). "Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex". *Cognition*. *50* (1–3): 7–15.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*(5), 564-77.

- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Zachary Rosenthal, M., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical psychology review, 25*(6), 790–812.
- Brown, R. R., & Partington, J. E. (1942). The intelligence of the narcotic drug addict. *Journal of General Psychology, 26*, 175–179.
- Brown, T. E. (1996). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales: Manual*. The Psychological Corporation: San Antonio.
- Cackowski, S., Krause-Utz, A., Van Eijk, J., Klohr, K., Daffner, S., Sobanski, E., & Ende, G. (2017). Anger and aggression in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder - does stress matter?. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 4*, 6.
- CANTAB® [Cognitive assessment software]. Cambridge Cognition (2019). All rights reserved. www.cantab.com
- Carcone, D., Tokarz, V. L., & Ruocco, A. C. (2015). A systematic review on the reliability and validity of semistructured diagnostic interviews for borderline personality disorder. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 56*(2), 208–226.
- Carlotta, D., Borroni, S., Maffei, C., & Fossati, A. (2013). On the relationship between retrospective childhood ADHD symptoms and adult BPD features: the mediating role of action-oriented personality traits. *Comprehensive psychiatry, 54*(7), 943–952.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current psychiatry reports, 15*(1), 335.
- Castellanos, F. X., & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature reviews. Neuroscience, 3*(8), 617–628.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. P. (1999). *Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): Technical manual*. North Tonawanda, N.Y: Multi-Health Systems Inc. (MHS).
- Chapman, A. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology, 31*(3), 1143-1156.

- Cheung, A. M., Mitsis, E. M., & Halperin, J. M. (2004). The relationship of behavioral inhibition to executive functions in young adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26, 393–404.
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199–212.
- Diamond A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135–168.
- Distel, M. A., Carlier, A., Middeldorp, C. M., Derom, C. A., Lubke, G. H., & Boomsma, D. I. (2011). Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics : the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 156B(7), 817–825.
- Dougherty D. M, Marsh D. M., Mathias C. W. (2002). Immediate and delayed memory tasks: a computerized behavioral measure of memory, attention, and impulsivity. *Behavioral Research Methods: Instruments and Computers* 34, 391–398.
- Dougherty D, Marsh DM (2003) Immediate & Delayed Memory Tasks (IMT/DMT 2.0): A research tool for studying attention, memory, and impulsive behavior. Houston: Neurobehavioral Research Laboratory and Clinic, University of Texas Health Science Center at Houston.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh, D. M., & Jagar, A. A. (2005). Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behavior research methods*, 37(1), 82–90.
- Dowson, J. H., McLean, A., Bazanis, E., Toone, B., Young, S., Robbins, T. W., et al. (2004a). The specificity of clinical characteristics in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison with patients with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 19, 72–78.
- Epstein, J., Johnson, D., & Conners, C. (2000). Conners adult ADHD diagnostic interview for DSM-IV. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L. J., Mick, E., et al. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*, 48, 9–20.
- Faraone S.V., Perlis R. H., Doyle A.E., Smoller J. W., Goralnick J.J., Holmgren M. A., Sklar P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-23.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *SCID-5-PD: Structured clinical interview for DSM-5® personality disorders*.
- Flory, K., Molina, B. S., Pelham, W. E., Jr, Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(4), 571–577.
- Fossati, A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., & Maffei, C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 15(5), 390–402.
- Fuermaier, A. B. M., Fricke, J. A., de Vries, S. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2019). Neuropsychological assessment of adults with adhd: A delphi consensus study. *Applied Neuropsychology, Adult*, 26(4), 340–354.
- Gallacher, R., & Blader, J. (2001). The diagnosis and neuropsychological assessment of adult attention deficit/hyperactivity disorder. Scientific study and practical guidelines. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 148–171.
- Georgiou G., Essau C.A. (2011) Go/No-Go Task. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) Encyclopedia of Child Behavior and Development. Springer, Boston, MA.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 23*(1), 20–28.
- Gratz, K. L. and Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy, 37*(1), 14–25.
- Gvirts, H. Z., Harari, H., Braw, Y., Shefet, D., Shamay-Tsoory, S. G., Levkovitz, Y. (2012). Executive functioning among patients with borderline personality disorder (BPD) and their relatives. *Journal of Affective Disorders, 143*, 261–264.
- Haaland, V. Ø., Esperaas, L., & Landrø, N. I. (2009). Selective deficit in executive functioning among patients with borderline personality disorder. *Psychological medicine, 39*(10), 1733–1743.
- Habibi, A., Sarafrazi, A., & Izadyar, S. (2014). Delphi technique theoretical framework in qualitative research. *The International Journal of Engineering and Science, 3*(4), 8–13.
- Hagenhoff, M., Franzen, N., Koppe, G., Baer, N., Scheibel, N., Sammer, G., Gallhofer, B., & Lis, S. (2013). Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry research, 210*(1), 224–231.
- Herpertz S. (1995). Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta psychiatrica Scandinavica, 91*(1), 57–68.
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa, FL Psychological Assessment Resources.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N., & Curry, J. F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neuropsychology, 18*(3), 485–503.
- Hien, D., Matzner, F. J., First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV-child edition (Version 1.0)*. New York: Columbia University.

