

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ  
ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 123 Τ.Κ. 115 27 – ΑΘΗΝΑ

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ**

**Ο ρόλος του πρώιμου τραύματος, της αναστοχαστικής λειτουργίας και της αλεξιθυμίας στην βαρύτητα των συμπτωμάτων της Οριακής Διαταραχής σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.**

**ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ ΖΗΚΟΥ**  
**ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ, 2024**

## ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μιχάλης Χατζούλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Πολυξένη Μαγγούλια, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και

Ψυχοφαρμακολογίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Αντωνία Πασχάλη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής,

ΕΚΠΑ

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

-----  
Ο/Η υποφαινόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

Ιφιγένεια Ζήκου

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	6
Εισαγωγή .....	9
1.1 Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και πρώιμο τραύμα .....	9
1.2 Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, Διανοητικοποίηση και Αλεξιθυμία .....	16
Μέθοδος.....	22
2.1 Συμμετέχοντες και Διαδικασία.....	22
2.2 Εργαλεία Χορήγησης.....	23
2.3 Στατιστική Ανάλυση .....	27
Αποτελέσματα.....	29
Συζήτηση .....	38
Περιορισμοί.....	47
Βιβλιογραφία.....	50

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Μιχάλη Χατζούλη, για την σταθερή παρουσία του και συνδρομή στην παρούσα εργασία. Η εμπειρία και οι γνώσεις του λειτούργησαν υποστηρικτικά στην εις βάθος κατανόηση των ασθενών και της διαδικασίας από πλευράς μου.

Επίσης, ευχαριστώ πολύ την κα. Ελένη Γιαννούλη για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την απεριόριστη καθοδήγηση της κατά την διάρκεια της συλλογής των δεδομένων. Η ηρεμία της συνέβαλε καταλυτικά σε μια άψογη συνεργασία.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους στο ψυχομετρικό εργαστήριο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, για την συμβολή τους τόσο στον αρχικό σχεδιασμό της έρευνας όσο και στην πραγμάτωση της εργασίας μου.

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ**

Ο ρόλος του πρώιμου τραύματος, της αναστοχαστικής λειτουργίας και της αλεξιθυμίας στην βαρύτητα των συμπτωμάτων της Οριακής Διαταραχής σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Ιφιγένεια Ζήκου

**Περίληψη**

**Εισαγωγή:** Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) αποτελεί σοβαρή ψυχιατρική διάγνωση που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, διάχυση ταυτότητας, χρόνια αισθήματα κενού, αποδυνδευτικά συμπτώματα και παρορμητικές συμπεριφορές και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής είναι πολύπλοκη και πολλές φορές περιλαμβάνει αλληλεπίδραση πρώιμων τραυματικών εμπειριών, δυσκολιών στον τρόπο σκέψης και της συναισθηματικής ρύθμισης.

**Σκοπός και Μέθοδος:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τις συσχετίσεις μεταξύ πρώιμου τραύματος, αλεξιθυμίας, αναστοχαστικής λειτουργίας/διανοητικοποίησης και της βαρύτητας των συμπτωμάτων της ΟΔΠ σε δείγμα 101 συμμετεχόντων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση των εργαλείων Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI), Early Trauma Inventory (ETI), Toronto Alexithymia Scale (TAS) και Reflective Functioning Questionnaire (RFQ).

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, μεταξύ των διαφόρων τύπων τραύματος, μόνο το τραύμα σεξουαλικής φύσης παρουσίασε σημαντική θετική συσχέτιση με την ένταση των συμπτωμάτων της ΟΔΠ, υποδεικνύοντας τη μοναδική του συμβολή στην επιδείνωση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας—ιδιαίτερα στη δυσκολία αναγνώρισης και περιγραφής συναισθημάτων—συσχετίστηκαν με αυξημένη ένταση των συμπτωμάτων της ΟΔΠ. Η αυξημένη αβεβαιότητα σχετικά με τις νοητικές καταστάσεις, ένας δείκτης μειωμένης αναστοχαστικής λειτουργίας, σχετίστηκε επίσης θετικά με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ.

**Συμπεράσματα:** Οι παρατηρούμενες συσχετίσεις μεταξύ της αλεξιθυμίας και της αναστοχαστικής λειτουργίας με την ΟΔΠ υπογραμμίζουν τη σημασία της συναισθηματικής επεξεργασίας και της ικανότητας νοηματοδότησης στην κατανόηση και τη θεραπεία της διαταραχής. Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στη διεύρυνση των γνώσεων σχετικά με την πολύπλοκη αλληλεπίδραση πρώιμου τραύματος, αλεξιθυμίας και αναστοχαστικής ικανότητας στην βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ.

*Λέξεις κλειδιά: Βαρύτητα Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας, Πρώιμο Τραύμα, Αναστοχαστική Λειτουργία, Αλεξιθυμία*

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS  
FACULTY OF NURSING  
POSTGRADUATE PROGRAMME  
SPECIALIZATION: Mental Health

**MASTER'S THESIS TITLE IN ENGLISH**

The role of early trauma, reflective functioning, and alexithymia in the severity of symptoms of Borderline Personality Disorder in patients with Borderline Personality Disorder.

**Abstract**

**Introduction:** Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe psychiatric diagnosis characterized by emotional instability, interpersonal problems, identity diffusion, chronic feelings of emptiness, dissociative symptoms, impulsive behaviors, and suicidal ideation. The etiology of the disorder is complex and often involves an interaction of early traumatic experiences, difficulties in cognitive processes, and emotional regulation.

**Purpose and Method:** The purpose of this study is to examine the correlations between early trauma, alexithymia, reflective functioning/mentalization, and the severity of BPD symptoms in a sample of 101 participants. Data were collected using the Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI), Early Trauma Inventory (ETI), Toronto Alexithymia Scale (TAS), and Reflective Functioning Questionnaire (RFQ).

**Results:** The results indicated that, among the various types of trauma, only sexual trauma showed a significant positive correlation with the severity of BPD symptoms, highlighting its unique contribution to the exacerbation of symptoms. Additionally, higher levels of alexithymia—particularly difficulties in recognizing and describing emotions—were associated with increased severity of BPD symptoms. Increased uncertainty regarding mental states, an indicator of reduced reflective functioning, was also positively related to the severity of BPD symptoms.

**Conclusions:** The observed correlations between alexithymia and reflective functioning with BPD underscore the importance of emotional processing and the ability to mentalize in understanding and treating the disorder. This study contributes to the expansion of knowledge regarding the complex interaction of early trauma, alexithymia, and reflective capacity in the severity of BPD symptoms.

**Keywords:** *Severity of Borderline Personality Disorder, Early Trauma, Reflective Functioning, Alexithymia*

### Εισαγωγή

#### **1. 1 Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και το πρώιμο τραύμα.**

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ), θεωρείται μία από τις πιο δύσκολες διαγνώσεις για θεραπεία, χαρακτηρίζεται από ένα διάχυτο πρότυπο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, από έντονο φόβο εγκατάλειψης, διάχυση ταυτότητας, χρόνια αισθήματα κενού, παρορμητικότητα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, τάσεις αυτοκτονίας, δυσκολία στον έλεγχο του θυμού και αποσυνδεδετικά συμπτώματα (APA,2013). Στον γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός της ΟΔΠ έχει καταδειχθεί ότι είναι από 0,7 έως 2,7 %, ο επιπολασμός της στα εξωτερικά ιατρεία ανέρχεται σε ένα 12% ενώ στις εσωτερικές ψυχιατρικές υπηρεσίες φτάνει στο 22%(Leichsenring et al., 2024).

.Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο επιπολασμός της ΟΔΠ στον γενικό πληθυσμό φτάνει στο 5,9% (Morandotti et al., 2018). Σύμφωνα με τον Lenzeweger, ο επιπολασμός της ΟΔ στο γενικό πληθυσμό φτάνει στο 1% με βάση τις έρευνες διεθνώς(Lenzenweger, 2010).Ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας στους ασθενείς με ΟΔΠ είναι υψηλός. Έως και 10% των ασθενών αυτοκτονούν(Luyten et al., 2020; Stepp et al., 2016). Η ΟΔΠ συνυπάρχει πολλές φορές με άλλες ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών διαταραχών, των διαταραχών χρήσης ουσιών, της διαταραχής μετατραυματικού στρες, της διπολικής διαταραχής, των διαταραχών πρόσληψης τροφής και άλλων διαταραχών προσωπικότητας. Υπάρχουν στοιχεία

που υποδηλώνουν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών παραγόντων και δυσμενών εμπειριών παιδικής ηλικίας, παίζει κεντρικό ρόλο στην αιτιολογία της ΟΔΠ (Fonagy & Leigh, n.d.)

Η οριακή παθολογία έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον πολλών ψυχοδυναμικών θεωρητικών καθώς αποτελεί μια δύσκολη ψυχιατρική δομή, που πολλές φορές χαρακτηρίζεται από δυσκολία διάκρισης από την νευρωσική δομή (Kernberg, 2007). Παρόλα αυτά, υπάρχουν μερικά τυπικά χαρακτηριστικά της οριακής παθολογίας που βοηθούν στην διαφοροδιάγνωση και θεραπεία. Κάποια από αυτά είναι το χρόνια διάχυτο άγχος, η διάχυση ταυτότητας, η έντονη παρορμητική συμπεριφορά και ο εθισμός, οι ασταθείς εικόνες εσωτερικευμένων αντικειμένων, η χρήση πρωτόγονων μηχανισμών άμυνας, όπως η σχάση και η προβλητική ταύτιση, το χρόνια αίσθημα κενού, χαρακτηριστικά τα οποία ο θεραπευτής αντιμετωπίζει συνεχώς κατά την διάρκεια της θεραπείας. Σχετικά με την θεραπεία τους, ο Kernberg (2007) δίνει έμφαση στο σταθερό και οριοθετημένο πλαίσιο αυτής, την παρατήρηση και προσοχή στους αμυντικούς μηχανισμούς σχάσης και την ανάλυση της μεταβίβασης στο εδώ και τώρα, βοηθώντας συνεχώς τον θεραπευόμενο να διατηρήσει την επαφή με την πραγματικότητα (Clarkin et al., 2007)

Σχετικά με την ψυχογένεση της οριακής παθολογίας, ο Kernberg (2014) αναφέρει ότι, οι ασθενείς αυτοί έχουν προσπεράσει ικανοποιητικά την συμβιωτική φάση κατά Mahler (Mahler et al, 1975), αλλά έχουν εγκλωβιστεί στο στάδιο του αποχωρισμού – εξατομίκευσης και πιο συγκεκριμένα στο στάδιο της επαναπροσέγγισης, κατά την οποία το παιδί τρομάζει και δυσφορεί με την απουσία του αντικειμένου-μητέρας. Ο αποχωρισμός σε αυτή την περίοδο βιώνεται ως καταστροφικός λόγω μιας έλλειψης σταθερότητας του αντικειμένου, και κυριαρχεί ο φόβος ότι θα εγκαταλειφθούν και το μητρικό αντικείμενο κατακερματιστεί. Η έλλειψη αυτής της σταθερής και κατευναστικής εσωτερικής αναπαράστασης της μητέρας σε περιόδους μοναξιάς, σε συνδυασμό με την αδυναμία ενοποίησης των καλών και των κακών πτυχών του αντικειμένου, δημιουργεί μη ανοχή στο άγχος του αποχωρισμού. Οποιαδήποτε δυσκολία βιώνεται είτε ως καταδιωκτική

επίθεση προερχόμενη εξωτερικά με σκοπό να καταστρέψει τον εαυτό, ενώ όταν επανενδοβάλλονται οι κακές αναπαραστάσεις, υπάρχει αυξημένη τάση για αυτοκτονικό ιδεασμό. Αυτός ο ιδιαίτερος αστερισμός συμπτωμάτων και καταστάσεων δυσχεραίνει την εσωτερική πραγματικότητα αυτών των ασθενών, καθώς, αν και υπάρχει έλεγχος της πραγματικότητας, βρίσκονται πάντοτε σε μια οριακή κατάσταση, σε μια αμφισβήτηση του εαυτού, του άλλου και της πραγματικότητας(Kernberg, 2014).

Θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι η οριακή οργάνωση προσωπικότητας, αποτελεί μία μετατραυματική λειτουργία, η οποία βασίζεται σε ένα πρώιμο τραύμα, το οποίο δεν μπορεί να αφομοιωθεί από τον ψυχισμό με αποτέλεσμα να επανεμφανίζεται διαρκώς. Οι οριακοί ασθενείς έχουν εκτεθεί πολύ πρώιμα σε τραυματικές συνθήκες κατά την κρίσιμη περίοδο δόμησης του ψυχισμού(Καραμανωλακη,2014). Το ψυχολογικό τραύμα, μπορεί να οριστεί ως η επίδραση που έχει ένα τραυματικό γεγονός στον ψυχισμό του ατόμου που το βίωσε. Ως τραυματικό, μπορεί να χαρακτηριστεί οποιοδήποτε γεγονός που βιώνεται ως απειλητικό για την ασφάλεια και τη σωματική του ακεραιότητα και προκαλεί συναισθήματα φόβου ή τρόμου καθώς και ανικανότητας(APA,13).