- Kaplan, B., Gulec, M. Y., Gica, S., & Gulec, H. (2020). The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(5), 503–509.
- Kolotylova, T., Koschke, M., Bär, K. J., Ebner-Priemer, U., Kleindienst, N., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Entwicklung des "Mannheimer Multikomponenten-Stress-Test" (MMST) [Development of the "Mannheim Multicomponent Stress Test" (MMST)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(2), 64–72.
- Krause-Utz, A., Sobanski, E., Alm, B., Valerius, G., Kleindienst, N., Bohus, M., & Schmahl, C. (2013). Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: an exploratory study. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(2), 116–123.
- Krause-Utz, A., Cackowski, S., Daffner, S., Sobanski, E., Plichta, M. M., Bohus, M., Ende, G., & Schmahl, C. (2016). Delay discounting and response disinhibition under acute experimental stress in women with borderline personality disorder and adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological medicine*, 46(15), 3137–3149.
- Lampe, K., Konrad, K., Kroener, S., Fast, K., Kunert, H. J., & Herpertz, S. C. (2007). Neuropsychological and behavioural disinhibition in adult ADHD compared to borderline personality disorder. *Psychological medicine*, 37(12), 1717–1729.
- Lange, K. W., Hauser, J., Lange, K. M., Makulska-Gertruda, E., Takano, T., Takeuchi, Y., Tucha, L., & Tucha, O. (2014). Utility of cognitive neuropsychological assessment in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 6(4), 241–248.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 377, 74-84.
- LeGris, J., & van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(3), 131–142.

- LeGris J. (2018). Rapid emotional response and disadvantageous Iowa gambling task performance in women with borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5, 16.
- Lejuez, C. W.; Kahler, Christopher W. & Brown, Richard A. (2003). A modified computer version of the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) as a laboratory-based stressor. *The Behavior Therapist*, Vol 26(4), 290-293.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Fertuck, E. A., & Kernberg, O. F. (2004). Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of personality disorders*, 18(5), 421-438.
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linhartová, P., Látalová, A., Barteček, R., Širůček, J., Theiner, P., Ejova, A., Hlavatá, P., Kóša, B., Jeřábková, B., Bareš, M., & Kašpárek, T. (2020). Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychological medicine*, 50(11), 1829–1838.
- Logan, G. D., Cowan, W. B. (1984). On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control. *Psychological Review*, 91, 295.
- Lynn, D. E., Lubke, G., Yang, M., McCracken, J. T., McGough, J. J., Ishii, J., Loo, S. K., Nelson, S. F., & Smalley, S. L. (2005). Temperament and character profiles and the dopamine D4 receptor gene in ADHD. *The American journal of psychiatry*, 162(5), 906–913.
- Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Leite, W. B., Correa, H., & Bechara, A. (2007). Impulsive behavior in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(4), 693–698.
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) — Review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 3.

- McClure, G., Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2016). Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 10(1), 43–57.
- McLean, A., Dowson, J., Toone, B., Young, S., Bazanis, E., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2004). Characteristic neurocognitive profile associated with adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological medicine*, 34(4), 681–692.
- McNamara, J., Vervaeke, S. L., & Willoughby, T. (2008). Learning disabilities and risk-taking behavior in adolescents: a comparison of those with and without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of learning disabilities*, 41(6), 561–574.
- McNamara J., Willoughby T. (2010). A longitudinal study of risk-taking behavior in adolescents with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 25(1), 11–24.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American journal of psychiatry*, 158(11), 1783–1793.
- Moukhtarian, T. R. H., Mintah, R. S., Moran, P. A., & Asherson, P. J. E. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(9), 1-11.
- Nigg, J. T., Silk, K. R., Stavro, G., & Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1129–1149.
- O'Malley, G. K., McHugh, L., Mac Giollabhui, N., & Bramham, J. (2016). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 31, 29–36.
- Osterrieth, P.A. (1944) *Le test de copie d'une figure complexe*. *Archives de Psychologie*, 30, 286-356.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology* 51, 768–774.
- Pehlivanidis, A., Spyropoulou, A., Galanopoulos, A., Papachristou, C. A., & Papadimitriou, G. N. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Clinical recognition, diagnosis and therapeutic interventions. *Archives of Hellenic Medicine*, 29(5), 562–576.

- Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 37, 51–87.
- Philipsen A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256 Suppl 1, i42–i46.
- Pievsky, M. A., & McGrath, R. E. (2018). The Neurocognitive Profile of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of Meta-Analyses. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 33(2), 143–157.
- Plichta, M. M., & Scheres, A. (2014). Ventral-striatal responsiveness during reward anticipation in ADHD and its relation to trait impulsivity in the healthy population: a meta-analytic review of the fMRI literature. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 38, 125–134.
- Plutchick, R., & Conte, H. R. (1989). Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles. In S. Wetzler & M. M. Katz (Eds.), *Contemporary approaches to psychological assessment: Clinical and experimental psychiatry* (Vol. 1, pp. 239-269). New York: Brunner/Mazel.
- Posner, M. I. & Petersen, S. E. (1990). The attention systems of the human brain. *Annual Review of Neuroscience* 13, 25–42.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A., & Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological psychiatry*, 58(2), 125–131.
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Sarason, I., Bransome, E. D., Jr., & Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20(5), 343–350.
- Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry research* 137, 191–202.
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology?. *Journal of personality disorders*, 27(4), 473–495.

- Sebastian, A., Jung, P., Krause-Utz, A., Lieb, K., Schmähk, C., & Tüscher, O. (2014). Frontal dysfunctions of impulse control — A systematic review in borderline personality disorder and attention- deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 698.
- Seres I, Unoka Z, Bódi N, Aspán N, Kéri S (2009). The neuropsychology of borderline personality disorder: relationship with clinical dimensions and comparison with other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23, 555–562.
- Silva, H., Iturra, P., Solari, A., Villarroel, J., Jerez, S., Vielma, W., Montes, C., Pumarino, L., & Roa, N. (2007). Serotonin transporter polymorphism and fluoxetine effect on impulsiveness and aggression in borderline personality disorder. *Actas espanolas de psiquiatria*, 35(6), 387–392.
- Swirsky-Sacchetti, T., Gorton, G., Samuel, S., Sobel, R., Genetta-Wadley, A., & Burleigh, B. (1993). Neuropsychological function in borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 49(3), 385–396.
- Shallice, T., & Burgess, P. (1991). *Higher-order cognitive impairments and frontal lobe lesions in man*. In H. S. Levin, H. M. Eisenberg, & A. L. Benton (Eds.), *Frontal lobe function and dysfunction* (p. 125–138). Oxford University Press.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951–963.
- Skirrow, C., Hosang, G. M., Farmer, A. E., & Asherson, P. (2012). An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 143-159.
- Sprock, J., Rader, T. J., Kendall, J. P., & Yoder, C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 56(12), 1587–1600.
- Schreiber, H. E., Javorsky, D. J., Robinson, J. E., & Stern, R. A. (1999). Rey-Osterrieth Complex Figure performance in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a validation study of the Boston Qualitative Scoring System. *The Clinical neuropsychologist*, 13(4), 509–520.

- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences, 47*(5), 385–395.
- Stevens, A., Burkhardt, M., Hautzinger, M., Schwarz, J., & Unckel, C. (2004). Borderline personality disorder: Impaired visual perception and working memory working memory. *Psychiatry Research, 125*(3), 257–267.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta psychiatrica Scandinavica, 111*(5), 372–379.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643–662.
- Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nordic journal of psychiatry, 68*(5), 289–295.
- Tadić, A., Victor, A., Başkaya, O., von Cube, R., Hoch, J., Kouti, I., Anicker, N. J., Höppner, W., Lieb, K., & Dahmen, N. (2009). Interaction between gene variants of the serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) and catechol O-methyltransferase (COMT) in borderline personality disorder. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics, 150B*(4), 487–495.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of memory malingering*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Traverso, L., Fontana, M., Usai, M. C., & Passolunghi, M. C. (2018). Response Inhibition and Interference Suppression in Individuals With Down Syndrome Compared to Typically Developing Children. *Frontiers in psychology, 9*, 660.
- Unoka, Z., & J Richman, M. (2016). Neuropsychological deficits in BPD patients and the moderator effects of co-occurring mental disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 44*, 1–12.
- van Dijk, F. E., Schellekens, A., van den Broek, P., Kan, C. C., Verkes, R. J., & Buitelaar, J. K. (2014). *Do cognitive measures of response inhibition differentiate between attention*

- deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder?* *Psychiatry Research*, 215, 733–739.
- van Mourik, R., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2005). The Stroop revisited: a meta-analysis of interference control in AD/HD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 46(2), 150–165.
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company.
- Wechsler, D. (1987). Wechsler Memory Scale – Revised. The Psychological Corporation: San Antonio, TX.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale--Fourth Edition (WAIS-IV)* [Database record]. APA PsycTests.
- Wechsler, D. (2014). WAIS IVGR Κλίμακα Νοημοσύνης για Ενήλικες WECHSLER –Τέταρτη Έκδοση. Εγχειρίδιο Χορήγησης και Βαθμολόγησης. U.S.A.: NCS Pearson, (Ελληνική Έκδοση) Αθήνα: MOTIBO.
- Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3115–3129.
- Wender P. H. (1995) Attention-Deficit-hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press.
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 1–16.
- Wingrove, J., & Bond, A. J. (1997). Impulsivity: A state as well as trait variable. Does mood awareness explain low correlations between trait and behavioural measures of impulsivity? *Personality and Individual Differences*, 22(3), 333–339.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669–689.

- Wilcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1336–1346.
- Xenaki, L. A., Pehlivanidis A. (2015). Clinical, neuropsychological and structural convergences and divergences between attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a systematic review. *Personality and Individual Differences*, *86*, 438–449.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *155*(12), 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of personality disorders*, *17*(3), 233–242.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, *161*(11), 2108–2114.
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (1993). Test Battery for Attentional Performance, Version 1.02 [in German]. Psytest : Wurselen.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμίδου, Μ., & Σίμου, Μ. (2015). Μεταγνώσκεις και μετασυναίσθημα: Έχουν σχέση μεταξύ τους; Θεσσαλονίκη, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής –Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Αθήνα: Gutenberg.
- Κουμούλα Α. (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στο χρόνο. *Ψυχιατρική*, *23* (1), 49–59.

Προκόπη Α., Πεχλιβανίδης Α. (2017). Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στην ενήλικη ζωή. Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία 3 (1), 39-48.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

<https://www.nimh.nih.gov> - National Institute of mental Health

www.nhs.uk – National Health Service – NHS, UK.

<http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx> - DIVA

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Πίνακες αποτελεσμάτων

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία για τις εξαρτημένες μεταβλητές (Επίδοση στις δοκιμασίες) για τις τρεις ομάδες: ΔΕΠΥ, ΟΑΠ και Υγιείς Μάρτυρες

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
AECOM-ICS	30	12,00	31,00	21,2667	4,81330
WCST- Συμπληρωμένες Κατηγορίες	30	3,00	6,00	5,6000	0,93218
WCST-Εμμονές	30	4,00	33,00	12,3667	7,94152
WCST-Λάθη	30	3,00	52,00	19,9000	12,93845
SCWT-Λέξη	30	63,00	120,00	96,1333	14,43830
SCWT-Χρώμα	30	48,00	100,00	72,9667	12,33298
SCWT-Χρώμα-Λέξη	30	25,00	63,00	42,4333	9,84600
WAIS IV Συνολικό Σκορ	30	42,00	123,00	104,9000	16,63679
Δείκτης Λεκτικής Κατανόησης	30	88,00	126,00	109,2333	9,32066
Δείκτης Αντιληπτικού Συλλογισμού	30	80,00	135,00	106,2333	14,28209
Δείκτης Εργαζόμενης Μνήμης	30	78,00	119,00	100,7667	10,85542
Δείκτης Ταχύτητας Επεξεργασίας	30	80,00	126,00	105,4333	14,37115
DERS-Total	30	102,00	154,00	127,5667	17,03279
DERS-Total_MO	30	2,83	4,28	3,5435	0,47313
DERS-NON ACCEPTANCE	30	12,00	29,00	19,9333	5,04417
DERS-GOALS	30	12,00	25,00	19,5667	2,77530
DERS-IMPULSE	30	12,00	30,00	20,4667	5,38025

DERS-AWARENESS	30	14,00	27,00	21,8667	3,17026
DERS-STRATEGIES	30	19,00	36,00	28,2333	5,29595
DERS-CLARITY	30	11,00	25,00	17,5000	3,32960
RCFT Score - Αντιγραφή	30	24,00	36,00	34,3500	2,69466
RCFT Score – Ανάκληση σε 3 λεπτά	30	4,00	30,00	19,8333	5,85210
RCFT Score – Ανάκληση σε 20 λεπτά	30	4,50	34,00	20,6833	6,46940
Valid N (listwise)	30				

Πίνακας 8. Ανάλυση Διασποράς ANOVA με έναν παράγοντα (One Way Anova) για τις εξαρτημένες μεταβλητές (Επίδοση στις δοκιμασίες) ανάμεσα στις ομάδες ΔΕΠΥ και ΟΔΠ και Υγιών Μαρτύρων

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
aecom	Between Groups	157,267	2	78,633	4,126	0,027
	Within Groups	514,600	27	19,059		
	Total	671,867	29			
WCST- Συμπληρωμένες Κατηγορίες	Between Groups	1,400	2	0,700	0,794	0,462
	Within Groups	23,800	27	0,881		
	Total	25,200	29			
WCST-Εμμονές	Between Groups	225,267	2	112,633	1,896	0,170
	Within Groups	1603,700	27	59,396		
	Total	1828,967	29			
WCST-Λάθη	Between Groups	373,400	2	186,700	1,125	0,339
	Within Groups	4481,300	27	165,974		
	Total	4854,700	29			
SCWT-Λέξη	Between Groups	409,267	2	204,633	0,980	0,388
	Within Groups	5636,200	27	208,748		
	Total	6045,467	29			

SCWT-Χρώμα	Between Groups	190,467	2	95,233	0,609	0,551
	Within Groups	4220,500	27	156,315		
	Total	4410,967	29			
SCWT-Χρώμα-Λέξη	Between Groups	897,267	2	448,633	6,328	0,006
	Within Groups	1914,100	27	70,893		
	Total	2811,367	29			
WAIS IV Συνολικό Σκορ	Between Groups	1708,200	2	854,100	3,650	0,040
	Within Groups	6318,500	27	234,019		
	Total	8026,700	29			
Δείκτης Λεκτικής Κατανόησης	Between Groups	365,067	2	182,533	2,288	0,121
	Within Groups	2154,300	27	79,789		
	Total	2519,367	29			
Δείκτης Αντιληπτικού Συλλογισμού	Between Groups	616,467	2	308,233	1,571	0,226
	Within Groups	5298,900	27	196,256		
	Total	5915,367	29			
Δείκτης Εργαζόμενης Μνήμης	Between Groups	632,067	2	316,033	3,064	0,063
	Within Groups	2785,300	27	103,159		
	Total	3417,367	29			
Δείκτης Ταχύτητας Επεξεργασίας	Between Groups	678,067	2	339,033	1,723	0,198
	Within Groups	5311,300	27	196,715		
	Total	5989,367	29			
DERS-TOTAL	Between Groups	2495,267	2	1247,633	5,692	0,009
	Within Groups	5918,100	27	219,189		
	Total	8413,367	29			
DERS-Total_MO	Between Groups	1,925	2	0,963	5,692	0,009
	Within Groups	4,566	27	0,169		
	Total	6,492	29			
DERS-NON ACCEPTANCE	Between Groups	14,067	2	7,033	0,262	0,771
	Within Groups	723,800	27	26,807		
	Total	737,867	29			
DERS-GOALS	Between Groups	59,467	2	29,733	4,898	0,015
	Within Groups	163,900	27	6,070		

	Total	223,367	29			
DERS-IMPULSE	Between Groups	445,267	2	222,633	15,249	0,000
	Within Groups	394,200	27	14,600		
	Total	839,467	29			
DERS-AWARENESS	Between Groups	6,467	2	3,233	0,306	0,739
	Within Groups	285,000	27	10,556		
	Total	291,467	29			
DERS-STRATEGIES	Between Groups	180,267	2	90,133	3,844	0,034
	Within Groups	633,100	27	23,448		
	Total	813,367	29			
DERS-CLARITY	Between Groups	67,400	2	33,700	3,581	0,042
	Within Groups	254,100	27	9,411		
	Total	321,500	29			
RCFT Score - Αντιγραφή	Between Groups	79,550	2	39,775	8,196	0,002
	Within Groups	131,025	27	4,853		
	Total	210,575	29			
	Within Groups	9640,000	27	357,037		
	Total	18786,667	29			
RCFT Score – Ανάκληση σε 3 λεπτά	Between Groups	106,717	2	53,358	1,625	0,216
	Within Groups	886,450	27	32,831		
	Total	993,167	29			
	Within Groups	16505,450	27	611,313		
	Total	17094,967	29			
RCFT Score – Ανάκληση σε 20 λεπτά	Between Groups	176,817	2	88,408	2,302	0,119
	Within Groups	1036,925	27	38,405		
	Total	1213,742	29			
	Within Groups	18372,900	27	680,478		
	Total	19897,967	29			

Πίνακας 9. Έλεγχος με τη μέθοδο Bonferroni. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