Το παιδικό τραύμα, είναι αυτό που λαμβάνει χώρα από την βρεφική ηλικία έως την συμπλήρωση των 18 ετών. Το τραύμα, κατά της ευρύτερη αναπτυξιακή περίοδο πριν την ενηλικίωση, είναι πιο πιθανό να έχει σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομο από οποιαδήποτε τραυματική εμπειρία όπου έλαβε χώρα μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης (Antonopoulou et al., 2017)). Στην οριακή παθολογία, το τραύμα είναι πολύ σημαντικό, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση ενός αρχαϊκού στοιχείου στην προσωπικότητα, δηλαδή τραυματικά στοιχεία που μπορεί να παραμένουν σιωπηλά και να έρχονται διαρκώς στο προσκήνιο( Καραμανωλάκη,2014). Τόσο η κλινική πρακτική όσο και η έρευνα υποδηλώνουν υψηλά ποσοστά πρώιμων αντιξοοτήτων, σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών με ΟΔ, με τους περισσότερους από αυτούς να έχουν ιστορικό τραύματος προσκόλλησης ή

επιπλεγμένου τραύματος(complex trauma). Ο όρος «επιπλεγμένο τραύμα», έχει προταθεί για να συμπυκνώσει την εμπειρία πολλαπλών, χρόνιων και παρατεταμένων, δυσμενών τραυματικών συμβάντων, με την πλειονότητα των περιστατικών να έχουν διαπροσωπική φύση, με χαρακτηριστικό την πρόωμη έναρξη δηλαδή τα συμβάντα να έχουν λάβει χώρα κατά τη διάρκεια κρίσιμων αναπτυξιακών περιόδων(Ford, 2010). Πιο συγκεκριμένα, το επιπλεγμένο τραύμα έχει προταθεί ότι παίζει βασικό ρόλο στην χαρακτηριστική διάχυση ταυτότητας των ασθενών με ΟΔΠ.(De Aquino Ferreira et al., 2018; Stepp et al., 2016, p. 201).Τα ποσοστά του σύνθετου τραύματος στην ΟΔΠ ανέρχονται στο 90%, και οι ασθενείς με ΟΔΠ τείνουν να αναφέρουν σταθερά υψηλότερα ποσοστά τραύματος σε σύγκριση με ασθενείς που πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη(Brakemeier et al., 2018).

Όταν υπάρχουν τραύματα αποχωρισμού, μη εμπαιθητική μητέρα ή κατάρρευση της μητρικής λειτουργίας, τότε ενδέχεται να δομηθεί η οριακή οργάνωση προσωπικότητας με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία σε σταθερές, λειτουργικές σχέσεις και ελλείψεις στη δημιουργικότητα του ατόμου. Το άτομο παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία να αναπτύξει δημιουργικές δραστηριότητες και δυσφορεί σε συνθήκες που δημιουργούν έντονα συναισθήματα, διότι χαρακτηρίζεται από αδυναμία ρύθμισης του συναισθήματός του. Το τραύμα μπορεί να παραμένει ενεργό ακόμα κι αν δεν έχουν βιωθεί μεταγενέστερα τραύματα.Οι οριακοί και ναρκισσιστικοί ασθενείς υποφέρουν από έντονη οδύνη και απόγνωση εξαιτίας των αρχαϊκών τραυμάτων που τους έχουν συμβεί. Είναι ασθενείς που έχουν έλλειμμα στο να αναπαραστήσουν και να απωθήσουν τις τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες όμως παραμένουν στον ψυχισμό τους ως ξένα σώματα (Κοκκώση,2014).

Οι δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας-συμπεριλαμβανομένης της σωματικής,σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης/παραμέλησης σχετίζονται σημαντικά

με την εμφάνιση Οριακής Διαταραχής προσωπικότητας(Laporte et al., 2011; Stepp et al., 2016). Ένας ικανοποιητικός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η έκθεση του ατόμου σε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται με διάφορα συμπτώματα της οριακής παθολογίας (Bierer et al., 2003; Brière et al., 2014; Godbout et al., 2019; MacIntosh et al., 2015; Yuan et al., 2023).

Στην παλιότερη έρευνα της Zanarini και των συνεργατών της, σε 467 ψυχιατρικούς ασθενείς με διάγνωση ΟΔΠ φάνηκε πως το 91% εξ αυτών είχε ιστορικό παιδικής κακοποίησης και το 92% ανέφερε εμπειρίες παραμέλησης. Επιπροσθέτως, οι αναφορές παιδικής κακοποίησης ήταν συχνότερες στα άτομα με διάγνωση ΟΔΠ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που αποτελούνταν από υγιείς μάρτυρες (Zanarini & Frankenburg, 1997).

Ο τραυματικός αποχωρισμός από έναν ή και από τους δύο γονείς ή η απώλεια των γονεϊκών μορφών κατά της παιδική ηλικία, είναι παράγοντες που είναι παρόντες σχεδόν στο 20-40% των ασθενών με ΟΔΠ(Alafia & Manjula, 2020). Ορισμένες έρευνες αναφέρουν ότι η σεξουαλική, η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση συνδέονται με τα συμπτώματα της ΟΔΠ(Lobbestael et al., 2010; McFetridge et al., 2015). Άλλη έρευνα που διενεργήθηκε στην Κίνα αναφορικά με τον ρόλο του παιδικού τραύματος στις διαταραχές προσωπικότητας, κατέδειξε πως η συναισθηματική κακοποίηση ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της οριακής διαταραχής προσωπικότητας σε σύγκριση με άλλες μορφές κακοποίησης ή παραμέλησης(Zhang et al., 2015).

Στην μελέτη του Hengartner και των συνεργατών του (2013), διερευνήθηκαν οι σχέσεις του παιδικού τραύματος και της ΟΔΠ σε ένα δείγμα 512 γυναικών από την κοινότητα Ζυρίχης. Η διμεταβλητές αναλύσεις έδειξαν ότι όλοι οι τύποι της παιδικής κακοποίησης ( σεξουαλικής, σωματικής, συναισθηματικής και παραμέλησης) εξηγούσαν ένα μεγάλο ποσοστό της διακύμανσης των συμπτωμάτων της ΟΔΠ(27.8%, όπου θεωρείται μεγάλη επίδραση) και η πολυπαραγοντική

ανάλυση παλινδρόμησης κατέδειξε ότι η σεξουαλική κακοποίηση δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα σε σχέση με τους υπόλοιπους τύπους παιδικού τραύματος (Hengartner et al., 2013). Από το άλλη πλευρά, ο Sansone και οι συνεργάτες του (2011), μελέτησαν συσχετίσεις ανάμεσα στις πέντε μορφές παιδικού τραύματος σε ένα δείγμα 250 καρδιοπαθών. Παρόλο που όλες οι μορφές παιδικού τραύματος σχετίστηκαν θετικά με τα συμπτώματα της ΟΔΠ, η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης κατέδειξε ότι η σεξουαλική κακοποίηση παρέμενε ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας της ΟΔΠ, ελέγχοντας τους υπόλοιπους τύπους παιδικού τραύματος (Sansone et al., 2011). Με βάση την συστηματική ανασκόπηση του Yuan και των συνεργατών του, όπου μελέτησαν τις συσχετίσεις των διάφορων μορφών παιδικού τραύματος με την ΟΔΠ, η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία είναι ο πιο συχνός παράγοντας που έχει σχετιστεί με την ΟΔΠ. (Yuan et al., 2023).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι αρκετές έρευνες, υπογραμμίζουν μια ανάλογη συσχέτιση της σοβαρότητας της παιδικής κακοποίησης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής, δηλαδή όσο πιο σοβαρή, χρόνια και επαναλαμβανόμενη ήταν μία τραυματική εμπειρία τόσο πιο χαμηλή είναι η λειτουργικότητα στην ενήλικη ζωή (Bierer et al., 2003; Ford, 2010). Από την άλλη μεριά, υπάρχουν αρκετές επιφυλάξεις που προειδοποιούν κατά αυτής της απλής ερμηνείας του σώματος της βιβλιογραφίας που προτείνει το τραύμα ως αιτιολογικό παράγοντα της ΟΔΠ. Πρώτον, παρά τα υψηλά παρατηρούμενα ποσοστά τραύματος στην ΟΔΠ, δεν έχουν όλοι οι ασθενείς ιστορικό πρώιμων ανεπιθύμητων εμπειριών.

Με βάση αυτά τα αποτελέσματα και το γεγονός ότι δεν έχει μελετηθεί η συσχέτιση του πρώιμου τραύματος σε σχέση με την ένταση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας στην Ελλάδα, καθιστά την παρούσα μελέτη χρήσιμη για την διερεύνηση αυτών των συσχετίσεων. Ταυτόχρονα, τα αντιφατικά αυτά αποτελέσματα στη συσχέτιση του παιδικού τραύματος και της έντασης των συμπτωμάτων οριακής διαταραχής προσωπικότητας, καταδεικνύουν αναγκαία την

μελέτη επιπρόσθετων παραγόντων που μπορεί να λειτουργούν συμπληρωματικά στην πρόβλεψη της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

## **1.2 Οριακή διαταραχή προσωπικότητας, Διανοητικοποίηση και Αλεξιθυμία.**

Έχει προταθεί ότι πολλοί ασθενείς με Διαταραχές Προσωπικότητας εμφανίζουν βασικά ελλείματα στην διανοητικοποίηση και στην μετα-γνώση, δύο διεργασίες που σχετίζονται στενά με την ικανότητα του να αναγνωρίζει και να σκέφτεται κανείς τις δικές του εσωτερικές σκέψεις και συναισθήματα(Nicolò et al., 2011). Η αναστοχαστική λειτουργία, όπου στην βιβλιογραφία απαντάται πολλές φορές και με τον όρο Mentalization, δηλαδή νοητικοποίηση ή διανοητικοποίηση, ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να ερμηνεύει-είτε εσωτερικά είτε ρητά-τις συμπεριφορές του ιδίου αλλά και των άλλων ως εκφράσεις ψυχικών καταστάσεων όπως είναι τα συναισθήματα, οι φαντασιώσεις, οι πεποιθήσεις και οι επιθυμίες(Antonsen et al., 2016).Πιο συγκεκριμένα, η διεργασία της διανοητικοποίησης επιτρέπει στη συμπεριφορά του ατόμου είτε των άλλων να γίνει προβλέψιμη καθώς γίνεται αντιληπτή ως ουσιώδης, αφού βασίζεται σε εσωτερικές, ψυχικές και νοητικές διεργασίες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η νοητικοποίηση αποτελεί μία έννοια-ομπρέλα η οποία ενσωματώνει διαφορετικές διαστάσεις, όπως είναι η συναισθηματική επίγνωση και η γνωστική προοπτική(Luyten et al., 2020; Schwarzer et al., 2021). Ο αναστοχασμός του εαυτού (« Τί νιώθω τώρα και πώς αυτό επηρεάζει τη

συμπεριφορά μου») και ο διαπροσωπικός αναστοχασμός («Τί νιώθει ο άλλος και πως αυτό επηρεάζει την δική του συμπεριφορά;») αποτελεί ικανότητα που οργανώνει τις κοινωνικές συναλλαγές και δημιουργεί αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων(Fonagy et al., 2015; Fonagy & Leigh, n.d., p. 201). Τα ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία έχουν σχετιστεί με πληθώρα διαταραχών, όπως ο αυτισμός, η κατάθλιψη, η ψύχωση, PTSD, διαταραχές πρόσληψης της τροφής, κατάχρηση ουσιών και αντικοινωνική διαταραχή. Ωστόσο, η παραδειγματική διαταραχή που έχει σχετιστεί με τα ελλείματα στην αναστοχαστική λειτουργία, είναι η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Katznelson, 2014).