Bonferroni

Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
AECOM-ICS	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	-5.00000*	1,95240	0,049	-9,9834	-0,0166
		Ομάδα ΔΕΠΥ	-0,30000	1,95240	1,000	-5,2834	4,6834
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	5.00000*	1,95240	0,049	0,0166	9,9834
		Ομάδα ΔΕΠΥ	4,70000	1,95240	0,070	-0,2834	9,6834
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	0,30000	1,95240	1,000	-4,6834	5,2834
		Ομάδα ΟΔΠ	-4,70000	1,95240	0,070	-9,6834	0,2834
SCWT-Χρώμα-Λέξη	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	-0,20000	3,76544	1,000	-9,4111	9,4111
		Ομάδα ΔΕΠΥ	11.50000*	3,76544	0,015	1,8889	21,1111
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	0,20000	3,76544	1,000	-9,4111	9,4111
		Ομάδα ΔΕΠΥ	11.70000*	3,76544	0,013	2,0889	21,3111
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	-11.50000*	3,76544	0,015	-21,1111	-1,8889
		Ομάδα ΟΔΠ	-11.70000*	3,76544	0,013	-21,3111	-2,0889
WAIS IV Συνολικό Σκορ	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	6,90000	6,84132	0,966	-10,5622	24,3622
		Ομάδα ΔΕΠΥ	18.30000*	6,84132	0,038	0,8378	35,7622
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	-6,90000	6,84132	0,966	-24,3622	10,5622
		Ομάδα ΔΕΠΥ	11,40000	6,84132	0,322	-6,0622	28,8622
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	-18.30000*	6,84132	0,038	-35,7622	-0,8378
		Ομάδα ΟΔΠ	-11,40000	6,84132	0,322	-28,8622	-6,0622
DERS-TOTAL	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	-4,50000	6,62101	1,000	-21,3999	12,3999
		Ομάδα ΔΕΠΥ	-21.20000*	6,62101	0,010	-38,0999	-4,3001

	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	4,50000	6,6210 1	1,00 0	- 12,399 9	21,399 9
		Ομάδα ΔΕΠΥ	- 16,70000	6,6210 1	0,05 4	- 33,599 9	0,1999
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	21.20000 *	6,6210 1	0,01 0	4,3001	38,099 9
		Ομάδα ΟΔΠ	16,70000	6,6210 1	0,05 4	- 0,1999	33,599 9
DERS-GOALS	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	-2,20000	1,1018 5	0,16 8	- 5,0124	0,6124
		Ομάδα ΔΕΠΥ	- 3.40000*	1,1018 5	0,01 4	- 6,2124	- 0,5876
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	2,20000	1,1018 5	0,16 8	- 0,6124	5,0124
		Ομάδα ΔΕΠΥ	-1,20000	1,1018 5	0,85 7	- 4,0124	1,6124
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	3.40000*	1,1018 5	0,01 4	0,5876	6,2124
		Ομάδα ΟΔΠ	1,20000	1,1018 5	0,85 7	- 1,6124	4,0124
DERS-IMPULSE	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	-0,70000	1,7088 0	1,00 0	- 5,0616	3,6616
		Ομάδα ΔΕΠΥ	- 8.50000*	1,7088 0	0,00 0	- 12,861 6	- 4,1384
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	0,70000	1,7088 0	1,00 0	- 3,6616	5,0616
		Ομάδα ΔΕΠΥ	- 7.80000*	1,7088 0	0,00 0	- 12,161 6	- 3,4384
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	8.50000*	1,7088 0	0,00 0	4,1384	12,861 6
		Ομάδα ΟΔΠ	7.80000*	1,7088 0	0,00 0	3,4384	12,161 6
RCFT Score - Αντιγραφή	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	3.35000*	0,9851 7	0,00 6	0,8354	5,8646
		Ομάδα ΔΕΠΥ	-0,20000	0,9851 7	1,00 0	- 2,7146	2,3146
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	- 3.35000*	0,9851 7	0,00 6	- 5,8646	- 0,8354
		Ομάδα ΔΕΠΥ	- 3.55000*	0,9851 7	0,00 4	- 6,0646	- 1,0354
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	0,20000	0,9851 7	1,00 0	- 2,3146	2,7146
		Ομάδα ΟΔΠ	3.55000*	0,9851 7	0,00 4	1,0354	6,0646

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Πίνακας 10. Ανάλυση της διακύμανσης – ANOVA ως προς το φύλο - Άνδρες συμμετέχοντες.
Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.**

Men ANOVA^a

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
DERS-TOTAL	Between Groups	2074,800	2	1037,400	5,594	0,019
	Within Groups	2225,200	12	185,433		
	Total	4300,000	14			
DERS-GOALS	Between Groups	51,600	2	25,800	7,979	0,006
	Within Groups	38,800	12	3,233		
	Total	90,400	14			
DERS-IMPULSE	Between Groups	286,533	2	143,267	7,372	0,008
	Within Groups	233,200	12	19,433		
	Total	519,733	14			
DERS-CLARITY	Between Groups	82,533	2	41,267	26,913	0,000
	Within Groups	18,400	12	1,533		
	Total	100,933	14			
RCFT Score - Αντιγραφή	Between Groups	24,400	2	12,200	6,310	0,013
	Within Groups	23,200	12	1,933		
	Total	47,600	14			

**Πίνακας 11. Έλεγχος με τη μέθοδο Bonferroni ως προς το φύλο - Άνδρες συμμετέχοντες.
Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.**