Ο Fonagy και οι συνεργάτες του ορίζουν την ΟΔΠ ως μια διαταραχή που οργανώνεται γύρω από μία ρευστή ικανότητα νοητικοποίησης η οποία χαρακτηρίζεται από την επικράτηση ανώριμου και πρώιμου τρόπου σκέψης, δηλαδή στην ισοδυναμία ανάμεσα στο φαίνεσθαι και στο είναι, την αποσύνδεση των νοητικών και ψυχικών καταστάσεων από την εξωτερική πραγματικότητα και την επανεμφάνιση ενός τρόπου σκέψης που βασίζεται μόνο στα γεγονότα της εξωτερικής πραγματικότητας(Fonagy & Leigh, n.d.). Η σκέψη του ασθενούς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας πολλές φορές χαρακτηρίζεται από ελλιπή νοητικοποίηση των συναισθημάτων και αναστοχαστική λειτουργία και έχει ονοματιστεί και ως *concrete σκέψη*, δηλαδή είναι μονοδιάστατη, χωρίς ψυχικές συνδέσεις και συνειρμούς, είναι «μη ψυχολογική σκέψη»(Καράμπελα 2021). Η παιδική κακομεταχείριση, έχει θεωρηθεί ότι προκαλεί αναστολή της ικανότητας για νοητικοποίηση, αναστολή που αποτελεί μέσο άμυνας του ατόμου προκειμένου να προστατευθεί από την επεξεργασία κακόβουλων πράξεων μιας κακοποιητικής ή παραμελητικής φιγούρας. Επιπροσθέτως, η αποδιοργανωμένη προσκόλληση μπορεί να οδηγήσει σε υπερευαισθησία στις νοητικές καταστάσεις, ωθώντας το άτομο να βιάζεται να μαντέψει τα αισθήματα και τις σκέψεις των γύρω του, προκειμένου να αποφύγει έναν επερχόμενο πόνο. Σε αυτή τη περίπτωση, λαμβάνει χώρα η υπερ-νοητικοποίηση ή υπερδραστήρια νοητικοποίηση, όπου

η νοητικοποίηση διαστρεβλώνεται με την ψευδογνώση.(Fonagy & Leigh, n.d.) Η ΟΔΠ έχει συνδεθεί με την ανασφαλή προσκόλληση μητέρας-βρέφους καθώς και με το ανεπεξέργαστο τραύμα (Fischer-Kern et al., 2010).

Με βάση τα παραπάνω, το έλλειμμα της ικανότητας για νοητικοποίηση, έχει προταθεί ότι αντιπροσωπεύει έναν πυρηνικό μηχανισμό στις διαταραχές προσωπικότητας και ειδικά στην ΟΔΠ. Η δυσλειτουργία των διαπροσωπικών σχέσεων και η δυσκολία στην ρύθμιση των συναισθημάτων, αποτελεί βασικό σύμπτωμα της ΟΔΠ και έχει σχετιστεί με τα ελλείματα στην αναστοχαστική λειτουργία ή διανοητικοποίηση(Schwarzer et al., 2021; Volkert et al., 2024).

Παλιότερες έρευνες έχουν δείξει ότι η ΟΔΠ σχετίστηκε με χαμηλές βαθμολογίες στην αναστοχαστική λειτουργία σε δείγμα νοσοκομειακών ασθενών(Fonagy et al., n.d.). Εμπειρική έρευνα των Fischer-Kern, όπου διενεργήθηκε σε 92 γυναίκες με ΟΔΠ έχουν καταδείξει ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ διαφοροποιούνταν σημαντικά σε σχέση με άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς στο βαθμό της αναστοχαστικής λειτουργίας, με τους πρώτους να εμφανίζουν σημαντικά πιο χαμηλές βαθμολογίες σε σχέση τις ομάδες ελέγχου, όπου η μία αποτελούσε ομάδα με άλλες διαταραχές ενώ η άλλη ήταν ομάδα από τον γενικό πληθυσμό(Fischer-Kern et al., 2010).

Η ικανότητα νοητικοποίησης θεωρείται ότι λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για τα άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραυματικές εμπειρίες ή κακοποίηση και έχει φανεί ότι σχετίζεται με καλύτερη ρύθμιση του συναισθήματος και διαπροσωπική λειτουργία(Chiesa & Fonagy, 2014). Αυτό καταδεικνύεται από μία έρευνα αναφορικά με την συσχέτιση της κακοποίησης και της αναστοχαστικής λειτουργίας σε ψυχιατρικούς ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, όπου φάνηκε πως όσοι είχαν ιστορικό κακοποίησης και χαμηλές βαθμολογίες στην αναστοχαστική λειτουργία, ήταν πιο πιθανό να διαγνωστούν με ΟΔΠ, από εκείνους που είχαν κακοποιηθεί αλλά είχαν υψηλά σκορ αναστοχαστικής λειτουργίας(Fischer-Kern et al., 2010).

Στην πιο πρόσφατη μελέτη της Bezerra και των συνεργατών της, όπου μελετήθηκε η συσχέτιση της αναστοχαστικής λειτουργίας και της λειτουργικότητας σε ασθενείς με ΟΔΠ, φάνηκε πως η λειτουργικότητα συσχετίστηκε αρνητικά με την χαμηλή αναστοχαστική λειτουργία και με τους νευρωτικούς αμυντικούς μηχανισμούς.(Bezerra et al., 2021) Από την άλλη πλευρά, άλλα ευρήματα έχουν καταδείξει ότι η αναστοχαστική λειτουργία δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της έντασης των συμπτωμάτων της ΟΔΠ, αλλά πως η χαμηλή αναστοχαστική λειτουργία είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της λειτουργικότητας του ασθενή ενώ η υψηλή αναστοχαστική λειτουργία έχει σχετιστεί με καλύτερη πρόγνωση στη θεραπεία (Antonsen, 2016).

Οι έρευνες δείχνουν σταθερά ότι ο τρόπος επεξεργασίας των συναισθημάτων και αντιμετώπισης των συναισθηματικών ενδείξεων, έχει εκτεταμένη επίδραση την πολύπλοκη αιτιολογία των ψυχικών ασθενειών(Barberis et al., 2023; Peña-Sarrionandia et al., 2015). Οι διαστάσεις που σχετίζονται με το συναίσθημα, όπως η αναγνώριση των συναισθημάτων και η ενσυναίσθηση, συνήθως συνδέονται με την αναστοχαστική λειτουργία(Calaresi & Barberis, 2019). Επομένως, θα ήταν χρήσιμο να ερευνηθεί η συσχέτιση της αναστοχαστικής λειτουργίας και στον τομέα του συναισθήματος. Μεταξύ όλων των δομών που σχετίζονται με τα συναισθήματα, η Αλεξιθυμία μπορεί να συμπυκνώσει την αδυναμία αναγνώρισης των συναισθημάτων του εαυτού και των άλλων.(Karaca Dinç et al., 2021). Οι αλεξιθυμικοί άνθρωποι έχουν μια πρωτοφανή δυσκολία στην αναγνώριση και τον διαχωρισμό των συναισθημάτων τους, καθώς επίσης και στην αξιολόγηση των σωματικών τους εκδηλώσεων(Šago & Babić, 2019). Συνήθως υπολείπονται στην έκφραση των συναισθημάτων τους και συχνά παρερμηνεύουν τη σωματική έκφραση του συναισθήματος ως σωματική έκφραση ασθενειών. Η έλλειψη φαντασιωσικής ικανοποίησης, ονειροπόλησης και της εξωτερικά προσανατολισμένης σκέψης αποτελούν άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά της Αλεξιθυμίας(Loas et al., 2012). Δηλαδή, η σκέψη των αλεξιθυμικών ατόμων

είναι εξωτερικά προσανατολισμένη και «μηχανιστική», χωρίς συναισθηματικές δονήσεις, η ζωή βιώνεται σαν ένα συνοθύλευμα εμπειριών των υλικών πραγμάτων, βάσει πολύ ρεαλιστικών και λογικών σκέψεων που συχνά αποκλείουν συναισθηματικές απαντήσεις. (Aust et al., 2013)

Εάν η ΟΔΠ αποτελεί και ως ένα βαθμό διαταραχή της αναστοχαστικής λειτουργίας και της συναισθηματικής ρύθμισης, τότε αναμένεται τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ΟΔΠ να έχουν υψηλά επίπεδα Αλεξιθυμίας. Ωστόσο στην έρευνα των Loas και των συνεργατών του οι ασθενείς με ΟΔΠ βρέθηκαν ως περισσότερο αλεξιθυμικοί από την ομάδα ελέγχου αλλά αυτή η διαφορά εξηγήθηκε από τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους που χαρακτηρίζουν τους οριακούς ασθενείς (Loas et al., 2012). Στην έρευνα της Sleuwaegen, η αλεξιθυμία βρέθηκε να προβλέπει στον αυτοτραυματισμό στους ασθενείς με ΟΔΠ και πιο συγκεκριμένα, η δυσκολία περιγραφής των συναισθημάτων φαίνεται να οδηγεί στον αυτοτραυματισμό, ανεξάρτητα από το αν ο ασθενής έπασχε και από συννοσηρό μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο (Sleuwaegen et al., 2017).

Από το άλλο μέρος, η μελέτη του Nicolò και των συνεργατών του, όπου διερεύνησε τη σχέση της αλεξιθυμίας και των διαταραχών προσωπικότητας σε ένα δείγμα 388 ατόμων, κατέδειξε διαφορετικά αποτελέσματα. Το δείγμα, με βάση το ερωτηματολόγιο TAS-20 για την μέτρηση της αλεξιθυμίας, χωρίστηκε σε τρεις ομάδες (υψηλής αλεξιθυμίας, μέτριας αλεξιθυμίας, μηδενικής αλεξιθυμίας) και στη συνέχεια συγκρίθηκαν αναφορικά με τα κριτήρια που πληρούσαν για τις διαταραχές προσωπικότητας στο SCID-II. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες αναφορικά με το Cluster B των διαταραχών προσωπικότητας στο οποίο ανήκει η ΟΔΠ (Nicolò et al., 2011).

Έτσι, αν και η σχέση ανάμεσα στην ΟΔΠ και στη Αλεξιθυμία είναι αμφιλεγόμενη, η Αλεξιθυμία ως έλλειμα της διεργασίας νοητικοποίησης των συναισθημάτων, θα μπορούσε να θεωρηθεί και εκείνη ως ένα κύριο σύμπτωμα των ατόμων με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

### Σκοπός

Με βάση όλα τα παραπάνω, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τις συσχετίσεις μεταξύ πρώιμου τραύματος, αλεξιθυμίας, αναστοχαστικής λειτουργίας/διανοητικοποίησης και της βαρύτητας των συμπτωμάτων της ΟΔΠ σε δείγμα 101 συμμετεχόντων με διάγνωση ΟΔΠ και υποουδικά συμπτώματα(4 από 5 κριτήρια κατά DSM-IV). Ο στόχος είναι να προσδιοριστεί πώς αυτές οι μεταβλητές αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στην βαρύτητα της ΟΔΠ, ώστε να υπάρξει εμπάθυνση της κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν την διαταραχή και παρέχουν τη βάση για πιο στοχευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Μέχρι τώρα και εξ όσων γνωρίζουμε δεν έχουν μελετηθεί ταυτόχρονα αυτές οι μεταβλητές σε ασθενείς με ΟΔΠ.

### Ερευνητικά ερωτήματα/ Επιμέρους στόχοι

Η κεντρική ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης είναι η εξής: Το πρώιμο τραύμα, η αλεξιθυμία και οι διαστάσεις της και η ικανότητα αναστοχαστικής λειτουργίας, σχετίζονται σημαντικά με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Πιο συγκεκριμένα, αναμένεται συσχέτιση θετικής κατεύθυνσης του πρώιμου τραύματος με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής ( Υπόθεση 1). Αναμένεται συσχέτιση ανάμεσα στην αλεξιθυμία και το πρώιμο τραύμα και την βαρύτητα των συμπτωμάτων οριακής διαταραχής (Υπόθεση 2). Επιπροσθέτως, αναμένεται πως η χαμηλή αναστοχαστική ικανότητα δηλαδή η αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες να σχετίζεται θετικά με την αλεξιθυμία, το πρώιμο τραύμα και την βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής(Υπόθεση 3). Τέλος, αναμένεται να υπάρχουν διαφορές στην βαρύτητα των οριακών συμπτωμάτων, στα

επίπεδα αλεξιθυμίας και στην αναστοχαστική ικανότητα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες (Υπόθεση 4).

## 2. ΜΕΘΟΔΟΣ

### 2.1 Συμμετέχοντες και διαδικασία

Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης μελέτης είναι συγχρονικός. Το δείγμα της έρευνας (N=101) αποτελείται από ασθενείς του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, που έχουν προσέλθει στο εργαστήριο ψυχομετρίας και νευροψυχολογίας, ηλικίας 18 έως 50 ετών (Μ.Ο=29), που έχουν λάβει ως κύρια Διάγνωση Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας κατά DSM-5 (ουδική ή υποουδική, δηλαδή μείον ένα κριτήριο για την διάγνωση), από το 2019 έως και σήμερα, επιθυμούν να συμμετάσχουν στην μελέτη και παρέχουν την ενήμερη, έγγραφη συγκατάθεσή τους. Η συγκεκριμένη μελέτη, βρίσκεται κάτω από την αιγίδα μεγάλης πολυκεντρικής μελέτης αναφορικά με ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και έχει λάβει έγκριση από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Η ερευνήτρια καταχώρησε δεδομένα από φακέλους προηγούμενων ετών αλλά και αξιολόγησε ασθενείς που προσέρχονταν στο Αιγινήτειο από τον Φεβρουάριο του 2024 έως και τον Ιούλιο του 2024.

Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για την ένταξή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα που διενεργείται στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και συγκεκριμένα στη Μονάδα διαταραχών προσωπικότητας. Ο έλεγχος για την ένταξη στην μελέτη ως προς την διάγνωση έγινε με την Διαγνωστική Συνέντευξη για τις Διαταραχές προσωπικότητας (SCID-5 PD).

Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη είναι η Διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής (με εξαίρεση της βραχείας ψυχωτικής διαταραχής όπως περιγράφεται στο κριτήριο (9) του DSM-IV για την διάγνωση της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας), η Διάγνωση Διπολικής Διαταραχής

τύπου I, η Διάγνωση Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας, η Σοβαρή εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ, η Παρουσία οργανικής εγκεφαλικής νόσου, IQ<80 και Αδυναμία ανάγνωσης, ομιλίας ή γραφής της ελληνικής γλώσσας.

## **2.2 Εργαλεία Χορήγησης**

**2.2.1 Δημογραφικά δεδομένα:** Φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο.

**2.2.2 Scid 5 – PD :** Ημιδομημένη συνέντευξη προσωπικότητας για τις διαταραχές προσωπικότητας κατά DSM 5 (First et al., 2016) Η Κλινική Συνέντευξη για τις Διαταραχές Προσωπικότητας του DSM-5(SCID-5-PD) είναι μια ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη για την αξιολόγηση των 10 Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5 που περιλαμβάνονται στις Ομάδες Α, Β, και Γ, καθώς και της Άλλης Προσδιοριζόμενης Διαταραχής Προσωπικότητας. Η Συνέντευξη SCID-5-PD μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να γίνουν διαγνώσεις Διαταραχών Προσωπικότητας, είτε κατηγορικά (παρούσες ή απύσες) είτε διαστατικά. Περιλαμβάνει το Ανιχνευτικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης για το DSM-5 (SCID-5-SPQ), ένα εύχρηστο ανιχνευτικό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για ασθενείς ή για τον γενικό πληθυσμό. Έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από την Άννα Κοκκέβη,2017.

**2.2.3 BPDSI-IV:** Ο δείκτης Βαρύτητας Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι μια ημιδομημένη συνέντευξη, βασισμένη στα κριτήρια του DMS-IV για την ΟΔΠ και αναδεικνύει έναν ποσοτικό δείκτη της τρέχουσας σοβαρότητας και συχνότητας των εκδηλώσεων της διαταραχής αυτής. Η συνέντευξη καλύπτει μια περίοδο τριών μηνών και επίσης χρησιμοποιείται

και ως μέτρο της έκβασης της θεραπείας. Η BPDSI-IV αποτελείται από 70 στοιχεία, χωρισμένα μεταξύ 9 κριτηρίων, με την ίδια σειρά όπως στο DSM-IV. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε μια 10-βαθμη κλίμακα, από το 0 (ποτέ) έως το 10 (καθημερινά). Η διαταραχή της ταυτότητας (3) αποτελεί εξαίρεση, καθώς αφορά μια σταθερή αίσθηση του εαυτού μέσα στο χρόνο, παρά ένα σύμπτωμα που μπορεί να ποσοτικοποιηθεί. Επομένως, οι ερωτήσεις της διαταραχής ταυτότητας βαθμολογούνται με μια κλίμακα από το 0 (απουσία ένδειξης διαταραχής ταυτότητας) μέχρι το 4 (κυρίαρχο, ξεκάθαρο και καλά καθορισμένο ότι δε γνωρίζει ποιος/α είναι). Έπειτα, το μέσο σκορ πολλαπλασιάζεται με το 2.5. Το γενικό σκορ είναι το σύνολο των μέσων όρων των 9 κριτηρίων (εύρος: 0-90). Ο δείκτης, αλλά και τα κριτήρια ξεχωριστά, παρουσιάζουν επαρκή αξιοπιστία, όπως και ικανοποιητική εγκυρότητα απόκλισης, συντρέχουσα και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής για παρόμοιες ομάδες ασθενών και για μη κλινικές ομάδες ελέγχου (Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2010). Στην συγκεκριμένη εργασία, ο δείκτης αξιοπιστίας της συνολικής κλίμακας κρίθηκε ικανοποιητικός, καθώς  $\alpha = 0.9$ . Οι βαθμολογίες του BPDSI (Δείκτης Σοβαρότητας Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας) μπορούν συνήθως να κατηγοριοποιηθούν ώστε να αντικατοπτρίζουν τα επίπεδα σοβαρότητας — χαμηλή, μεσαία ή υψηλή — με βάση τη συνολική βαθμολογία ή τις υποκλίμακες

1. **Χαμηλή Σοβαρότητα:** Συνολικές βαθμολογίες BPDSI συνήθως κάτω από 15-20.
2. **Μεσαία Σοβαρότητα:** Βαθμολογίες BPDSI περίπου από 20-35, που δείχνουν μέτρια συμπτώματα και επίδραση.
3. **Υψηλή Σοβαρότητα:** Βαθμολογίες BPDSI πάνω από 35, που υποδηλώνουν σοβαρή επιδείνωση και συμπτώματα.

#### **2.2.4 Ερωτηματολόγιο της Αλεξιθυμίας (Toronto Alexithymia Scale TAS-20):**

Αποτελείται από μία κλίμακα Likert (5=συμφωνώ απόλυτα έως 1=διαφωνώ απόλυτα) σε σύνολο 20 ερωτήσεων. Περιλαμβάνει 3 υπό-κλίμακες (δυσκολία περιγραφής συναισθημάτων- 5 ερωτήσεις, δυσκολία προσδιορισμού συναισθημάτων- 7 ερωτήσεις και δυσκολία κατανόησης συναισθημάτων- 8 ερωτήσεις). Υπάρχουν 5 ερωτήσεις που έχουν αρνητική απάντηση όπου οι απαντήσεις τους αντιστράφηκαν. Με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προσδιορίζεται κατά πόσο οι συμμετέχοντες δυσκολεύονται να προσδιορίσουν και να περιγράψουν λεκτικά τα συναισθήματά τους, ώστε να παρουσιάζουν πρόβλημα στις προσωπικές και κοινωνικές τους σχέσεις. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το σύνολο του αθροίσματος των απαντήσεων. Αν η τελική βαθμολογία είναι  $\leq 51$  θεωρείται μη αλεξιθυμία, ενώ αν η βαθμολογία είναι  $\geq 61$ , τότε υποδηλώνει αλεξιθυμία. Η βαθμολογία μεταξύ 52-60 αποτελεί πιθανή αλεξιθυμία.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, ο έλεγχος με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach alpha έδειξε πως η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τη συνολική κλίμακα Αλεξιθυμίας του Τορόντο κυμάνθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο καθώς  $\alpha = 0,844$ , για τον επιμέρους παράγοντα δυσκολίας αναγνώρισης των συναισθημάτων  $\alpha = 0,769$  και για τον παράγοντα δυσκολίας περιγραφής των συναισθημάτων  $\alpha = 0,787$ . Ωστόσο, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας δεν βρέθηκε να είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο για την τρίτη υποκλίμακα, που μετρά την εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη, καθώς  $\alpha = 0,59$ .

## **2.2.4 Ερωτηματολόγιο της αναστοχαστικής λειτουργικότητας (Reflecting Functioning**

### **Questionnaire: RFQ**

Για την εκτίμηση της αναστοχαστικής λειτουργίας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Reflective Functioning Questionnaire (RFQ:Fonagy et al., 2016). Το RFQ αξιολογεί την ικανότητα του ατόμου για κατανόηση και νοηματοδότηση της συμπεριφορά του και της συμπεριφοράς των άλλων βάσει των συναισθημάτων, των σκέψεων και των κινήτρων του/τους. Το RFQ συνιστά ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς (self-report) και αποτελείται από οκτώ (8) ερωτήσεις τύπου Likert με διαβάθμιση από 1 (Διαφωνώ απόλυτα) έως 7 (Συμφωνώ απόλυτα). Το RFQ συνίσταται από δύο παράγοντες: Βεβαιότητα (Certainty-RFQc) για την ψυχική κατάσταση εαυτού και άλλων και Αβεβαιότητα (Uncertainty-RFQu) για την ψυχική κατάσταση εαυτού και άλλων. Ακραίες βαθμολογίες στις υποκλίμακες RFQc και RFQu υποδεικνύουν ελλείμματα στην εν-νόηση είτε λόγω της υπερενεργοποίησης της αναστοχαστικής λειτουργίας (hypermentalizing), είτε λόγω υπολειτουργίας της (hypo-mentalizing) αντίστοιχα.

## **2.2.5 Early Trauma Inventory-Self-Report-Short Form**

Για την διερεύνηση του πρώιμου τραύματος, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory-Self-Report-Short-Form, ETI-SR-SF) των Bremner, Bolus και Mayer (2007), μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά από τους Αντωνοπούλου και συν. (2017). Η σύντομη αυτή εκδοχή αποτελεί κλίμακα με υψηλή εγκυρότητα. Αποτελείται από 27 ερωτήσεις κατανεμημένες σε τέσσερις υποκλίμακες διαφορετικών τύπων τραυματικών εμπειριών. Πρόκειται για την υποκλίμακα ποικίλης αιτιολογίας ή γενικό τραύμα( 11 ερωτήσεις), τη σωματικής τιμωρίας (5 ερωτήσεις), τη συναισθηματικής κακοποίησης (5 ερωτήσεις) και τη σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης (6 ερωτήσεις). Για κάθε μια έχει υπολογιστεί ένας δείκτης που προκύπτει από το άθροισμα των τραυματικών συμβάντων, καθώς

και ένας συνολικός δείκτης τραύματος, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. Σύμφωνα με τους Bremner et al. (2007), εναλλακτικοί τρόποι βαθμολόγησης, όπως ο συνυπολογισμός της σοβαρότητας και της συχνότητας του τραυματικού συμβάντος ή ο τότε συναισθηματικός αντίκτυπος δεν προσθέτουν στην εγκυρότητα του εργαλείου. Τέλος, ζητείται το άτομο να επιλέξει την εμπειρία με το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή του και να απαντήσει σε δύο σχετικά ερωτήματα.

### 2.3 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 28 (Statistical Package for the Social Sciences-SPSS) και το Jamovi(The jamovi project (2024). jamovi (Version 2.5). Πριν από οποιαδήποτε ανάλυση έγινε έλεγχος των δεδομένων σχετικά με την κανονικότητα των κατανομών των μεταβλητών και των ελλειπόντων τιμών. Αναφορικά με τον έλεγχο κανονικότητας, ελήφθη υπόψη ο στατιστικός έλεγχος Kolmogorov-Smirnov καθώς  $N=101$ . Όλες οι μεταβλητές, δηλαδή το τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας, η Σωματική κακοποίηση, η Σεξουαλική κακοποίηση, η Συναισθηματική κακοποίηση, η Αλεξιθυμία, η Αναστοχαστική λειτουργία και οι επιμέρους διαστάσεις της και η Βαρύτητα συμπτωμάτων Οριακής Διαταραχής, βρέθηκαν ότι ακολουθούν την κανονική κατανομή καθώς  $p > 0.05$ . Με βάση αυτό το δεδομένο ακολούθησαν παραμετρικοί έλεγχοι στατιστικών υποθέσεων. Σχετικά με τις ελλείπουσες τιμές, σε όσα ερωτηματολόγια έλειπαν πολλές τιμές αφαιρέθηκαν από το δείγμα. Έπειτα αναλύθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του δείγματος. Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης

Cronbach's  $\alpha$ , τιμές  $> 0,7$  θεωρούνται ικανοποιητικές. Στην συνέχεια αναλύθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος.

Σχετικά με τις ενδοσυσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές υπολογίστηκαν οι συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συνάφειας Pearson, όπου όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι περίπου 0,1, δείχνει ασθενή συσχέτιση των μεταβλητών, όταν είναι περίπου 0,3 δείχνει μέτρια συσχέτιση και όταν είναι περίπου 0,5 (ή και μεγαλύτερος) δείχνει ισχυρή συσχέτιση (Cohen, 1992). Στη συνέχεια, εκτελέστηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να εξεταστεί η προβλεπτική σχέση ανάμεσα στις διάφορες μεταβλητές. Η τιμή  $p=0,05$  ορίστηκε ως το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Τέλος, διενεργήθηκε έλεγχος των μέσων όρων της ΒΣΟΔΠ, της αναστοχαστικής ικανότητας και της αλεξιθυμίας ως προς το φύλο με το κριτήριο  $t$  για ανεξάρτητα δείγματα.

### **3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

#### **3.1 Περιγραφική στατιστική**

Σε αυτή την υποενότητα θα παρουσιαστούν τα περιγραφικά μέτρα των υπό μελέτη μεταβλητών που προέκυψαν από τις κλίμακες των ερωτηματολογίων, δηλαδή της αναστοχαστικής

λειτουργίας, της αλεξιθυμίας, της έντασης της οριακής διαταραχής και των τεσσάρων διαστάσεων του πρώιμου ψυχικού τραύματος καθώς και τα δημογραφικά δεδομένα. Από το συνολικό δείγμα (N=101), οι 75 ήταν γυναίκες (74,3%), οι 15 ήταν άντρες (14.9%) , ενώ 8 συμμετέχοντες αυτοπροσδιορίστηκαν ως μη δυαδικοί (non binary). Οι υπόλοιποι τρεις αυτοπροσδιορίστηκαν ως gender fluid, τρανς άντρας και τρανς γυναίκα. Τα δεδομένα παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

### Πίνακας 1

ΦΥΛΟ	Counts	% of Total	Cumulative %
GENDER FLUID	1	1.0%	1.0%
NON BINARY	8	7.9%	8.9%
ΑΡΡΕΝ	15	14.9%	23.8%
ΘΗΛΥ	75	74.3%	98.0%
ΤΡΑΝΣ ΑΝΔΡΑΣ	1	1.0%	99.0%
ΤΡΑΝΣ ΓΥΝΑΙΚΑ	1	1.0%	100.0%

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, 48 άτομα (47,5%) είναι απόφοιτοι Λυκείου και 25 άτομα(24,8%) είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, 10 άτομα φοιτούν σε πανεπιστήμιο(9.9%), 6 άτομα ( 5.9%) φοιτούν σε ΙΕΚ, 5 άτομα είναι απόφοιτοι γυμνασίου (5%) ,3 άτομα είναι απόφοιτη προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών, 1 άτομο είναι υποψήφιος διδάκτορας, 1 άτομα είναι μαθητής σε νυχτερινό Λύκειο και 1 άτομο είναι απόφοιτος ΑΤΕΙ. Τα δεδομένα παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

### Πίνακας 2

Επίπεδο Εκπαίδευσης	Counts	% of Total	Cumulative %
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ	25	24.8%	24.8%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	5	5.0%	29.7%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΕΠΑΛ	1	1.0%	30.7%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΙΕΚ	6	5.9%	36.6%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	47	46.5%	83.2%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΜΣ	3	3.0%	86.1%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	1	1.0%	87.1%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ	1	1.0%	88.1%
ΜΑΘΗΤΡΙΑ	1	1.0%	89.1%
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ	11	10.9%	100.0%

Ειδικότερα, στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά για το σύνολο του δείγματος. Παρατηρείται πως ο μέσος όρος της έντασης των οριακών συμπτωμάτων στο σύνολο του δείγματος κυμαίνεται στο 34.2, αριθμός που υποδηλώνει υψηλή ένταση της διαταραχής. Παράλληλα, όσον αφορά την εκτίμηση των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας και τον αντίκτυπό τους στη ζωή ως ενήλικες, ο μέσος όρος του τραύματος ποικίλης αιτιολογίας ( $\mu.o=4.18$ ) φαίνεται να υπερτερεί σε σχέση με τα υπόλοιπα είδη τραύματος. Αυτό σημαίνει πως, κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες έχουν αναφέρει 4-5 είδη γενικών τραυματικών εμπειριών (π.χ ατυχήματα, φυσικές καταστροφές, ασθένειες και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις). Η συναισθηματική κακοποίηση να ακολουθεί ( $\mu.o= 3.98$ ) ενώ το τραύμα σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης κυμαίνεται σε πιο χαμηλά επίπεδα με μέσο όρο 2.59 και 1.91 αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα υπολογίστηκαν οι συχνότητες των μορφών τραύματος στο σύνολο του δείγματος και φάνηκε πως το 97% του δείγματος είχε βιώσει τουλάχιστον μία μορφή γενικού τραύματος κατά της παιδικής ηλικίας, το 91% του δείγματος είχε βιώσει τουλάχιστον μία μορφή σωματικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, το 100% του δείγματος δήλωσε πως έχει βιώσει τουλάχιστον μία μορφή συναισθηματικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και το 68% του

δείγματος δήλωσε πως έχει βιώσει τουλάχιστον μία μορφή σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία.

Η μέση βαθμολογία στην Κλίμακα Αλεξιθυμίας του Τορόντο (TAS) ανήλθε σε 58.8, γεγονός που υποδηλώνει ότι κατά μέσο όρο το δείγμα παρουσίασε μέτρια προς υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας. Όπως αναφέρθηκε, μια βαθμολογία άνω του 61 δείχνει υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας, ενώ οι βαθμολογίες μεταξύ 52 και 60 βρίσκονται στη μέτρια περιοχή. Επομένως η βαθμολογία 58.8, τοποθετεί το δείγμα σε μέτρια επίπεδα, αλλά κοντά στο κατώφλι της υψηλής αλεξιθυμίας. Όσον αφορά την αναστοχαστική ικανότητα, ο μέσος όρος της αβεβαιότητας (hypomentalization) σχετικά με ψυχικές διεργασίες ανέρχεται στο 1.59 γεγονός που υποδηλώνει μέτρια επίπεδα αβεβαιότητας, ενώ ο μέσος όρος της βεβαιότητας (hypermentalizacion) ανέρχεται στο 0.46 γεγονός που φανερώνει χαμηλά επίπεδα υπερνενεργοποίησης της αναστοχαστικής λειτουργίας-εννόησης.

### Πίνακας 3

Περιγραφικά στατιστικά των υπό μελέτη μεταβλητών, στο σύνολο του δείγματος (N = 101)

---

	ΒΣΟΔ Π	RFQ ΒΕΒΑΙ ΟΤΗΤ Α	RFQ ΑΒΕΒΑ ΙΟ- ΤΗΤΑ	ΤΡΑΥΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣ ΗΣ	ΤΡΑΥΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ Σ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣ ΗΣ	ΓΕΝΙΚΗ ΑΛΕΞΙΘΥΜ ΙΑ	ΤΡΑΥΜΑ ΠΟΙΚΙΛΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙ ΑΣ	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙ ΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
<b>N</b>	99	100	100	101	100	94	101	101
<b>Mea n</b>	34.2	0.47 3	1.60	2.59	1.91	58.8	3.95	3.98
<b>Me- dian</b>	32.2	0.16 7	1.58	3	1.00	60.0	4	4
<b>S.d</b>	13.7	0.62 3	0.75 4	1.33	2.00	12.8	2.00	1.24
<b>Mini mu m</b>	4.62	0.00	0.16 7	0	0	28.0	0	1
<b>Max imu m</b>	73.0	2.50	3.00	5	6	89.0	9	5

---

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται το ποσοστό των ασθενών όπου δεν έχουν αλεξιθυμία (24.5% του δείγματος έχουν μέσο όρο αλεξιθυμίας 41.5), το ποσοστό των ασθενών όπου υπάρχει πιθανή

αλεξιθυμία (27.7% του δείγματος έχει μέσο όρο αλεξιθυμίας 55.9) και το ποσοστό των ασθενών όπου υπάρχει βεβαιότητα αλεξιθυμίας ( 47.9% του δείγματος έχει μέσο όρο αλεξιθυμίας 69.3).

#### Πίνακας 4

##### *Επίπεδα Αλεξιθυμίας*

		N	M.O	%
Επίπεδα Αλεξιθυμίας	Απουσία Αλεξιθυμίας	23	41.5	24.5%
	Πιθανή Αλεξιθυμία	26	55.9	27.7%
	Παρουσία Αλεξιθυμίας	45	69.3	47.9%

### 3.2 Συνάφειες και ανάλυση παλινδρόμησης

Για να υπολογιστεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, υπολογίστηκαν οι συνάφειες pearson r. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 3. Εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική συνάφεια θετικής κατεύθυνσης ανάμεσα στη μεταβλητή της βαρύτητας των συμπτωμάτων της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας με την αβεβαιότητα για τις ψυχικές λειτουργίες ( $r=0.490$ ,  $p<0,001$ ), με την διάσταση της Αλεξιθυμίας που αφορά την δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων ( $r=0.411$ ,  $p<0.001$ ) και με το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης ( $r=0.204$ ,  $p>0.044$ ) ενώ δεν εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική σχέση με την σωματική κακοποίηση, το τραύμα ποικίλης αιτιολογίας και την συναισθηματική κακοποίηση.

Εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική συνάφεια θετικής κατεύθυνσης ( $r=0.489, p=0.001$ ) μεταξύ της αβεβαιότητας για τις ψυχικές λειτουργίες και της διάστασης της Αλεξιθυμίας για την δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων. Θετική συνάφεια εντοπίστηκε ( $r=0.230, p<0.022$ ) μεταξύ της αβεβαιότητας για τις ψυχικές λειτουργίες και την σεξουαλική κακοποίηση και την ( $r=0.341, p<0.001$ ). Το τραύμα ποικίλης αιτιολογίας σχετίστηκε αρνητικά με την αβεβαιότητα για τις ψυχικές λειτουργίες ( $r=-0.203, p=0.043$ ). Επιπροσθέτως, εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική συνάφεια θετικής κατεύθυνσης ανάμεσα στο τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης και της διάστασης της αλεξιθυμίας που αφορά την δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων ( $r=0.302, p=0.003$ ) και της διάστασης της αλεξιθυμίας που αφορά της δυσκολία περιγραφής των συναισθημάτων ( $r=0.238, p=0.003$ ). Ο παράγοντας της αλεξιθυμίας Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθημάτων παρουσίασε στατιστικώς σημαντική συνάφεια αρνητικής κατεύθυνσης με την Βεβαιότητα για τις Ψυχικές Λειτουργίες ( $r=-0.333, p=0.001$ ). Ο συνολικός δείκτης της αλεξιθυμίας παρουσίασε στατιστικώς σημαντική συνάφεια αρνητικής κατεύθυνσης με την βεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες ( $r=-0.263, p=0.011$ ) και ως εκ τούτου στατιστικώς σημαντική συνάφεια θετικής κατεύθυνσης με την αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες ( $r=0.435, p<0.001$ ). Επίσης ο συνολικός δείκτης της αλεξιθυμίας εμφάνισε στατιστικώς σημαντική συνάφεια θετικής κατεύθυνσης με το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης ( $r=0.341, p<0.001$ )

## **Πίνακας 5**

### *Συνάφειες*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1 ΒΣΟΔΠ</b>	-										
<b>2 ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ</b>	-0.240*	-									
<b>3 ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ</b>	0.490***	-0.558	-								
<b>4 ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ</b>	0.278**	-0.263*	0.435***	-							
<b>5 ΔΑΣ</b>	0.411***	- 0.333***	0.489***	0.844**	-						
<b>6 ΔΠΣ</b>	0.182	-0.201*	0.341***	0.895***	0.699**	-					
<b>7 ΕΠΣ</b>	-0.008	-0.090	0.181	0.670***	0.259*	0.422**	-				
<b>8 ΤΡΑΥΜΑ Π.</b>	-0.124	0.211*	-0.210	0.011	0.012	-0.085	0.083	-			
<b>9 ΤΡΑΥΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ Κ</b>	0.077	-0.055	0.030	-0.080	-0.027	-0.144	- 0.011	0.154	-		
<b>10 ΤΡΑΥΜΑ ΣΥΝ Κ.</b>	0.031	-0.062	0.001	-0.086	-0.009	-0.154	- 0.044	0.209	0.438***	-	
<b>11 ΤΡΑΥΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ Κ.</b>	0.204*	-0.127	0.230*	0.341	0.302**	0.298**	0.194	0.191	0.087	0.158	-

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της ΒΣΟΔΠ από μία σειρά από παράγοντες όπως είναι τα είδη του πρώιμου τραύματος, η αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες, οι διαστάσεις της Αλεξιθυμίας ξεχωριστά, δηλαδή η δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων, η δυσκολία περιγραφής συναισθημάτων και η εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη . Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης διέφερε από το μηδέν,  $F(82)=6.50$ ,  $p<0.001$ . Το συνολικό ποσοστό της εξηγούμενης διασποράς της ΒΣΟΔΠ ήταν 35,7%(  $R^2 = 0.288$ ). Το μοντέλο αυτό προτείνει ότι το 35,7% της διασποράς της έντασης των οριακών συμπτωμάτων μπορεί να εξηγηθεί

από δύο στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές. Οι μεταβλητές αυτές είναι η δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων ( $\beta=0.392$ ,  $p=0.005$ ) και η αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες ( $\beta=0.3839$ ,  $p=0.001$ ).

## Πίνακας 6

*Σύνοψη της Ανάλυσης Παλινδρόμησης για τη Στατιστική Πρόβλεψη της Βαρύτητας των συμπτωμάτων Οριακής διαταραχής Προσωπικότητας.*

Προβλεπτικοί παράγοντες	B	SE B	t	p	Stand. Estimate
Intercept	13.805	7.710	1.790	0.077	
ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ-ΔΑΣ	6.250	2.191	2.852	0.005	0.3928
ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ-ΔΠΣ	-3.224	1.825	-1.767	0.081	-0.2465
ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ-ΕΠΣ	-1.044	2.331	-0.448	0.655	-0.0454
ΤΡΑΥΜΑ ΠΟΙΚΙΛΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	-0.274	0.549	-0.500	0.619	-0.0470
ΤΡΑΥΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	0.748	0.655	1.143	0.256	0.1115
ΤΡΑΥΜΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	0.308	1.004	0.307	0.760	0.0283
ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ	6.833	1.905	3.586	<.001	0.3839

### 3.3 Έλεγχος Μέσων όρων

Ο έλεγχος των μέσων όρων ΒΣΟΔΠ, αναστοχαστικής ικανότητας και αλεξιθυμίας ως προς το φύλο με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα δεν ανέδειξε σημαντικές διαφορές. Η υπόθεση της ομοιογένειας της διακύμανσης ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας το τεστ Levene και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υπόθεση πληρούνταν για όλες τις μεταβλητές (όλες οι τιμές  $p > 0,05$ ). Ως εκ τούτου, για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρότυπο Student's t-test. Για τη μεταβλητή Αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες για τους άντρες ( $M=1.24$ ,  $SD=0.68$ ) οι άνδρες ανέφεραν μικρότερη αβεβαιότητα σε σύγκριση με τις γυναίκες ( $M=1.66$ ,  $SD=0.76$ ). Η ανάλυση t για

ανεξάρτητα δείγματα έδειξε μια οριακά σημαντική διαφορά,  $t(87) = -1.95$ ,  $p = 0.0054$ . Ο δείκτης Cohen's d για αυτή τη σύγκριση ήταν  $-0.553$ , υποδεικνύοντας μεσαία έως μεγάλη επίδραση.

## Πίνακας 7

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και t-test των μεταβλητών ως προς το Φύλο*

	Group	N	Mean	SD	t-τιμή
<b>ΒΣΟΔΠ</b>	<b>ΑΡΡΕΝ</b>	14	27.847	14.462	-0.487
	<b>ΘΗΛΥ</b>	74	34.217	12.810	
<b>ΑΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΡΡΕΝ</b>	15	1.244	0.675	-0.553
	<b>ΘΗΛΥ</b>	74	1.658	0.760	
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ</b>	<b>ΑΡΡΕΝ</b>	13	53.308	12.750	-0.461
	<b>ΘΗΛΥ</b>	70	59.071	12.471	
<b>ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΑΡΡΕΝ</b>	15	0.633	0.716	-0.342
	<b>ΘΗΛΥ</b>	74	0.421	0.601	

## 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε για να ερευνήσει τις συσχετίσεις ανάμεσα στα είδη του πρώιμου τραύματος, την αλεξιθυμία, την αναστοχαστική ικανότητα και την βαρύτητα των συμπτωμάτων της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (ΒΣΟΔΠ) σε ένα δείγμα 101 ασθενών με διάγνωση Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας . Πιο συγκεκριμένα, με βάση την πρώτη ερευνητική υπόθεση της μελέτης (Υπόθεση 1) αναμένονταν συσχέτιση θετικής κατεύθυνσης πρώιμου τραύματος με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής. Με βάση την δεύτερη ερευνητική υπόθεση της μελέτης (Υπόθεση 2), αναμένονταν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αλεξιθυμία, το πρώιμο τραύμα και την βαρύτητα των συμπτωμάτων οριακής διαταραχής. Επιπροσθέτως, με βάση την τρίτη ερευνητική υπόθεση (Υπόθεση3) αναμένονταν πως η χαμηλή αναστοχαστική ικανότητα δηλαδή η αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες να σχετίζεται θετικά με την αλεξιθυμία, το πρώιμο τραύμα και την βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής(Τέλος, αναμένονταν να υπάρχουν διαφορές στην ένταση των οριακών συμπτωμάτων, στα επίπεδα αλεξιθυμίας και στην αναστοχαστική ικανότητα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες (Υπόθεση 4).

Τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται να επιβεβαιώνουν μερικώς ορισμένα από τα ερευνητικά ερωτήματα που προαναφέρθηκαν. Αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, η έκθεση σε τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την βαρύτητα των συμπτωμάτων την Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας ενώ δεν εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική σχέση για τις υπόλοιπες μορφές τραύματος. Πιο συγκεκριμένα, αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται τα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης πριν τα 18 έτη, τόσο μεγαλύτερη φαίνεται να είναι η βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Προηγούμενες έρευνες φαίνεται να καταδεικνύουν πως το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης έχει σχετιστεί με την βαρύτητα της Οριακής διαταραχής προσωπικότητας(De Aquino Ferreira et al., 2018). Στην αναδρομική κλινική μελέτη του Hogesh και των συνεργατών του φάνηκε πως το τραύμα

σεξουαλικής κακοποίησης σχετίστηκε με έντονα παρα-αυτοκτονικά συμπτώματα στην βαρύτητα της συμπτωματολογίας της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Horesh et al., 2009). Μεγάλο κομμάτι ερευνών φανερώνει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και την έναρξη της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας σε πολύ νεαρή ηλικία (Biskin & Paris, 2012; Geselowitz et al., 2021; Stepp et al., 2016). Από την άλλη πλευρά, η έρευνα της Hect και των συνεργατών της, δεν κατέδειξε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης και στην Βαρύτητα Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας ενώ οι παράγοντες της σωματικής κακοποίησης και της παραμέλησης αναδείχθηκαν ως πιο σημαντικοί (Hecht et al., 2014). Παλιότερη έρευνα των Widom και συνεργατών, η οποία διερεύνησε την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε δείγμα με τεκμηριωμένο συμβάν σεξουαλικής κακοποίησης πριν από την ηλικία των 11 ετών, διαπιστώθηκε επίσης ότι η σεξουαλική κακοποίηση δεν αποτελούσε σημαντικό παράγοντα κινδύνου για διάγνωση ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή (Widom et al., 2009). Στη παρούσα μελέτη, οι υπόλοιπες μορφές τραύματος, δηλαδή το γενικό τραύμα, το τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης και το τραύμα σωματικής κακοποίησης δεν φάνηκε να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την βαρύτητα των συμπτωμάτων την οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Στην προοπτική συγκριτική μελέτη των Biskin και των συνεργατών του, η σωματική κακοποίηση δεν φάνηκε να συνδέεται με την ένταση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Biskin & Paris, 2012). Από την άλλη μεριά, πληθώρα ερευνών κατέδειξαν συνδέσεις σωματικής κακοποίησης, παραμέλησης και συναισθηματικής κακοποίησης με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Bozzatello et al., 2021). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στην παρούσα ενώ το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης σχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με την ΒΣΟΔΠ, όταν προστέθηκε στην ανάλυση παλινδρόμησης μαζί με τις υπόλοιπες μεταβλητές, δεν αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ΒΣΟΔΠ. Αυτό υποδηλώνει ότι, ενώ το σεξουαλικό τραύμα μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο ευρύτερο πλαίσιο της συμπτωματολογίας της ΟΔΠ,

η μοναδική του συνεισφορά στην πρόβλεψη της βαρύτητας της οριακής διαταραχής επισκιάζεται από άλλους παράγοντες ή διαμεσολαβείται μέσω άλλων μηχανισμών.

Προηγούμενες μελέτες έχουν εντοπίσει ότι 30% έως 90% των ασθενών με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας αναφέρουν ιστορικό παιδικού τραύματος, όπως το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης, σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου όπου το ποσοστό του τραύματος ανέρχεται σε 17-45% (Fossati et al., 2016; Paris, 2007). Στην παρούσα μελέτη, όπου το δείγμα αποτελούνταν αποκλειστικά από ασθενείς είτε με Διάγνωση Οριακής Διαταραχής είτε με υποουδικά συμπτώματα αυτής, σχεδόν ολόκληρο το δείγμα δήλωσε πως έχει βιώσει τουλάχιστον μίας μορφής τραύματος ποικίλης αιτιολογίας, σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης, ενώ το 68% δήλωσε πως έχει βιώσει τουλάχιστον μίας μορφής σεξουαλικής κακοποίησης πριν τα 18 έτη. Κανένα είδος τραύματος ωστόσο, δεν αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της βαρύτητας οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, παρά την μεγάλη υποστήριξη για συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος και ΟΔΠ, δεν φαίνεται να έχουν εντοπιστεί στοιχεία για άμεση αιτιολογική σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και ψυχοπαθολογίας στη ενήλικη ζωή (Fossati et al., 2016; Paris, 2007). Επιπλέον, παρά την ανάδειξη σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών του παιδικού τραύματος, της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας και την εσωτερική/εξωτερική των συμπτωμάτων, μια προοπτική μελέτη διδύμων κατέδειξε ελάχιστα έως καθόλου στοιχεία που να συνάδουν με την αιτιολογική επίδραση της παιδικής κακοποίησης στα χαρακτηριστικά της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Bornovalona et al., 2013). Το γεγονός ότι κανένα είδος τραύματος δεν προέβλεπε την Βαρύτητα των συμπτωμάτων Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας, ενδεχομένως σχετίζεται με το γεγονός ότι η παρουσία ενός τραυματικού γεγονότος δεν αρκεί για την εκτύλιξη της συγκεκριμένης διαταραχής προσωπικότητας και απαιτείται εξεταστεί το πώς επιδρούν σωρευτικά τα είδη τραύματος στην

βαρύτητα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, να εξεταστεί συγκεκριμένα το διαπροσωπικό τραύμα καθώς και η ένταση και η χρονιότητά του.

Αναφορικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, η γενική αλεξιθυμία φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνουν τα αλεξιθυμικά συμπτώματα, τόσο αυξάνει και η βαρύτητα των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής και το αντίστροφο. Πιο συγκεκριμένα, η διάσταση της αλεξιθυμίας Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθημάτων κατέδειξε σημαντική συνάφεια θετικής κατεύθυνσης με την βαρύτητα των συμπτωμάτων οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Η έρευνα έχει καταδείξει συστηματικά θετική συσχέτιση μεταξύ της αλεξιθυμίας και της βαρύτητας της οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Η μελέτη των Derks και των συνεργατών του (2017) ανέδειξε μέτριες συσχετίσεις μεταξύ της ΒΣΟΔΠ και των δυσκολιών στην αναγνώριση και περιγραφή των συναισθημάτων, υποδεικνύοντας ελλείμματα στην συναισθηματική επεξεργασία (Derks et al., 2017). Παρομοίως, οι Webb & McMurrin (2018) τόνισαν ότι οι ελλείψεις στη συναισθηματική επίγνωση και επικοινωνία συμβάλλουν στην δυσλειτουργία της συναισθηματικής ρύθμισης, κατάσταση που χαρακτηρίζει τους ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Webb & McMurrin, 2008). Επιπροσθέτως, οι Sleuwaegen και συν. (2017) βρήκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην αλεξιθυμία και στις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Sleuwaegen et al., 2017). Από το άλλο μέρος, στην μετα-ανάλυση των Daros et al. φάνηκε πως ενώ τα άτομα με ΟΔΠ κατέδειξαν υψηλότερη δυσκολία στην αναγνώριση των συναισθημάτων σε σύγκριση με υγιή ομάδα ελέγχου, αυτή η δυσκολία δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την βαρύτητα της οριακής διαταραχής (Daros & Williams, 2019). Επιπροσθέτως, μια συγκριτική μελέτη των New et al. (2012) η οποία διερεύνησε την σχέση ανάμεσα στην αλεξιθυμία και την ενσυναίσθηση ασθενών με ΟΔΠ, ανέδειξε πως οι ασθενείς με ΟΔΠ κατέδειξαν υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας σε σχέση με υγιή ομάδα ελέγχου και σε σχέση

με ασθενείς που είχαν διάγνωση Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο παράγοντας της αλεξιθυμίας “Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθημάτων”, προέβλεπε σημαντικά την “Βαρύτητα συμπτωμάτων Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας”, ενώ οι άλλες δύο διαστάσεις δεν αποτέλεσαν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες. Αυτό σημαίνει πως η αλεξιθυμία και συγκεκριμένα η διάσταση “Δυσκολίας Αναγνώρισης Συναισθημάτων”, συμβάλλει σημαντικά στην βαρύτητα των συμπτωμάτων της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (New et al., 2012). Υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας και συγκεκριμένα ελλείμματα στην αναγνώριση και στη περιγραφή των συναισθημάτων έχουν συστηματικά καταγραφεί από τη βιβλιογραφία ότι προβλέπουν σημαντικά τη βαρύτητα της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Για παράδειγμα, ο Taylor και συν. (1994) βρήκαν ότι υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας σχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας και συναισθηματικής απορρύθμισης σε ασθενείς με ΟΔΠ, γεγονός που υποδηλώνει ότι το έλλειμα στην συναισθηματική επεξεργασία εντείνει τα συμπτώματα της ΟΔΠ (Taylor, 1994). Από το άλλο μέρος, στη παρούσα εργασία ο γενικός δείκτης της αλεξιθυμίας, η διάσταση Δυσκολία περιγραφής συναισθημάτων και η διάσταση Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη, δεν αποτέλεσαν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ΒΟΔΠ όταν άλλοι συγχυτικοί παράγοντες υπεισέρχονταν στο μοντέλο ανάλυσης παλινδρόμησης. Αντιστοίχως, στην έρευνα των Derks και συν. (2017) φάνηκε πως ενώ η αλεξιθυμία ήταν παρούσα σε ασθενείς με ΟΔΠ, ο γενικός της δείκτης της και οι επιμέρους διαστάσεις της δεν αποτέλεσαν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες την έντασης των οριακών συμπτωμάτων όταν άλλοι παράγοντες είχαν προστεθεί στο μοντέλο παλινδρόμησης, όπως ο παράγοντας της συναισθηματικής ρύθμισης ή ο παράγοντας ιστορικό τραύματος (Derks et al., 2017).

Η γενική αλεξιθυμία σχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης, γεγονός που σημαίνει ότι η ύπαρξη σεξουαλικού τραύματος φαίνεται να αυξάνει τον

βαθμό των αλεξιθυμικών συμπτωμάτων και το αντίστροφο. Ωστόσο, δεν βρέθηκε κάποια άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τις υπόλοιπες μορφές τραύματος. Προυπάρχουσες μελέτες επιβεβαιώνουν το συγκεκριμένο εύρημα, υπογραμμίζοντας πως η αλεξιθυμία είναι πιο συχνή σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά κατά την παιδική ηλικία. Για παράδειγμα, μία μελέτη ανέδειξε πως η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σχετίστηκε θετικά με υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας, με τα θύματα να παρουσιάζουν ελλείματα στην ρύθμιση του συναισθήματος και δυσκολία στην επεξεργασία περιπλεγμένων συναισθηματικών εμπειριών (Ahmed et al., 2020). Από την άλλη πλευρά στην πρόσφατη μετανάλυση των Ditzer και συν. (2023) φάνηκε πως η παιδική κακομεταχείριση και συγκεκριμένα η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση είχε την σημαντικότερη συσχέτιση με την Αλεξιθυμία (Ditzer et al., 2023). Επιπροσθέτως, στην έρευνα των Kick και συν. (2024), όπου μελετήθηκαν διάφορες μορφές παιδικής κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένου και του σεξουαλικού τραύματος σε σχέση με την αλεξιθυμία, αναδείχθηκε πως η αλεξιθυμία σχετίστηκε σημαντικά με την συναισθηματική κακοποίηση ενώ δεν σχετίστηκε σημαντικά με την σεξουαλική κακοποίηση (Kick et al., 2024).

Σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, φάνηκε πως η αβεβαιότητα για τις ψυχικές λειτουργίες ή αλλιώς η χαμηλή αναστοχαστική ικανότητα σχετίστηκε θετικά με την Βαρύτητα των συμπτωμάτων της Οριακής διαταραχής προσωπικότητας όπως και με τον παράγοντα της Αλεξιθυμίας Δυσκολία Αναγνώρισης των Συναισθημάτων, τον παράγοντα της Αλεξιθυμίας Δυσκολία Περιγραφής Συναισθημάτων καθώς και με το Τραύμα Σεξουαλικής Κακοποίησης. Στην ανάλυση παλινδρόμησης, η αβεβαιότητα αναστοχαστικής ικανότητας αναδείχθηκε και ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας την βαρύτητας συμπτωμάτων οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα στην πολύ πρόσφατη μελέτη των Devi και συν. (2024), όπου μελετήθηκε ο προβλεπτικός ρόλος της αβεβαιότητας αναστοχαστικής λειτουργίας,

της ανασφαλούς προσκόλλησης και της σωρευτικής επίδρασης του πρώιμου διαπροσωπικού τραύματος στην βαρύτητα των συμπτωμάτων οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Η αναστοχαστική ικανότητα αναδείχτηκε σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της βαρύτητας των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής (Devik et al., 2024). Επιπροσθέτως, η αβεβαιότητα αναστοχαστικής λειτουργίας έχει σχετιστεί σε πολλές συγκριτικές μελέτες να σχετίζεται με συμπτώματα της ΟΔΠ όπως η συναισθηματική απορρύθμιση, η παρορμητικότητα, οι δυσκολίες στην συγκέντρωση και την διαπροσωπική δυσλειτουργία (Badoud et al., 2018; Bateman & Fonagy, 2006; Morandotti et al., 2018). Μια μελέτη των Quek et al. (2022) έδειξε ότι η αναστοχαστική λειτουργία μεσολαβεί εν μέρει στη σχέση μεταξύ συναισθηματικής κακοποίησης και χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας σε εφήβους, υποδεικνύοντας ότι οι ελλείψεις στην αναστοχαστική ικανότητα επιδεινώνουν τις δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και στη διαπροσωπική λειτουργία. Αυτά τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με προηγούμενες έρευνες που αναδεικνύουν τον κρίσιμο ρόλο των ελλείψεων στη αναστοχαστική λειτουργία στην ανάπτυξη και τη σοβαρότητα της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Fonagy & Bateman, 2008; Zanarini et al., 2018).

Από την άλλη πλευρά, στην μελέτη των Ha & Sharp (2012), η χαμηλή αναστοχαστική ικανότητα σχετίστηκε σημαντικά με την διάγνωση την ΟΔΠ ενώ δεν προέβλεπε σημαντικά την βαρύτητα της διαταραχής (Ha et al., 2013). Μεγάλο κομμάτι ερευνών έχει επίσης επιβεβαιώσει την σχέση της αλεξιθυμίας και της χαμηλής αναστοχαστικής ικανότητας σε ασθενείς με ΟΔΠ (Carvalho Fernando et al., 2014; Ensink et al., 2015; Fossati et al., 2016). Η συσχέτιση της χαμηλής αναστοχαστικής ικανότητας και της αλεξιθυμίας ενδεχομένως να σημαίνει ότι υπάρχει μία διαλεκτική σχέση στο έλλειμα της σκέψης και στην δυσκολία επεξεργασίας των συναισθημάτων, γεγονός που οδηγεί σε διαπροσωπικές δυσκολίες, συναισθηματική απορρύθμιση και γενικότερη δυσλειτουργία στα άτομα με ΟΔΠ.

Στη παρούσα μελέτη, η χαμηλή αναστοχαστική ικανότητα σχετίστηκε με το τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης γεγονός που συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Ensink 2015, Devi et al 2014). Η μελέτη των Devi et al. (2024) έδειξε ότι η χαμηλή αναστοχαστική ικανότητα συνδέεται όχι μόνο με ιστορικό παιδικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένου του σεξουαλικού κακοποιητικού τραύματος, αλλά και με πιο έντονα χαρακτηριστικά ΟΔΠ, υπογραμμίζοντας τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ πρώιμων τραυματικών εμπειριών και ελλειμμάτων στην αναστοχαστική ικανότητα στην βαρύτητα της ΟΔΠ. Αυτό το εύρημα υποστηρίζει την άποψη ότι το σεξουαλικό τραύμα μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη της ΟΔΠ μέσω της επίδρασης στη λειτουργία της αναστοχαστικής ικανότητας η οποία με τη σειρά της μπορεί να επηρεάσει την ρύθμιση των συναισθημάτων και την αυτογνωσία (Devi et al., 2024).

Από το άλλο μέρος η Zanarini και συν. (2018) διαπίστωσε ότι ενώ η αναστοχαστική ικανότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την κατανόηση της συναισθηματικής ρύθμισης και των διαπροσωπικών δυσκολιών στην ΟΔΠ, δεν παρουσίαζε πάντα ισχυρή συσχέτιση με εμπειρίες τραύματος, όπως η παιδική κακοποίηση. Αντίθετα, οι συγγραφείς πρότειναν ότι άλλες μεταβλητές, όπως οι μορφές προσκόλλησης, θα μπορούσαν να εξηγήσουν καλύτερα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ (Gunderson et al., 2018).

Τέλος, ο έλεγχος των μέσων όρων δεν επιβεβαίωσε διαφορές ως προς το φύλο αναφορικά με την ένταση των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και την αλεξιθυμία. Ομοίως, η ανασκόπηση του Glover (2021) καταδεικνύει ότι ενώ υπάρχουν διαφορές ως προς της τάση των αντρών με ΟΔΠ να εξωτερικεύουν συμπεριφορές και οι γυναίκες να εσωτερικεύουν, η συνολική κλινική εικόνα και βαρύτητα της διαταραχής στα δύο φύλα είναι περισσότερο παρόμοια παρά διαφορετική (Glover, 2021). Στη παρούσα μελέτη η μόνη διαφορά που καταδείχτηκε ανάμεσα στα δύο φύλα ήταν πως οι γυναίκες συμμετέχουσες βιώνουν μεγαλύτερη αβεβαιότητα για τις ψυχικές διεργασίες σε σχέση με τους άντρες συμμετέχοντες. Αντιθέτως, η έρευνα του

Ensink και συν. (2015) δεν ανέφερε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς της αναστοχαστική ικανότητα και ως προς της ένταση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Ensink et al., 2015).

## Περιορισμοί

Πολλοί περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης. Πρώτον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι αυτή η έρευνα χρησιμοποίησε σχεδιασμό συσχέτισης, πράγμα που σημαίνει ότι, αν και εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, δεν μπορεί να εξαχθεί συμπέρασμα αιτιότητας για τις εν λόγω μεταβλητές. Η φύση του σχεδιασμού της μελέτης περιορίζει την ικανότητά μας να προσδιορίσουμε αν το πρώιμο τραύμα, η αναστοχαστική ικανότητα, η αλεξιθυμία ή άλλοι παράγοντες οδηγούν άμεσα στη βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ ή αν άλλες υποκείμενες μεταβλητές μπορεί να είναι υπεύθυνες για τις παρατηρούμενες συσχετίσεις.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά τη χρήση δεδομένων που προκύπτουν από κλίμακες που συλλέγουν τα δεδομένα αναδρομικά. Δεδομένου ότι τα εργαλεία βασίστηκαν σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων για τις παρελθοντικές τραυματικές εμπειρίες και τα συμπτώματα της ΟΔΠ, υπάρχει εγγενής κίνδυνος για σφάλμα ανάκλησης.. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να δυσκολεύονται να θυμηθούν ή να αναφέρουν με ακρίβεια τις τραυματικές τους εμπειρίες, ειδικά αυτές που συνέβησαν στην παιδική ηλικία. Αυτή η προκατάληψη μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση της έκθεσης σε τραύμα, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την εγκυρότητα των συμπερασμάτων της μελέτης (Colombo et al., 2020).

Επιπλέον, η συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στο δείγμα αποτελεί σημαντικό περιορισμό. Πολλοί από τους συμμετέχοντες σε αυτήν τη μελέτη λάμβαναν ήδη φαρμακευτική αγωγή, και η χρήση αυτών των φαρμάκων δεν ελέγχθηκε στην ανάλυση. Αυτό είναι ένα κρίσιμο στοιχείο, καθώς ορισμένα φάρμακα, ενδέχεται να επηρεάσουν τη ψυχική λειτουργία και τη

συμπτωματολογία, κάτι που θα μπορούσε να προκαλέσει σύγχυση στα αποτελέσματα. Οι συννοσηρότητες, όπως η αγχώδης διαταραχή, η κατάθλιψη ή η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), μπορεί επίσης να επηρεάσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της BPD, καθιστώντας δύσκολη την απομόνωση των συγκεκριμένων συμβολών των μεταβλητών που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη.

### **Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Μελλοντικές μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ τραύματος, της αναστοχαστικής λειτουργίας και της ΟΔΠ θα μπορούσαν να ωφεληθούν από διάφορες βελτιώσεις. **Οι διαχρονικές μελέτες** θα μπορούσαν να παρέχουν πιο αξιόπιστα στοιχεία αιτιατότητας, παρακολουθώντας τις αλλαγές στην έκθεση σε τραύμα και τη ψυχική λειτουργία με την πάροδο του χρόνου, επιτρέποντας έτσι μια σαφέστερη κατανόηση της χρονικής σειράς των γεγονότων και των επιπτώσεών τους. Επίσης, η **χρήση προοπτικών δεδομένων** θα μπορούσε να μειώσει τους περιορισμούς που σχετίζονται με την προκατάληψη μνήμης και να αυξήσει την ακρίβεια των αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών.

Για να αντιμετωπιστούν τα συγχυτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής και της συννοσηρότητας, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν το **έλεγχο αυτών των παραμέτρων** ή την επιλογή συμμετεχόντων που δεν έχουν επιπλέον ψυχιατρικές διαγνώσεις. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω πιο αυστηρών **διαδικασιών ελέγχου** ή διασφαλίζοντας ότι το δείγμα περιλαμβάνει άτομα με ΟΔΠ χωρίς άλλες συννοσηρότητες. Εναλλακτικά, η χρήση μιας **ομάδας ελέγχου με αντίστοιχο προφίλ συννόσησης** θα μπορούσε να ενισχύσει την εσωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων.

Τέλος, η συμπερίληψη **αντικειμενικών μέτρων** της αναστοχαστικής ικανότητας και της έκθεσης σε τραύμα, όπως δομημένες συνεντεύξεις ή αξιολογήσεις από κλινικούς, θα μπορούσε να συμπληρώσει τα δεδομένα αυτοαναφοράς και να μειώσει τις πιθανές προκαταλήψεις που σχετίζονται με τις αναδρομικές αναφορές. Τέτοιες πολυμεθοδολογικές προσεγγίσεις θα παρείχαν μια πιο ολοκληρωμένη και σε βάθος κατανόηση των μηχανισμών που υποκρύπτουν τη σχέση μεταξύ πρώιμου τραύματος, αναστοχαστικής ικανότητας και σοβαρότητας της ΟΔΠ.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη παρέχει πολύτιμες ενδείξεις για τις συσχετίσεις μεταξύ τραύματος, αναστοχαστικής ικανότητας, αλεξιθυμίας και σοβαρότητας της ΟΔΠ, και συγκεκριμένα η μειωμένη ικανότητα αναστοχασμού και η αλεξιθυμία μπορεί να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στη βαρύτητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ. Η αντιμετώπιση των παραπάνω περιορισμών θα επέτρεπε ακόμα πιο ακριβή συμπεράσματα και μια βαθύτερη κατανόηση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης αυτών των μεταβλητών.

## Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM-5. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.CautionaryStatement>
2. Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing, Inc..
3. Ahmed, D. M. T., Ahmed, Z. M., Esmail, D. M. H., & Rabie, M. A. (2020). Non suicidal self injury and emotional eating in sexually abused children. Relation to emotion regulation and alexithymia. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(Supplement\_1), hcaa054.012. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa054.012>
4. Alafia, J., & Manjula, M. (2020). Emotion Dysregulation and Early Trauma in Borderline Personality Disorder: An Exploratory Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(3), 290–298. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_512\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_512_18)
5. Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri-Coccosis, M., & Sinodinou, C. (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki*, 28(1), 19–27. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.19>
6. Antonsen, B. T., Johansen, M. S., Rø, F. G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2016). Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders? *Comprehensive Psychiatry*, 64, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.05.016>
7. Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225–232. <https://doi.org/10.1037/a0027314>
8. Badoud, D., Prada, P., Nicasastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N., & Debbané, M. (2018). Attachment and Reflective Functioning in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 17–30. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_283](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_283)
9. Barberis, N., Cannavò, M., Calaresi, D., & Verrastro, V. (2023). Reflective functioning and Alexithymia as mediators between attachment and psychopathology symptoms: Cross-sectional evidence in a community sample. *Psychology, Health & Medicine*, 28(5), 1251–1262. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2045331>

10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 185–200). John Wiley & Sons, Inc.  
<https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch9>
11. Bezerra, G. P., Laskoski, P. B., Terra, L., Ramos-Lima, L. F., Serralta, F. B., & Hauck, S. (2021). The association between reflective function and global functionality in patients with borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 29(6), 586–589.  
<https://doi.org/10.1177/1039856220981801>
12. Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectrums*, 8(10), 737–754. <https://doi.org/10.1017/S1092852900019118>
13. Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*, 184(16), 1789–1794. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>
14. Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2013). Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: Developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personality Disorders*, 4(1), 23–32. <https://doi.org/10.1037/a0027178>
15. Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
16. Brakemeier, E.-L., Dobias, J., Hertel, J., Bohus, M., Limberger, M. F., Schramm, E., Radtke, M., Frank, P., Padberg, F., Sabass, L., Jobst, A., Jacob, G. A., Struck, N., Zimmermann, J., & Normann, C. (2018). Childhood Maltreatment in Women with Borderline Personality Disorder, Chronic Depression, and Episodic Depression, and in Healthy Controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 49–51. <https://doi.org/10.1159/000484481>
17. Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 526–533. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007>
18. Calaresi, D., & Barberis, N. (2019). The Relationship between Reflective Functioning and Alexithymia. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*, Vol 1, No 2 (2019).  
<https://doi.org/10.6092/2612-4033/0110-2107>
19. Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., Wolf, O. T., Spitzer, C., Driessen, M., & Wingefeld, K. (2014). The Impact of Self-Reported Childhood

Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 384–401. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.863262>

20. Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52–66. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>

21. Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474–499. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>

22. Colombo, D., Suso-Ribera, C., Fernández-Álvarez, J., Cipresso, P., Garcia-Palacios, A., Riva, G., & Botella, C. (2020). Affect Recall Bias: Being Resilient by Distorting Reality. *Cognitive Therapy and Research*, 44. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10122-3>

23. Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 217. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212>

24. De Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>

25. Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2017). A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 362–384. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2016\\_30\\_257](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257)

26. Devi k, D., Bhola, P., & Chandra, P. S. (2024). Uncertain reflective functioning, anxious attachment, and cumulative impact of early relational trauma as predictors of severity in borderline personality disorder. *Industrial Psychiatry Journal*. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_350\\_24](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_350_24)

27. Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(5–6), 311–329. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>

28. Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *The British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203–217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>

29. Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., Taubner, S., Tmej, A., Rentrop, M., Buchheim, P., & Fonagy, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, *27*(4), 395–409.  
<https://doi.org/10.1037/a0020862>
30. Fonagy, P., & Leigh, T. (n.d.). *The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy*.
31. Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*, *29*(5), 575–609.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
32. Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (n.d.). *FOR APPLICATION TO ADULT ATTACHMENT INTERVIEWS*.
33. Ford, J. D. (2010). Complex adult sequelae of early life exposure to psychological trauma. In R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease* (1st ed., pp. 69–76). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.009>
34. Fossati, A., Gratz, K. L., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2016). The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relations Between Childhood Trauma History and Adult Attachment and Borderline Personality Disorder Features: A Study of Italian Nonclinical Participants. *Journal of Personality Disorders*, *30*(5), 653–676.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_222](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_222)
35. Geselowitz, B., Whalen, D. J., Tillman, R., Barch, D. M., Luby, J. L., & Vogel, A. (2021). Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *60*(5), 612–622.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.908>
36. Glover, K. (2021). Gender Differences in the Clinical Presentation of Borderline Personality Disorder: A Review. *Dissertations*. <https://digitalcommons.nl.edu/diss/600>
37. Godbout, N., Daspe, M.-È., Runtz, M., Cyr, G., & Briere, J. (2019). Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality–related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 90–98.  
<https://doi.org/10.1037/tra0000403>

38. Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
39. Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>
40. Hecht, K. F., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Crick, N. R. (2014). Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 26(3), 805–815. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000406>
41. Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., & Rössler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *European Psychiatry*, 28(8), 476–482. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.004>
42. Karaca Dinç, P., Oktay, S., & Durak Batıgün, A. (2021). Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: A self-report study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 508. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03532-4>
43. Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
44. Kernberg, O. F. (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(5), 865–888. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12204>
45. Kick, L., Schleicher, D., Ecker, A., Kandsperger, S., Brunner, R., & Jarvers, I. (2024). Alexithymia as a mediator between adverse childhood events and the development of psychopathology: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1412229>
46. Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, Childhood Trauma, and Personality Traits in Patients with Borderline Personality Disorder and Their Sisters. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 448–462. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.448>
47. Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of

diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>

48. Lenzenweger, M. F. (2010). Current Status of the Scientific Study of the Personality Disorders: An Overview of Epidemiological, Longitudinal, Experimental Psychopathology, and Neurobehavioral Perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(4), 741–778. <https://doi.org/10.1177/0003065110386111>

49. Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F., & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(2), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.006>

50. Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the Relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 285–295. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.285>

51. Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88–105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>

52. MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 56(2), 227–241. <https://doi.org/10.1037/cap0000028>

53. McFetridge, M. A., Milner, R., Gavin, V., & Levita, L. (2015). Borderline personality disorder: Patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open*, 1(1), 18–20. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000117>

54. Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLOS ONE*, 13(11), e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>

55. New, A. S., Rot, M. aan het, Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein, S. R., Koenigsberg, H. W., Hazlett, E. A., Goodman, M., & Siever, L. J. (2012). Empathy and Alexithymia in Borderline Personality Disorder: Clinical and Laboratory Measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660–675. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.660>

56. Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with

symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1), 37–42.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>

57. Paris, J. (2007). The Nature of Borderline Personality Disorder: Multiple Dimensions, Multiple Symptoms, but One Category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457–473.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.457>

58. Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 160.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>

59. Šago, D., & Babić, G. (2019). Roots of Alexithymia. *Archives of Psychiatry Research*, 55(1), 71–84. <https://doi.org/10.20471/may.2019.55.01.06>

60. Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N., & Wiederman, M. W. (2011). The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(4), 275–279. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.593263>

61. Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis*, 30(1), 34–45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>

62. Sleuwaegen, E., Houben, M., Claes, L., Berens, A., & Sabbe, B. (2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: “Actions instead of words.” *Comprehensive Psychiatry*, 77, 80–88.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.006>

63. Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 316–323.  
<https://doi.org/10.1037/per0000186>

64. Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61–74.

65. Volkert, J., Ilagan, G. S., Iliakis, E. A., Ren, B., Schröder-Pfeifer, P., & Choi-Kain, L. W. (2024). What predicts psychosocial functioning in borderline personality disorder? Investigating the association with reflective functioning. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, papt.12516. <https://doi.org/10.1111/papt.12516>

66. Webb, D., & McMurrin, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2(4), 265–273. <https://doi.org/10.1002/pmh.48>
67. Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A Prospective Investigation of Borderline Personality Disorder in Abused and Neglected Children Followed Up into Adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 433–446. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.433>
68. Yuan, Y., Lee, H., Newhill, C. E., Eack, S. M., Fusco, R., & Scott, L. N. (2023). Differential associations between childhood maltreatment types and borderline personality disorder from the perspective of emotion dysregulation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00210-7>
69. Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93–104. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.93>
70. Zhang, S., Mellsop, G., Brink, J., & Wang, X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience Bulletin*, 31(1), 99–112. <https://doi.org/10.1007/s12264-014-1493-5>
71. Kernberg F. O., (2007) Οριακές καταστάσεις και παθολογικός ναρκισσισμός, 1η εκδ., Εκδόσεις Καστανιώτη
72. Καραμανωλάκη Χαρά, Από την επανάληψη στο νόημα: η ψυχαναλυτική εργασία με το παιδικό ψυχικό τραύμα, στο (συλλογικό), Το Κενό, Το Αρχαϊκό, Το Ψυχικό Τραύμα. Ψυχαναλυτικές συναντήσεις με τον οριακό ασθενή, Μ/συνάψεις, Αθήνα 2014
73. Κοκκώση, Μ (2014), “Το αρχαϊκό και η άρρητη «αλήθεια» στην πρώιμη συμβιωτική σχέση με το αντικείμενο”, στο: «Το Κενό, Το Αρχαϊκό, Το Ψυχικό Τραύμα», Συλλογικό έργο, Εκδ. Μ/συνάψεις.