1 Men: Multiple Comparisons^a

Bonferroni

Dependent Variable		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
DERS-TOTAL	Υγιείς Μάρτυρες Ομάδα ΟΔΠ	-15,00000	8,61239	0,321	-38,9379	8,9379
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-28.80000*	8,61239	0,018	-52,7379	-4,8621
	Ομάδα ΟΔΠ Υγιείς Μάρτυρες	15,00000	8,61239	0,321	-8,9379	38,9379
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-13,80000	8,61239	0,405	-37,7379	10,1379
	Ομάδα ΔΕΠΥ Υγιείς Μάρτυρες	28.80000*	8,61239	0,018	4,8621	52,7379
	Ομάδα ΟΔΠ	13,80000	8,61239	0,405	-10,1379	37,7379
DERS-GOALS	Υγιείς Μάρτυρες Ομάδα ΟΔΠ	-3.60000*	1,13725	0,024	-6,7610	-0,4390
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-4.20000*	1,13725	0,009	-7,3610	-1,0390
	Ομάδα ΟΔΠ Υγιείς Μάρτυρες	3.60000*	1,13725	0,024	0,4390	6,7610
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-0,60000	1,13725	1,000	-3,7610	2,5610
	Ομάδα ΔΕΠΥ Υγιείς Μάρτυρες	4.20000*	1,13725	0,009	1,0390	7,3610
	Ομάδα ΟΔΠ	0,60000	1,13725	1,000	-2,5610	3,7610
DERS_IMPULSE	Υγιείς Μάρτυρες Ομάδα ΟΔΠ	-4,00000	2,78807	0,531	-11,7494	3,7494
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-10.60000*	2,78807	0,008	-18,3494	-2,8506
	Ομάδα ΟΔΠ Υγιείς Μάρτυρες	4,00000	2,78807	0,531	-3,7494	11,7494
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-6,60000	2,78807	0,107	-14,3494	1,1494
	Ομάδα ΔΕΠΥ Υγιείς Μάρτυρες	10.60000*	2,78807	0,008	2,8506	18,3494
	Ομάδα ΟΔΠ	6,60000	2,78807	0,107	-1,1494	14,3494
DERS-CLARITY	Υγιείς Μάρτυρες Ομάδα ΟΔΠ	-1,00000	0,78316	0,677	-3,1768	1,1768
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-5.40000*	0,78316	0,000	-7,5768	-3,2232
	Ομάδα ΟΔΠ Υγιείς Μάρτυρες	1,00000	0,78316	0,677	-1,1768	3,1768
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-4.40000*	0,78316	0,000	-6,5768	-2,2232
	Ομάδα ΔΕΠΥ Υγιείς Μάρτυρες	5.40000*	0,78316	0,000	3,2232	7,5768
	Ομάδα ΟΔΠ	4.40000*	0,78316	0,000	2,2232	6,5768

RCFT Score -	Υγιείς Μάρτυρες Ομάδα ΟΔΠ	2.60000*	0,87939	0,036	0,1557	5,0443
Αντιγραφή	Ομάδα ΔΕΠΥ	-0,20000	0,87939	1,000	-2,6443	2,2443
	Ομάδα ΟΔΠ Υγιείς Μάρτυρες	-2.60000*	0,87939	0,036	-5,0443	-0,1557
	Ομάδα ΔΕΠΥ	-2.80000*	0,87939	0,024	-5,2443	-0,3557
	Ομάδα ΔΕΠΥ Υγιείς Μάρτυρες	0,20000	0,87939	1,000	-2,2443	2,6443
	Ομάδα ΟΔΠ	2.80000*	0,87939	0,024	0,3557	5,2443

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

a. ΦΥΛΟ = Ομάδα ΟΔΠ

Πίνακας 12. Ανάλυση της διακύμανσης – ANOVA ως προς το φύλο - Γυναίκες συμμετέχουσες.

Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

Women ANOVA^a

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Δείκτης Εργαζόμενης Μνήμης	Between Groups	684,133	2	342,067	4,820	0,029
	Within Groups	851,600	12	70,967		
	Total	1535,733	14			
	Total	3523,733	14			
DERS-IMPULSE	Between Groups	214,533	2	107,267	17,117	0,000
	Within Groups	75,200	12	6,267		
	Total	289,733	14			
DERS-AWARENESS	Between Groups	9,733	2	4,867	0,370	0,699
	Within Groups	158,000	12	13,167		
	Total	167,733	14			

Πίνακας 13. Έλεγχος με τη μέθοδο Bonferroni ως προς το φύλο - Γυναίκες συμμετέχουσες.

Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

women Multiple Comparisons^a

Bonferroni

Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
Δείκτης Εργαζόμενης Μνήμης	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	16,20000*	5,32791	0,031	1,3912	31,0088	
		Ομάδα ΔΕΠΥ	11,00000	5,32791	0,184	-3,8088	25,8088	
	Ομάδα ΟΔΠ	Υγιείς Μάρτυρες	-16,20000*	5,32791	0,031	-	-1,3912	
		Ομάδα ΔΕΠΥ	-5,20000	5,32791	1,000	-	9,6088	
	Ομάδα ΔΕΠΥ	Υγιείς Μάρτυρες	-11,00000	5,32791	0,184	-	3,8088	
		Ομάδα ΟΔΠ	5,20000	5,32791	1,000	-9,6088	20,0088	
	DERS-IMPULSE	Υγιείς Μάρτυρες	Ομάδα ΟΔΠ	2,60000	1,58325	0,379	-1,8006	7,0006
			Ομάδα ΔΕΠΥ	-6,40000*	1,58325	0,005	-	-1,9994
Ομάδα ΟΔΠ		Υγιείς Μάρτυρες	-2,60000	1,58325	0,379	-7,0006	1,8006	
		Ομάδα ΔΕΠΥ	-9,90000*	1,58325	0,000	-	-4,5994	
Ομάδα ΔΕΠΥ		Υγιείς Μάρτυρες	6,40000*	1,58325	0,005	1,9994	10,8006	
		Ομάδα ΟΔΠ	9,90000*	1,58325	0,000	4,5994	13,4006	

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 14. Ανάλυση της διακύμανσης – ANOVA ως προς τα έτη εκπαίδευσης. Στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

13 έτη εκπαίδευσης

ANOVA^a

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
DERS-TOTAL	Between Groups	1261,500	1	1261,500	2523,000	0,013
	Within Groups	0,500	1	0,500		
	Total	1262,000	2			
Ders_Total_MO	Between Groups	0,973	1	0,973	2523,000	0,013
	Within Groups	0,000	1	0,000		
	Total	0,974	2			
DERS-NON ACCEPTANCE	Between Groups	6,000	1	6,000		
	Within Groups	0,000	1	0,000		
	Total	6,000	2			
DERS-IMPULSE	Between Groups	140,167	1	140,167	280,333	0,038
	Within Groups	0,500	1	0,500		
	Total	140,667	2			

ANOVA^a

16 έτη εκπαίδευσης

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
DERS-IMPULSE	Between Groups	96,333	1	96,333	36,698	0,004
	Within Groups	10,500	4	2,625		
	Total	106,833	5			

a. ΕΤΗ_ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ = 16

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Έντυπο Συγκατάθεσης

Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
Διευθυντής: Καθηγητής Χ.Χ. Παπαγεωργίου
Ψυχολογικό Εργαστήριο
Υπεύθυνη: Ε. Τσάλτα

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Εισαγωγή-Σκοπός

Στη διάρκεια της παρακολούθησής σας / διαγνωστικής εκτίμησης στο Τμήμα Διαταραχών Προσωπικότητας / στη Μονάδα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, πραγματοποιείται πλήρης νευροψυχολογικός έλεγχος στο Ψυχολογικό Εργαστήριο της Κλινικής.

Συμμετέχοντες-Διαδικασία

Στο πλαίσιο αυτό, θα χρειαστεί να πραγματοποιηθούν συνέντευξη, νευροψυχολογικές δοκιμασίες και να συμπληρωθούν ερωτηματολόγια ψυχολογικής αξιολόγησης. Κάποια δεδομένα από τα αποτελέσματα αυτά θα χρησιμοποιηθούν για τη διεξαγωγή της διπλωματικής εργασίας με θέμα «Κοινός τόπος και διαφορές σε άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ). Εστίαση στα νευροψυχολογικά ελλείμματα» για το ΠΜΣ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ».

Η συμμετοχή δεν είναι υποχρεωτική, ενώ άρνηση της συμμετοχής σας δεν συνεπάγεται διακοπή της φροντίδας που λαμβάνεται από το Τμήμα.

Οφέλη και Κόστη της Συμμετοχής

Η συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή δεν συνοδεύεται από κάποια επιβάρυνση, πέραν της χρονικής, ενώ θα βοηθήσει σημαντικά στη μελέτη των νευροαναπτυξιακών διαταραχών και των διαταραχών προσωπικότητας αλλά και στην βελτίωση της διαγνωστικής διαδικασίας που εφαρμόζουμε.

Εμπιστευτικότητα και Διάχυση των Αποτελεσμάτων

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

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

Σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες για τη μελέτη μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επόπτρια της μελέτης κα Γιαννούλη Ελένη και στην διενεργούσα την μελέτη Ανθούλα Παπαϊακώβου (τηλέφωνο: 2107289198).

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ:

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

Αθήνα, ___ / ___ / 20 ___

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή συμμετέχοντος:

Όνοματεπώνυμο και Υπογραφή ερευνητή: