



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**“Ανίχνευση των χαρακτηριστικών οριακής
δομής προσωπικότητας στην πρώιμη
εφηβική ηλικία και η σχέση τους με την
αναστοχαστική λειτουργία”**

ΙΟΥΛΙΑΝΗ ΚΟΥΛΛΟΥΡΟΥ

Ψυχίατρος Παιδιών και Εφήβων

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**“Ανίχνευση των χαρακτηριστικών οριακής
δομής προσωπικότητας στην πρώιμη
εφηβική ηλικία και η σχέση τους με την
αναστοχαστική λειτουργία”**

ΙΟΥΛΙΑΝΗ ΚΟΥΛΛΟΥΡΟΥ

Ψυχίατρος Παιδιών και Εφήβων

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2026

*«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα».*

Ημερομηνία αίτησης της κ. Κούλλουρου Ιουλιανής: 04-06-2020

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: Γ.Σ. αριθμ. 947α/06-10-2020

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων:

Μαντάς Χρήστος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη:

Υφαντής Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Καραγιαννοπούλου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 11-11-2020

«Ανίχνευση των χαρακτηριστικών οριακής δομής προσωπικότητας στην πρώιμη εφηβική ηλικία, ο ρόλος της αναστοχαστικής λειτουργίας»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 1203α/02-12-2025

1. Μαντάς Χρήστος, τ. Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
2. Καραγιαννοπούλου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
3. Υφαντής Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
4. Σκαπινάκης Πέτρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
5. Πετρικής Πέτρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
6. Μαγκλάρα Κωνσταντίνα, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής Ψυχιατρικής και Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του ΕΚΠΑ
7. Σερντάρη Ασπασία, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 06-02-2026

Ιωάννινα 09-06-2026

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σπυρίδων Κονιτσιώτης

Καθηγητής Νευρολογίας



Η Γραμματέας του Τμήματος

Αικατερίνη Λαγού

Δημοσιεύσεις

1. Koullourou, I., Kotsis, K., Salum, G. A., Sharp, C., Tsalamaniotis, E., Karagiannopoulou, E., Kotsis, K., & Mantas, C. (2025). Borderline Personality Features Scale for Children - 11: psychometric properties in a Greek early adolescent clinical sample from a community child and adolescent mental health service. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 10.22365/jpsych.2025.028. Advance online publication. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2025.028>

Στη Δανάη
και τον
Ορέστη-Μιχαήλ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές και ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν, με οποιονδήποτε τρόπο, στην πραγματοποίησή της.

Πρωτίστως, επιθυμώ να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου προς τον επιβλέποντα της διατριβής μου, τ. Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Χρήστο Μαντά, για την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση, την αδιάλειπτη υποστήριξη, την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και τις ουσιαστικές παρατηρήσεις του καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής μου πορείας. Η εμπειρία και η διαρκής ενθάρρυνσή του υπήρξαν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Θωμά Υφαντή, μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, για τη σημαντική επιστημονική συμβολή του, τις εύστοχες υποδείξεις του και το συνεχές ενδιαφέρον που επέδειξε για την πρόοδο της διατριβής. Οι γνώσεις και οι παρατηρήσεις του συνέβαλαν ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην Καθηγήτρια Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας κ. Ευαγγελία Καραγιαννοπούλου, μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, για την πολύτιμη υποστήριξή της, τις επιστημονικές της συμβουλές και τις δημιουργικές της παρεμβάσεις, οι οποίες εμπλούτισαν ουσιαστικά το θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο της διατριβής.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω στο προσωπικό του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.) Ιωαννίνων για την άριστη συνεργασία, την προθυμία και την πολύτιμη βοήθειά του κατά τη διαδικασία συλλογής του ερευνητικού υλικού. Η συμβολή τους υπήρξε καθοριστική για την επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη οφείλω στους εφήβους και τις οικογένειες τους που συμμετείχαν στην έρευνα. Τους ευχαριστώ θερμά για την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν, για τον χρόνο που δέδωσαν και για την πολύτιμη συμβολή τους στην υλοποίηση της μελέτης. Χωρίς τη δική τους συμμετοχή, η παρούσα ερευνητική προσπάθεια δεν θα ήταν εφικτή.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την απέραντη ευγνωμοσύνη μου προς την οικογένειά μου και ιδιαίτερα το σύζυγο μου για την αμέριστη αγάπη, την υπομονή, την κατανόηση και τη διαρκή έμπρακτη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής. Η ηθική τους στήριξη, η πίστη τους στις δυνατότητές μου και η αδιάκοπη ενθάρρυνσή τους αποτέλεσαν πηγή δύναμης και έμπνευσης στις απαιτητικές στιγμές αυτής της διαδρομής.

Ξεχωριστή θέση στις ευχαριστίες μου κατέχουν οι γονείς μου, στους οποίους αφιερώνω ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ για όσα μου δίδαξαν με τα λόγια τους και, κυρίως, με το παράδειγμά τους. Η αγάπη τους, η καθοδήγησή τους και η ακλόνητη πίστη τους σε εμένα διαμόρφωσαν τις αξίες και τα εφόδια με τα οποία πορεύομαι στη ζωή και στην επιστήμη. Χωρίς τη δική τους στήριξη, η πορεία αυτή δεν θα ήταν η ίδια. Σε όλους όσους συνέβαλαν, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, εκφράζω τις πιο θερμές και ειλικρινείς μου ευχαριστίες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) αποτελεί μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαπροσωπικές δυσκολίες, δυσκολία στη ρύθμιση του συναισθήματος, συμπεριφορικές δυσκολίες καθώς και διαταραχές στη αντίληψη του εαυτού και της ταυτότητας του ατόμου . Για να τεθεί η διάγνωση πριν την ηλικία των 18 ετών, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια, τα χαρακτηριστικά της διαταραχής θα πρέπει να είναι παρόντα για περισσότερο από ένα έτος, να μην είναι συμβατά με την αναπτυξιακή φάση του ατόμου και να είναι σχετικά σταθερά. Ο επιπολασμός της ΟΔΠ σε εφήβους σε δείγματα εξωτερικών ασθενών καθώς και τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας φτάνουν έως 11% και 50% αντίστοιχα. Όσον αφορά στην αναλογία ως προς το φύλο σε κλινικά δείγματα είναι 3:1 υπέρ των κοριτσιών.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση ΟΔΠ σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις από διαχρονικές μελέτες που υποδεικνύουν ότι ένας συνδυασμός δυσμενών παιδικών εμπειριών (ιδίως συναισθηματική παραμέληση και κακοποίηση), ένα ευρύτερα προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέονται με τα βασικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ . Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, η ΟΔΠ αναδύεται ως αποτέλεσμα πρώιμων διαστρεβλώσεων στις σχέσεις αντικειμένου και το δεσμό. Τα πρώιμα τραύματα λειτουργούν ως εκλυτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη χαρακτηριστικών της ΟΔΠ, επηρεάζοντας αρνητικά την ικανότητα του ατόμου για νοηματοδότηση, συναισθηματική συμβολοποίηση και εννόηση (mentalization- reflective functioning). Η εννόηση ορίζεται ως η φαντασιακή ικανότητα που επιτρέπει στα άτομα να αντιλαμβάνονται και να ερμηνεύουν την ανθρώπινη συμπεριφορά με όρους σκόπιμων ψυχικών καταστάσεων και είναι συνάρτηση των διαπροσωπικών σχέσεων και του πλαισίου μέσα στο οποίο συμβαίνει. Οι ελλείψεις στην ικανότητα των φροντιστών να "νοητικοποιούν" ενδέχεται να διαταράξουν τη διεργασία του δεσμού και την αναδύμενη ικανότητα του παιδιού για νοητική αναπαράσταση. Η ικανότητα των γονέων να κατανοούν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους καθορίζεται από τις εσωτερικές τους καταστάσεις και σχετίζεται στενά με ένα ευρύτερο σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού, όπως η οικογένεια, η

γειτονιά, η τοπική και εθνική κοινότητα, καθώς και το γενικό κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο το παιδί μεγαλώνει. Διαταραχές στη κοινωνική νόηση (social cognition) και ειδικά στη διαδικασία εννόησης έχουν συσχετιστεί με τα βασικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ και περιγράφεται ότι οι έφηβοι με ελλείμματα στην εννόηση είναι πιο ευάλωτοι σε αυτή την ψυχοπαθολογία.

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της σχέσης των οριακών χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την αναστοχαστική λειτουργία (reflective functioning) των εφήβων και της αίσθησης της ποιότητας του δεσμού. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, πραγματοποιήθηκε αρχικά η στάθμιση της Ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου για τα Χαρακτηριστικά Οριακής Προσωπικότητας (BPFS-C-11, Borderline Personality Features Scale - Children) για χρήση σε κλινικό δείγμα εφήβων της πρώιμης εφηβείας (11 – 14 ετών) για την έγκαιρη ανίχνευση αυτών. Η υπόθεση μας ήταν ότι οι ανασφαλείς τύποι δεσμού και τα ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία θα σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ. Επιπλέον, δευτερεύοντες στόχοι της μελέτης ήταν η διερεύνηση του αμυντικού προφίλ των παιδιών με χαρακτηριστικά ΟΔΠ υποθέτοντας ότι παρουσιάζουν ανώριμο προφίλ και άμυνες παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων και η διερεύνηση της σχέσης της ΟΔΠ με την ψυχοπαθολογία με την υπόθεση της υψηλής συννοσηρότητας.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2021 έως τον Φεβρουάριο του 2025. Οι έφηβοι της πρώιμης εφηβικής ηλικίας (11-14 ετών) που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονταν από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τους εφήβους ήταν τα εξής:

1. Κλίμακα Χαρακτηριστικών Οριακής Προσωπικότητας – (Borderline Personality Features Scale for Children-11)
2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για εφήβους 11-18 ετών (Youth Self Report)
3. Ερωτηματολόγιο Αμυντικού Προφίλ – 40 (Defense Style Questionnaire – 40)
4. Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (RFQ-8)

Αντίστοιχα τα ερωτηματολόγια των γονέων ήταν τα εξής:

1. Ερωτηματολόγιο Γονέων για συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των παιδιών τους – (Child Behavior Checklist 6-18 – CBCL)

Επιπλέον, γινόταν η τυπική παιδοψυχιατρική αξιολόγηση (η οποία αποτελούσε και αίτημα των γονέων ή του ίδιου του εφήβου) και με την οποία εξασφαλιζόταν η κλινική διάγνωση εφόσον πληρούνταν τα κριτήρια.

Για την περιγραφική στατιστική των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές και η σταθερά απόκλιση για τις συνεχείς μεταβλητές, οι δε κατηγορικές παρουσιάζονται με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών. Για τη διερεύνηση της προσαρμογής του μονοδιάστατου μοντέλου της κλίμακας BPFS στο δείγμα μας, πραγματοποιήθηκε Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis - CFA). Η προσαρμογή των μοντέλων αξιολογήθηκε με τους εξής δείκτες προσαρμογής: τον Δείκτη Συγκριτικής Προσαρμογής (Comparative Fit Index - CFI), τον Δείκτη Tucker-Lewis (TLI) και την Τετραγωνική Ρίζα του μέσου σφάλματος της εκτίμησης (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA). Η εσωτερική συνέπεια αξιολογήθηκε με τη χρήση του συντελεστή McDonald's Omega (ω). Επιπλέον, για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των λημμάτων, χρησιμοποιήθηκε η Θεωρία Απόκρισης Στοιχείου. Για την εκτίμηση της συγκλίνουσας εγκυρότητας, πραγματοποιήσαμε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης της συνολικής βαθμολογίας BPFS έναντι του Προφίλ Απορρύθμισης του YSR. Για την αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας του BPFS, πραγματοποιήθηκε ανάλυση ROC. Αφού προσδιορίστηκε το σημείο αποκοπής της κλίμακας BPFS, το δείγμα μας διαχωρίστηκε στους εφήβους που σύμφωνα με την κλίμακα παρουσίαζαν υψηλά χαρακτηριστικά οριακής δομής προσωπικότητας (Borderline Personality Traits – BPTs) και σε αυτούς που δεν παρουσίαζαν τέτοια χαρακτηριστικά (χαμηλό επίπεδο). Για τη διερεύνηση του προφίλ αμυντικής λειτουργίας και τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών των μέσων όρων (στις επιμέρους άμυνες αλλά και τα προφίλ αμυνών) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος T ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test) με διόρθωση Bonferroni για την τιμή p. Η ίδια μεθοδολογία ακολουθήθηκε και για τη διερεύνηση των διαφορών των δυο ομάδων όσον αφορά στην αναστοχαστική λειτουργία των εφήβων του ερωτηματολογίου RFQ. Όσον αφορά στις διαφορές των δυο ομάδων στον τύπο δεσμού και στην ύπαρξη ή όχι κλινικών συνδρόμων σύμφωνα με το YSR, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ τετραγώνου (chi-square) ενώ για το μέγεθος αποτελέσματος ο συντελεστής Cramer's V. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών οριακής δομής προσωπικότητας (παρουσία ή απουσία διάγνωσης) του τύπου δεσμού και της αναστοχαστικής λειτουργίας χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διαμεσολάβησης. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ο τύπος δεσμού, κωδικοποιημένος σε δύο δυαδικές μεταβλητές (dummy variables) με ομάδα αναφοράς τον ασφαλή δεσμό: (α)

αποφευκτικός έναντι ασφαλούς και (β) αμφιθυμικός έναντι ασφαλούς. Ο διαμεσολαβητής ήταν η αναστοχαστική λειτουργία, ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η δυαδική μεταβλητή της διάγνωσης της ΟΔΠ (Υψηλά BPTs).

Η χρήση του BPFS στο κλινικό δείγμα της μελέτης μας κατέδειξε πως καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά οριακών χαρακτηριστικών στον υπό μελέτη πληθυσμό που είναι αντίστοιχα αυτών που παρατηρούνται σε ενδονοσοκομειακές δομές (37.9% με επικράτηση των κοριτσιών). Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι η υπηρεσία όπου διεξήχθη η έρευνα είναι η μοναδική σε μια μεγάλη περιοχή στην οποία δεν υπάρχουν κλίνες νοσηλείας και γίνεται προσπάθεια να αξιοποιούνται κυρίως οι εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις. Επιπλέον, επειδή το ποσοστό αυτό προέρχεται κυρίως από το δείγμα των κοριτσιών, είναι πολύ πιθανό να υπάρχει μεροληψία επιλογής καθώς φαίνεται ότι το γυναικείο φύλο υπερεκπροσωπείται στις ασθενείς με ΟΔΠ στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Το μονοδιάστατο μοντέλο της κλίμακας BPFS-11, έδειξε φτωχή προσαρμογή (RMSEA = 0.093, CFI = 0.953, TLI = 0.942). Η ταυτόχρονη αφαίρεση των λημμάτων 3 και 11 (με βάση σταθμίσεις σε άλλες χώρες) οδήγησε σε σημαντικά βελτιωμένη προσαρμογή, η οποία μπορεί να θεωρηθεί άριστη (RMSEA = 0.058, CFI = 0.986, TLI = 0.982). Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας βρέθηκε να είναι υψηλή με τιμή McDonald's omega = 0.81. Επιπλέον αναδειχθηκε η συγκλίνουσα εγκυρότητα για τη συνολική βαθμολογία του BPFS-9 καθώς οι έφηβοι με υψηλές τιμές στο προφίλ απορρύθμισης του YSR κατέγραφαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο BPFS. Τέλος η ανάλυση ROC υπέδειξε ως βέλτιστο σημείο αποκοπής το 26 με εμβαδόν κάτω από την καμπύλη (AUC) ίσο με 0.86, υποδηλώνοντας υψηλή διαγνωστική ικανότητα. Συμπερασματικά όσον αφορά την κλίμακα BPFS η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο και μπορεί να φανεί χρήσιμο στους κλινικούς στην Ελλάδα για την πρώιμη ανίχνευση των χαρακτηριστικών αυτών σε μικρούς εφήβους, με σκοπό την ελαχιστοποίηση των αρνητικών εκβάσεων.

Όσον αφορά στο δεσμό βρέθηκε ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs τοποθετούσαν τον εαυτό τους ως έχοντες ανασφαλή (αποφευκτικό ή αμφιθυμικό) δεσμό σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους εφήβους που είχαν χαμηλά BPTs (73% και 36% αντίστοιχα), εύρημα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. Επιπλέον, οι έφηβοι με υψηλά BPTs παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση στην αναστοχαστική λειτουργία (και πιο συγκεκριμένα στην αβεβαιότητα / υποεννόηση) συγκριτικά με τους εφήβους με χαμηλά BPTs ($p < 0.001$, $es = 1.11 (-1.58 - 0.64)$). Ο τύπος δεσμού φάνηκε να προδιαθέτει σε υψηλά BPTs τόσο άμεσα όσο και

έμμεσα μέσω της αναστοχαστικής λειτουργίας που δρα ως διαμεσολαβητής. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι ο αποφευκτικός και αμφιθυμικός δεσμός οδηγούν σε υψηλά BPTs είτε άμεσα (μόνο ο αποφευκτικός) είτε έμμεσα (ο αμφιθυμικός) μέσω της επίδρασης τους στην αναστοχαστική λειτουργία. Υποδηλώνεται με αυτό τον τρόπο ότι οι δυσκολίες στην ικανότητα του εφήβου να κατανοεί και να ερμηνεύει τις νοητικές καταστάσεις του εαυτού και των άλλων αποτελούν ένα ενδιάμεσο μονοπάτι που καθιστά τους ανασφαλείς τύπους δεσμού ιδιαίτερα επιβαρυντικούς για την ψυχοπαθολογία της οριακής δομής. Αναδεικνύεται με αυτό τον τρόπο η ανάγκη συστηματικής διερεύνησης του δεσμού σε εφήβους με οριακή συμπτωματολογία καθώς και η αξιολόγηση της εννόησης ως βασικού μηχανισμού που μπορεί να αποτελέσει στόχο παρέμβασης. Λαμβάνοντας υπόψιν τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι δυο ανασφαλείς δεσμοί σχετίζονται με την αναστοχαστική λειτουργία, οι παρεμβάσεις σε εφήβους με αμφιθυμικό δεσμό θα πρέπει να στοχεύουν κατά κύριο λόγο στην ενίσχυση της ικανότητας αναστοχασμού, ενώ σε εφήβους με αποφευκτικό δεσμό είναι απαραίτητη η ταυτόχρονη αντιμετώπιση τόσο των άμεσων διαπροσωπικών δυσκολιών όσο και της ελλιπούς αναστοχαστικής λειτουργίας.

Συμβατό με την βιβλιογραφία είναι και το εύρημα ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs κατέγραψαν στατιστικά υψηλότερες τιμές σε ένα πλήθος αμυνών κυρίως ανώριμων και γενικά στο ανώριμο προφίλ του DSQ. Πιο συγκεκριμένα, η προβολή παρουσιάζεται περισσότερο από οποιονδήποτε μηχανισμό στους εφήβους με υψηλά BPT's, ενώ ακολουθούν η εκδραμάτιση και η παθητική επιθετικότητα. Αυτό είναι συνεπές και με την παρατήρηση ότι οι έφηβοι ασθενείς με ΟΔΠ αντιμετωπίζουν περισσότερο συχνά παρορμητικότητα (εκδραμάτιση) και αυτοκτονική συμπεριφορά σε σχέση με τους ενήλικες ασθενείς. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το εύρημα ότι ησχάση (όπως επίσης και η εξιδανίκευση και η υποτίμηση), δεν φαίνεται να διαφοροποιούν τους εφήβους με υψηλά BPTs από αυτούς με χαμηλά BPTs που είναι τυπικά μηχανισμοί άμυνας που απαντώνται σε ενήλικες με ΟΔΠ. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να εξηγείται από το γεγονός και οι έφηβοι με χαμηλά BPTs, αλλά ποικίλη άλλη ψυχοπαθολογία, μπορεί να χρησιμοποιούν αυτούς τους μηχανισμούς άμυνας και επιπλέον ενδέχεται ησχάση, η οποία σχετίζεται με τη διάχυση της ταυτότητας στους ασθενείς με ΟΔΠ, να αποτελεί πιθανώς κοινό τόπο και όχι ειδικό χαρακτηριστικό εφήβων με υψηλά BPT's. Ενδιαφέρον επίσης εύρημα είναι ότι ανάμεσα στους μηχανισμούς άμυνας που βρέθηκε πως χρησιμοποιούν περισσότερο οι έφηβοι με υψηλά BPTs στην παρούσα έρευνα, είναι το

χιούμορ που ενώ είναι ένας ώριμος μηχανισμός άμυνας, το ευρημα αυτό μπορεί να σχετίζεται με τους αρνητικούς τύπους χιούμορ που απαντώνται στη βιβλιογραφία.

Τέλος, ο κανόνας της συννοσηρότητας στην ψυχιατρική του παιδιού και του εφήβου αποτυπώθηκε και στο παρόν δείγμα. Διαπιστώθηκε ότι τόσο οι έφηβοι όσο και οι γονείς τους ανέφεραν την παρουσία συμπτωμάτων κυρίως εσωτερικευμένων και λιγότερο εξωτερικευμένων όπως η επιθετική συμπεριφορά και η παράβαση κανόνων. Η διαφορά στα εσωτερικευμένα με τα εξωτερικευμένα συμπτώματα στο δείγμα μας, πιθανώς να εξηγείται από ότι το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων με υψηλά BPTs ήταν κορίτσια και είναι γνωστό ότι οι γυναίκες με ΟΔΠ παρουσιάζουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη ως συννοσηρότητα ενώ οι άνδρες περισσότερο διαταραχές συμπεριφοράς. Μια άλλη λιγότερο πιθανή εξήγηση είναι ότι λόγω της μικρής ηλικίας δεν έχουν εμπλακεί σε έντονα παραβατικές συμπεριφορές. Σημαντικό εύρημα είναι επίσης ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs ανέφεραν συμπτωματολογία ενδεικτική Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Το εύρημα αυτό σχετίζεται με την παραδοχή ότι ο ρόλος του τραύματος είναι καθοριστικός στην αιτιοπαθογένεια της ΟΔΠ και είναι γνωστό ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που βιώνουν τραυματικά γεγονότα, όπως κακοποίηση, παραμέληση, εκφοβισμό ή χρόνια δυσλειτουργία στις ενδοοικογενειακές σχέσεις, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για ΟΔΠ.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν (α) τη χρήση της κλίμακας BPFS για την πρώιμη ανίχνευση BPTs σε εφήβους στην Ελλάδα, (β) την υψηλή συννοσηρότητα και την ανάγκη ανίχνευσης οριακών χαρακτηριστικών σε εφήβους με άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, (γ) τα υψηλά ποσοστά εφήβων με BPTs στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά και (δ) ενισχύουν την καθιερωμένη θεραπευτική πρακτική όπου προσεγγίσεις που εστιάζουν στη βελτίωση της εννόησης, όπως η MBT, μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ΟΔΠ στην εφηβεία.

Abstract

Screening for borderline features in early adolescence, the role of reflective functioning – Iouliani Koullourou

Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe mental disorder characterized by interpersonal difficulties, emotion and behavioral dysregulation, and disturbances in self-perception and identity. According to diagnostic criteria, for a diagnosis to be established before the age of 18, the features of the disorder must have been present for more than one year, must not be consistent with the individual's developmental stage, and must be relatively stable. The prevalence of BPD among adolescents in outpatient and inpatient clinical samples has been reported to reach up to 11% and 50%, respectively. Regarding sex distribution in clinical samples, the female-to-male ratio is approximately 3:1.

Multiple factors contribute to the emergence of BPD in adolescents and young adults. Longitudinal studies provide strong evidence indicating that a combination of adverse childhood experiences, particularly emotional neglect and abuse, a broadly dysfunctional family environment, and low socioeconomic status are associated with the core features of BPD. According to psychodynamic theories, BPD emerges as a result of early distortions in object relations and attachment. Early trauma may act as a precipitating factor for the development of BPD features, adversely affecting the individual's capacity for meaning-making, emotional symbolization, and mentalization or reflective functioning. Mentalization is defined as the imaginative capacity that enables individuals to perceive and interpret human behavior in terms of mental states; it is shaped by interpersonal relationships and by the context in which these relationships occur. Deficits in caregivers' capacity to mentalize may disrupt the attachment process and the child's emerging ability for mental representation. Parents' capacity to understand that their children's behavior is determined by internal mental states is closely related to a broader set of factors influencing child development, including the family, neighborhood, local and national community, and the wider sociocultural context in which the child grows up. Disturbances in social cognition, and particularly in the process of mentalization, have been associated with the core features of BPD, and adolescents with mentalizing deficits have been described as more vulnerable.

The aim of the present study was to explore the relationship between borderline personality features, adolescents' reflective functioning, and their perceived quality of attachment. To achieve this aim, the Greek version of the Borderline Personality Features Scale for Children-11 (BPFS-C-11) was first validated for use in a clinical sample of early adolescents aged 11 to 14 years, with the purpose of facilitating the early detection of borderline personality features. Our hypothesis was that insecure attachment patterns and deficits in reflective functioning would be associated with BPD features. In addition, secondary aims of the study were to explore the defensive functioning profile of children with BPD features, based on the hypothesis that they would display an immature defensive profile and defenses similar to those observed in adults with BPD, and to explore the relationship between BPD features and psychopathology, based on the hypothesis of high comorbidity.

Data collection took place between February 2021 and February 2025. The early adolescents aged 11 to 14 years who participated in the study were recruited from the Community Centre for Child and Adolescent Mental Health of the Department of Psychiatry in the Faculty of Medicine, University of Ioannina.

The questionnaires administered to the adolescents were the following:

1. Borderline Personality Features Scale for Children-11 (BPFS-C-11)
2. Youth Self-Report (YSR)
3. Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40)
4. Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)

The questionnaire administered to parents was the following:

1. Child Behavior Checklist 6–18 (CBCL)

In addition, a standard child psychiatric assessment was conducted, which was also the reason for referral by the parents or the adolescent. This assessment ensured that a clinical diagnosis was established when diagnostic criteria were met.

For descriptive statistics, means and standard deviations were used for continuous variables, while categorical variables were presented as frequencies and percentages. To examine the fit of the unidimensional model of the BPFS scale in our sample, Confirmatory Factor Analysis (CFA) was conducted. Model fit was evaluated using the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI), and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Internal consistency was assessed using McDonald's omega coefficient. In addition, Item Response Theory was used to evaluate item characteristics. To assess

convergent validity, a linear regression analysis was performed with the total BPFS score regressed on the YSR Dysregulation Profile. To evaluate the diagnostic accuracy of the BPFS, Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis was conducted. After identifying the optimal cut-off point for the BPFS, the sample was divided into adolescents who, according to the BPFS, presented high levels of borderline personality traits (BPTs) and those who did not present such traits, that is, those with low levels of BPTs.

To examine the defensive profile and the statistical significance of mean differences in individual defenses and defense profiles, independent-samples t-tests were used, with Bonferroni correction applied to p-values. The same methodology was followed to examine between-group differences in adolescents' reflective functioning, as assessed by the RFQ. Differences between the two groups in attachment pattern and in the presence or absence of clinical syndromes according to the YSR were examined using the chi-square test, while Cramer's V was used as the measure of effect size. To investigate the relationship between borderline personality traits, defined by the presence or absence of diagnosis, attachment pattern, and reflective functioning, mediation analysis was conducted. The independent variable was attachment pattern, coded into two dummy variables with secure attachment as the reference category: avoidant versus secure attachment and ambivalent versus secure attachment. Reflective functioning was entered as the mediator, while the binary variable indicating BPD diagnosis, namely high BPTs, was used as the dependent variable.

The use of the BPFS in the present study showed high rates of borderline features comparable to those observed in inpatient settings: 37.9%, with a predominance of girls. This may be explained by the fact that the service in which the study was conducted is the only one covering a large geographical area where there are no inpatient beds, and where efforts are made to rely primarily on outpatient interventions. Furthermore, because this rate was mainly driven by the female subsample, selection bias is likely, as female patients with BPD appear to be overrepresented in mental health services.

The unidimensional model of the BPFS-11 showed poor fit: RMSEA = 0.093, CFI = 0.953, TLI = 0.942. The simultaneous removal of items 3 and 11, based on validation studies in other countries, led to substantially improved fit, which may be considered excellent: RMSEA = 0.058, CFI = 0.986, TLI = 0.982. The internal consistency of the scale was high, with McDonald's omega = 0.81. In addition, convergent validity was demonstrated for the total BPFS-9 score, as adolescents with higher scores on the YSR Dysregulation Profile recorded

significantly higher BPFS scores. Finally, ROC analysis indicated an optimal cut-off point of 26, with an area under the curve (AUC) of 0.86, suggesting high diagnostic accuracy. In conclusion, regarding the BPFS, the present study demonstrated that the scale is a reliable instrument and may be useful for clinicians in Greece for the early detection of these features in young adolescents, with the aim of minimizing negative outcomes.

Regarding attachment, adolescents with high BPTs were more likely to classify themselves as having insecure attachment, either avoidant or ambivalent, compared with adolescents with low BPTs: 73% and 36%, respectively. In addition, adolescents with high BPTs showed greater impairment in reflective functioning, and more specifically in uncertainty or hypomentalizing, compared with adolescents with low BPTs, $p < 0.001$, effect size = 1.11, 95% CI: -1.58 to -0.64. Attachment pattern appeared to predispose adolescents to high BPTs both directly and indirectly through reflective functioning. Specifically, avoidant and ambivalent attachment were found to be associated with high BPTs either directly, in the case of avoidant attachment, or indirectly, in the case of ambivalent attachment, through their effect on reflective functioning. This suggests that difficulties in the adolescent's capacity to understand and interpret their own and others' mental states constitute an intermediate pathway through which insecure attachment patterns become particularly burdensome for borderline psychopathology. These findings highlight the need for the assessment of attachment in adolescents with borderline symptomatology, as well as the evaluation of mentalization as a key mechanism that may serve as a target for intervention. Considering the different ways in which the two insecure attachment patterns relate to reflective functioning, interventions for adolescents with ambivalent attachment should primarily aim to strengthen reflective capacity, whereas interventions for adolescents with avoidant attachment should simultaneously address both direct interpersonal difficulties and impaired reflective functioning.

Consistent with the literature, adolescents with high BPTs recorded significantly higher scores on several defense mechanisms, mainly immature defenses, and on the overall immature defense profile of the DSQ. More specifically, projection was more prominent than any other mechanism among adolescents with high BPTs, followed by acting out and passive aggression. This is also consistent with the observation that adolescent patients with BPD more frequently present with impulsivity, including acting out, and suicidal behavior compared with adult patients. Of particular interest is the finding that splitting, as well as

idealization and devaluation, did not appear to differentiate adolescents with high BPTs from those with low BPTs, despite these defense mechanisms typically observed in adults with BPD. This may be explained by the fact that adolescents with low BPTs, but with various other forms of psychopathology, may also use these defense mechanisms. In addition, splitting, which is related to identity diffusion in patients with BPD, may represent a common developmental phenomenon rather than a specific feature of adolescents with high BPTs. Another interesting finding is that humor was among the defense mechanisms used more frequently by adolescents with high BPTs in the present study. Although humor is considered a mature defense mechanism, this finding may be related to the negative forms of humor described in the literature.

Finally, the high comorbidity that appeared in child and adolescent psychiatry was also reflected in the present sample. Both adolescents and their parents reported the presence of symptoms that were mainly internalizing and, to a lesser extent, externalizing, such as aggressive behavior and rule-breaking behavior. The difference between internalizing and externalizing symptoms in our sample may be explained by the fact that most adolescents with high BPTs were girls, and it is known that women with BPD more commonly present with anxiety and depression as comorbidities, whereas men more often present with behavioral disorders. Another, less likely, explanation is that, due to their young age, these adolescents may not yet have become involved in more severe delinquent behaviors. An important finding was also that adolescents with high BPTs reported symptoms indicative of Post-Traumatic Stress Disorder. This finding is related to the assumption that trauma plays a crucial role in the presentation of BPD. It is well established that children and adolescents who experience traumatic events, such as abuse, neglect, bullying, or chronic dysfunction in family relationships, are at increased risk for BPD.

Overall, the findings of the present study support: (a) the use of the BPFS for the early detection of BPTs in adolescents in Greece; (b) the high level of comorbidity and the need to detect borderline features in adolescents with other psychopathological conditions; (c) the high rates of adolescents with BPTs in mental health services; and (d) the established therapeutic practice according to which approaches focusing on the improvement of mentalization, such as Mentalization-Based Treatment, may contribute to the prevention and treatment of BPD in adolescence

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
Φαινομενολογία της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας	2
Επιπολασμός της ΟΔΠ	4
Γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες στην ΟΔΠ.....	5
Περιβαλλοντικοί παράγοντες στην ΟΔΠ και ψυχολογικοί μηχανισμοί	7
Ο ρόλος του τραύματος στην πρώιμη έναρξη της ΟΔΠ.....	9
Ψυχολογικοί μηχανισμοί	13
Μηχανισμοί άμυνας στην ΟΔΠ	33
Ψυχοπαθολογία και ΟΔΠ	36
Θεραπεία της ΟΔΠ	42
Πορεία της ΟΔΠ.....	46
Σημασία της αναγνώρισης της ΟΔΠ στην πρώιμη εφηβεία.....	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	50
Σκοποί της μελέτης	51
Μεθοδολογία της έρευνας και σχεδιασμός.....	51
Εργαλεία της μελέτης.....	53
Στατιστική ανάλυση	59
Εμπιστευτικότητα – θέματα δεοντολογίας.....	63
Παρακολούθηση.....	63
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	64
Περιγραφή του δείγματος.....	65
Ψυχομετρικές Ιδιότητες της Κλίμακας BPFS-C	66
Μηχανισμοί άμυνας σε παιδιά με υψηλά επίπεδα οριακών χαρακτηριστικών	74
Αναστοχαστική λειτουργία σε εφήβους με υψηλά επίπεδα οριακών χαρακτηριστικών	77
Τύπος δεσμού και οριακά χαρακτηριστικά.....	78
Ψυχοπαθολογία και οριακά χαρακτηριστικά.....	81
Αναφερομένη από τους γονείς ψυχοπαθολογία και βαθμός συμφωνίας	84
Συσχετίσεις και προβλεπτικοί παράγοντες για υψηλά οριακά χαρακτηριστικά.....	87
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	145

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Φαινομενολογία της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) αποτελεί μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαπροσωπικές δυσκολίες, δυσκολία στη ρύθμιση του συναισθήματος, συμπεριφορικές δυσκολίες καθώς και διαταραχές στη αντίληψη του εαυτού και της ταυτότητας του ατόμου¹⁻³. Πιο συγκεκριμένα, αν και εκφράζεται με υψηλή ετερογένεια τα κλινικά χαρακτηριστικά ενδέχεται να περιλαμβάνουν αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, εναλλαγές μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης των άλλων, δυσκολία στην αναγνώριση των συναισθημάτων και αναγκών των άλλων, έντονο φόβο εγκατάλειψης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ασταθή εικόνα εαυτού, παρανοειδή ιδεασμό ή αποσυνδεδετικά φαινόμενα, συναισθηματική αστάθεια, έντονο βίωμα και έκφραση των συναισθημάτων, εκρήξεις θυμού, παρορμητικότητα, και επικίνδυνες συμπεριφορές³. Ο όρος εισήχθη από τον Adolf Stern το 1938, ο οποίος θεωρούσε ότι η διαταραχή βρίσκεται στο όριο μεταξύ ψύχωσης και νεύρωσης⁴. Ωστόσο, συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά στο DSM στην τρίτη του έκδοση, ενώ τα κριτήρια της τελευταίας έκδοσης (DSM 5 - TR) είναι τα εξής⁵:

Διάχυτο πρότυπο αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού, των συναισθημάτων και έκδηλης παρορμητικότητας, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή του ατόμου και παρουσία σε ποικιλία πλαισίων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Απεγνωσμένες προσπάθειες αποφυγής της πραγματικής ή φαντασιωσικής εγκατάλειψης. (Δεν περιλαμβάνεται η αυτοκτονική ή η αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά που καλύπτονται στο Κριτήριο 5).
2. Πρότυπο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από την εναλλαγή μεταξύ των άκρων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης.
3. Διαταραχή της ταυτότητας: καταφανώς και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού.
4. Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο περιοχές, η οποία είναι εν δυνάμει αυτοβλαπτική (πχ, έξοδα, σεξ, κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας). (Δεν περιλαμβάνεται η αυτοκτονική ή η αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά που καλύπτονται στο Κριτήριο 5).
5. Υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές, ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά.

6. Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έκδηλη αντιδραστικότητα της διάθεσης (πχ, έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος που διαρκούν συνήθως λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες ημέρες).
7. Χρόνια αισθήματα ματαιότητας.
8. Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ., συχνές εκδηλώσεις οργής, συνεχής θυμός, επανειλημμένοι διαπληκτισμοί).
9. Παροδικός, συνδεδεμένος με στρες, παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά αποσυνδεδετικά συμπτώματα.

Τα κριτήρια είναι γενικά και αφορούν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Στα γενικά κριτήρια των διαταραχών προσωπικότητας τονίζεται ότι για να τεθεί η διάγνωση πριν την ηλικία των 18 ετών, τα χαρακτηριστικά της διαταραχής θα πρέπει να είναι παρόντα για περισσότερο από ένα έτος, να μην είναι συμβατά με την αναπτυξιακή φάση του ατόμου και να είναι σχετικά σταθερά. Επιπλέον, τονίζεται ότι συνήθως αυτά γίνονται αντιληπτά κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλική ζωή. Η διάγνωση λοιπόν της ΟΔΠ στην εφηβεία αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα καθώς υπάρχουν αντιφατικές αναφορές σχετικά με την εγκυρότητα και την σταθερότητα της στην πορεία του χρόνου ^{6,7}. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι η εγκυρότητα και η σταθερότητα της στη μέση και όψιμη εφηβεία είναι συγκρίσιμη με αυτή των ενηλίκων ^{8,9}. Υπάρχουν, άλλες έρευνες όμως, που δείχνουν ότι τα συμπτώματα της ΟΔΠ μειώνονται σημαντικά από την εφηβεία στην ενηλικίωση ^{10,11}. Ενδεχομένως οι διαφοροποιήσεις αυτές που σχετίζονται με την εγκυρότητα της διάγνωσης σε παιδιά της πρώιμης εφηβικής ηλικίας (11-13 ετών) να δικαιολογούνται καθώς η βιβλιογραφία για αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι εξαιρετικά φτωχή ¹². Πάντως φαίνεται η διαστασιακή προσέγγιση (σε σύγκριση με την κατηγορική) στη διάγνωση της ΟΔΠ, να ταιριάζει περισσότερο στους εφήβους καθώς χρησιμοποιεί συγκεκριμένα συμπτώματα (παρορμητικότητα, διαπροσωπική επιθετικότητα) τα οποία είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες τόσο για τους ίδιους τους εφήβους όσο και για τους ενήλικες ¹³. Οι αναφερόμενες διαφορές στη φαινομενολογία μεταξύ ενηλίκων και εφήβων ενδέχεται να οφείλονται στην επικράτηση διαφορετικών συμπτωμάτων αναλόγως της ηλικιακής φάσης. Οι έφηβοι τείνουν να εμφανίζουν περισσότερο οξεία συμπτωματολογία (πχ αυτοτραυματισμοί, αυτοκτονικές συμπεριφορές, παρορμητικότητα, έντονα ακατάλληλα θυμό) ενώ οι ενήλικες εμφανίζουν περισσότερο αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις και διαταραχές στην ταυτότητα ¹⁴⁻¹⁶.

Ωστόσο, δεδομένης της υψηλής εμφάνισης οξέων συμπτωμάτων σε εφήβους με ΟΔΠ είναι σημαντικό να διακρίνουμε αν αυτά οφείλονται σε οξεία ψυχοπαθολογία ή κάποια αναπτυξιακή κρίση, ή αποτελούν χαρακτηριστικά που εντάσσονται αποκλειστικά στο πλαίσιο της διαταραχής προσωπικότητας¹⁷. Χαρακτηριστικά που είναι σύνηθες να παρατηρούνται στους εφήβους, όπως η παρορμητικότητα, η έντονη και ρευστή διαμόρφωση της ταυτότητας και η συναισθηματική αστάθεια, μπορεί να εγείρουν διαγνωστικές δυσκολίες, αλλά αναμένεται να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου όταν εμφανίζονται σε υγιή άτομα. Αντίθετα, σε άτομα με ΟΔΠ τείνουν να επιμένουν ή και να επιδεινώνονται^{18,19}. Επιπλέον, οι έφηβοι με ΟΔΠ παρουσιάζουν σημαντικότερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τόσο στο πλαίσιο της οικογένειας όσο και στις σχέσεις με συνομηλίκους²⁰. Έχει επίσης περιγραφεί ότι βιώνουν περισσότερο συγκρουσιακές και βίαιες ρομαντικές σχέσεις και εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής οικειότητας²¹⁻²⁴.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην υψηλή συχνότητα αυτοτραυματισμών και αποπειρών αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων με ΟΔΠ^{2,19}. Ο Goodman και οι συν. έδειξαν ότι, τόσο σε ομάδες εφήβων όσο και ενηλίκων με ΟΔΠ, περίπου το 90% των ασθενών αναφέρουν αυτοτραυματισμούς, ενώ πάνω από το 75% παραδέχονται ότι έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν (76% στην περίπτωση των εφήβων έναντι 79% των ενηλίκων), κυρίως μέσω υπερβολικής δόσης λήψης φαρμάκων (σε ποσοστό άνω του 50%). Επιπλέον, και στις δύο ομάδες, περισσότερο από το 88% των ασθενών είχε ιστορικό πολλαπλών αυτοτραυματικών συμπεριφορών, ενώ πάνω από το 50% είχε πραγματοποιήσει πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες διαφορές ως προς την επιθετικότητα προς τον εαυτό ανάμεσα στους δύο πληθυσμούς. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι με ΟΔΠ εμπλέκονται σημαντικά συχνότερα από τους ενήλικες σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, ενώ οι ενήλικες αναφέρουν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας²⁵. Αξίζει να τονιστεί ότι μέχρι και το 10% των ατόμων με ΟΔΠ πεθαίνουν από αυτοκτονία^{26,27}.

Επιπολασμός της ΟΔΠ

Ο επιπολασμός της ΟΔΠ στους εφήβους, με τη χρήση των κριτηρίων του DSM-IV, είναι ίδιος ή λίγο μεγαλύτερος από αυτόν των ενηλίκων, δηλαδή περίπου 1- 3% σε κοινοτικό δείγμα²⁸⁻³⁰. Τα ποσοστά σε δείγματα εξωτερικών ασθενών καθώς και τμήματα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι υψηλότερα και φτάνουν στο 11% και 50%³¹⁻³³ αντίστοιχα. Επίσης το 76% των νέων ασθενών που απευθύνονται στα ΤΕΠ με αυτοκτονικές συμπεριφορές πληρούν τα

κριτήρια για ΟΔΠ³⁴. Σε μία πρόσφατη μελέτη από τη Δανία βρέθηκε ότι οι διαγνώσεις της ΟΔΠ στα παιδοψυχιατρικά πλαίσια αυξήθηκαν από 23,6% το 2007 στο 34,1% το 2017³⁵. Το γεγονός αυτό ίσως αναδεικνύει την ανάγκη των ασθενών αυτών για αναζήτηση και εύρεση βοήθειας σε δομές ψυχικής υγείας. Όσον αφορά στην αναλογία ως προς το φύλο, φαίνεται ότι στα κοινοτικά δείγματα δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, ενώ η αναλογία σε κλινικά δείγματα είναι 3:1 υπέρ των κοριτσιών^{36,37}. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στην διαφορετική συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας ανάμεσα στα δύο φύλα και στην διαγνωστική υποκειμενικότητα των ειδικών που τείνουν να διαγιγνώσκουν ευκολότερα κορίτσια με την εν λόγω διαταραχή. Τέλος, δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές στον επιπολασμό της διαταραχής ως προς τα φυλετικά και εθνοτικά χαρακτηριστικά³⁸. Ανάλογα με το δείγμα που μελετάται έχει βρεθεί ότι η αυτοκτονικότητα στους ασθενείς με ΟΔΠ κυμαίνεται μεταξύ 2% και 6%^{39,40}, ενώ παρατηρείται φτωχότερη έκβαση για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες⁴¹ που μπορεί να σχετίζεται με ιστορικό κακοποίησης και με το ρόλο των φύλων στο χρόνο που ενδέχεται να προσδίδει περισσότερο στρες στις γυναίκες. Τα συμπτώματα της ΟΔΠ εμφανίζονται αρχικά στην πρώιμη εφηβεία, παρουσιάζουν κορύφωση στην όψιμη εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή και μειώνονται στη συνέχεια¹ γεγονός που καθιστά την πρώιμη εφηβεία μια σημαντική περίοδο για πρώιμη ανίχνευση.

Γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες στην ΟΔΠ

Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τους μηχανισμούς που οδηγούν στην οριακή συμπτωματολογία στους εφήβους. Τα συμπεράσματα σχετικά με τους ψυχολογικούς και βιολογικούς μηχανισμούς προέρχονται από τη βιβλιογραφία που αφορά τόσο τους ενήλικες όσο και τους εφήβους. Η υπόθεση είναι πως ό,τι ισχύει για τους ασθενείς που έλαβαν διάγνωση στην ενήλικη ζωή είναι πιθανόν να σχετίζεται με την κατανόηση της αναπτυξιακής πορείας που οδηγεί τους εφήβους στη διαταραχή. Ωστόσο είναι σημαντικό να γίνουν κατανοητοί και οι διαφορετικοί δρόμοι που οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής τους εφήβους και τους ενήλικες⁴².

Γενετικοί παράγοντες

Μελέτες διδύμων ενηλικίων με ΟΔΠ υπολογίζουν την κληρονομισημότητα των χαρακτηριστικών της διαταραχής σε ποσοστό 40-50%^{11,43-45}. Παρόμοια ποσοστά έχουν

αναφερθεί και στους εφήβους με την κληρονομισιμότητα της διαταραχής να εκτιμάται μεταξύ 30-66%, ποσοστό που υποδεικνύει μια μέτρια γενετική προδιάθεση^{11,46,47}. Ωστόσο, δεν έχουν βρεθεί συγκεκριμένα γονίδια που σχετίζονται με την ΟΔΠ⁴⁸. Αντίθετα τα γονίδια που φαίνεται να σχετίζονται με την ΟΔΠ είναι μη ειδικά, γεγονός που υποδηλώνει μια γενικότερη γενετική ευαλωτότητα σε ψυχιατρικές διαταραχές⁴⁹. Δύο μελέτες εντόπισαν ότι παιδιά και έφηβοι (ηλικίας 9-15 ετών) που έφεραν ένα s αλληλίο του 5-HTTLPR είχαν υψηλότερα ποσοστά χαρακτηριστικών ΟΔΠ⁵⁰. Αυτό είναι συμβατό με την άποψη ότι η ΟΔΠ σχετίζεται με υψηλή ευαισθησία στο στρες. Σε μία μελέτη κοόρτης 1100 οικογενειών διδύμων βρέθηκε σημαντική επίδραση μεταξύ της κακομεταχείρισης και των χαρακτηριστικών ΟΔΠ που εντοπίστηκαν σε παιδιά ηλικίας 12 ετών, αλλά μόνο σε παιδιά με οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας σαν δείκτη γενετικής ευαλωτότητας⁴⁷. Χαρακτηριστικά του τεμπεραμέντου όπως οι εκρήξεις θυμού, οι απαιτητικές συμπεριφορές⁵¹ ή οι δυσκολίες ρύθμισης του συναισθήματος στην παιδική ηλικία⁵², μπορεί να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης αντιξοοτήτων νωρίς στη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής κακοποίησης⁵³, των πρώιμων δυσκολιών δεσμού,⁵⁴ της σκληρής και ασυνεπούς γονεϊκής λειτουργίας, της έλλειψης γονεϊκής τρυφερότητας⁵⁵ και της γονεϊκής απαξίωσης⁵⁶. Αυτές οι εμπειρίες ενδέχεται να παρεμποδίζουν τον συναισθηματικό συντονισμό και την μετάδοση της κοινωνικής γνώσης μεταξύ του παιδιού και του φροντιστή⁵⁷. Η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικής προδιάθεσης και πρώιμων αρνητικών διαπροσωπικών εμπειριών μπορεί να επιτείνει αλλαγές στην δομή και λειτουργία του εγκεφάλου, ιδιαίτερα στις προμετωπιαίες- μεταχιακές οδούς⁵⁸⁻⁶⁰, στα περιφερικά συστήματα απάντησης στο στρες⁶¹ ή στον άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφρίδιων⁶². Οι πρώιμες διαταραχές, στη ρύθμιση του συναισθήματος και στην κοινωνική νόηση που πηγάζει από την αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων και περιβαλλοντικών εμπειριών έχουν ταυτοποιηθεί ως καθοριστικοί παράγοντες στην εμφάνιση της ΟΔΠ οδηγώντας στα δύο θεωρητικά και θεραπευτικά μοντέλα για την ΟΔΠ^{57,63} δηλαδή το βιοκοινωνικό μοντέλο του Linehan⁶⁴ και το μοντέλο που στηρίζεται στην εννόηση των Fonagy και συνεργατών⁶⁵

Νευροαπεικόνιση

Τα πιο σταθερά ευρήματα της δομικής απεικόνισης του εγκεφάλου των ενηλίκων με ΟΔΠ είναι ο μειωμένος όγκος της αμυγδαλής, του ιππόκαμπου, του οσφρητικού μετωπιαίου φλοιού και του πρόσθιου φλοιού της έλικας του προσαγωγίου. Αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου παίζουν καθοριστικό ρόλο στην συναισθηματική ρύθμιση και την επεξεργασία

κοινωνικών πληροφοριών. Μία πρόσφατη μεταανάλυση 11 μελετών στις οποίες συμμετείχαν 205 ασθενείς με ΟΔΠ και 222 άτομα ελέγχου έδειξε μία μέση μείωση του μεγέθους του ιππόκαμπου και της αμυγδαλής της τάξης του 11% και 13% αντίστοιχα συγκριτικά με το δείγμα ελέγχου ⁶⁶. Σε εφήβους με ΟΔΠ έχει επιπλέον βρεθεί μειωμένος όγκος του αριστερού πρόσθιου φλοιού της έλικας του προσαγωγίου και του δεξιού οσφρητικού μετωπιαίου φλοιού ευρήματα που φάνηκε να σχετίζεται με παρορμητικότητα και με μη αυτοκτονικές αυτοτραυματικές συμπεριφορές (NSSIs)^{58,67,68}. Ωστόσο, επίσης σε εφήβους, έχουν αναφερθεί και αντίθετα αποτελέσματα για τις δύο αυτές περιοχές του εγκεφάλου ^{67,69}. Επιπλέον μία μελέτη ανέφερε ότι δεν εντοπίστηκαν διαφορές στον όγκο της αμυγδαλής ή του ιππόκαμπου σε εφήβους με ΟΔΠ⁵⁸, ενώ άλλοι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μείωση του όγκου αυτών των δομών όπως δείχνουν και τα ευρήματα στους ενήλικες ασθενείς.

Η ασυνέπεια στα ευρήματα αυτά στους έφηβους ασθενείς με ΟΔΠ μπορεί να εξηγηθεί από την ετερογένεια των υπό μελέτη δειγμάτων, και από το γεγονός ότι δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο ασθενών που σχετίζονται με την ΟΔΠ των ενηλίκων δεν έχουν ολοκληρωθεί, γεγονός που καταδεικνύει τη μεγάλη σημασία της πρώιμης παρέμβασης. Επιπλέον, δεν έχει αποσαφηνιστεί αν τα ευρήματα που αφορούν δομικές διαταραχές στον εγκέφαλο αποτελούν ειδικά ευρήματα για τους έφηβους με ΟΔΠ ή αν αντανακλούν το τραύμα ή μια γενικότερα ευαλωτότητα για ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας ⁷⁰.

Τέλος, μελέτες λειτουργικής απεικόνισης σε ενήλικες ασθενείς με ΟΔΠ επισημαίνουν ότι τα ελλείμματα στην συνδεσιμότητα μεταξύ του έσω μετωπιαίου φλοιού του κοιλιομετωπιαίου φλοιού, αμυγδαλής, ιππόκαμπου, του πίσω μέρους της έλικας του προσαγωγίου και της πλάγιας σχισμής ⁷¹ μπορεί να αποτελούν τη βάση των τυπικών χαρακτηριστικών της ΟΔΠ.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες στην ΟΔΠ και ψυχολογικοί μηχανισμοί

Υπάρχουν πλέον ισχυρές ενδείξεις από διαχρονικές μελέτες που υποδεικνύουν ότι ένας συνδυασμός δυσμενών παιδικών εμπειριών (ιδίως συναισθηματική παραμέληση και κακοποίηση), ένα ευρύτερα προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέονται με τα βασικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ ⁷². Για παράδειγμα, η μελέτη Children in the Community ⁷³ διαπίστωσε ότι η κακοποίηση στην παιδική ηλικία σχετίζεται με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ΟΔΠ στην πρώιμη

ενήλικη ζωή, ακόμη και όταν ελέγχονταν για μεταβλητές όπως τα συμπτώματα άλλων διαταραχών προσωπικότητας, η ηλικία, η μόρφωση των γονέων και οι ψυχιατρικές διαταραχές στους γονείς. Στην ίδια μελέτη, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ο πρώιμος αποχωρισμός από τη μητέρα αναδείχθηκαν επίσης ως προγνωστικοί παράγοντες για τα συμπτώματα της ΟΔΠ και ήταν σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες όπως η κακοποίηση και τα προβλήματα της μητέρας ^{74,75}. Οι Lyons-Ruth και συν. ⁷⁶ διαπίστωσαν ότι η απόσυρση της μητέρας στους 18 μήνες προέβλεπε την εμφάνιση οριακών συμπτωμάτων στην όψιμη εφηβεία. Επιπλέον, οι εξωτερικευμένες διαταραχές της μητέρας, το άγχος και η κατάθλιψη κατά την κύηση έχουν συσχετιστεί με πρώιμη εκδήλωση ΟΔΠ ^{55,77}. Επίσης, η σύγχυση ρόλων στις γονεϊκές σχέσεις έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς με πρώιμα συμπτώματα ΟΔΠ, ιδίως σε περιπτώσεις αυτοτραυματισμών κατά την εφηβεία ⁷⁸. Δυσλειτουργικά οικογενειακά πρότυπα, με χαρακτηριστικά όπως η πρόκληση ενοχής, ο ψυχολογικός έλεγχος και η τριγωνοποίηση, έχουν εντοπιστεί σε εφήβους με σοβαρές συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες που ήδη παρουσιάζουν συμπτώματα ΟΔΠ από την παιδική ηλικία ⁷⁹. Επιπλέον, οι Carlson και συν. ⁷⁶ ανέδειξαν την συσχέτιση των πρώιμων αντιξοότητων –όπως ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού και η εχθρότητα των γονέων– με χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στη μέση παιδική ηλικία, στην πρώιμη εφηβεία και την ενήλικη ζωή, με τη διαμεσολάβηση διαταραχών στην αυτοαντίληψη. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία του κοινωνικού πλαισίου και ειδικότερα της κοινωνικής ανισότητας. Οι Wilkinson και Pickett ⁸⁰, για παράδειγμα, παρείχαν σημαντικές ενδείξεις ότι οι χώρες με τα υψηλότερα επίπεδα οικονομικής ανισότητας εμφανίζουν επίσης τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται στενά με την ΟΔΠ, όπως η κατάχρηση ουσιών και οι εφηβικές εγκυμοσύνες. Οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες, και ειδικά οι οικογενειακοί παράγοντες, δεν σχετίζονται μόνο με την ΟΔΠ αλλά και γενικά με τις διαταραχές προσωπικότητας (ΔΠ). Ο δυσπροσαρμοστικός τρόπος γονεϊκότητας ενέχει κινδύνους για την ανάπτυξη ΔΠ στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των αρνητικών γονεϊκών συμπεριφορών, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος οι νέοι ενήλικες να παρουσιάσουν ΔΠ. Άλλοι οικογενειακοί παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη ΔΠ περιλαμβάνουν τη μονογονεϊκή οικογένεια, τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, τις ψυχιατρικές διαταραχές των γονέων, τον αποχωρισμό από τους γονείς ιδιαίτερα πριν από την ηλικία των 5 ετών, τις απόπειρες αυτοκτονίας ή επιτυχημένες απόπειρες των γονέων, το ιστορικό φυλάκισης στην οικογένεια και το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας. Υπάρχουν

επίσης διαχρονικές ενδείξεις, ότι η παιδική κακοποίηση (συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής, σωματικής και λεκτικής κακοποίησης) και η παραμέληση συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για την μετέπειτα ανάπτυξη ΔΠ. Ωστόσο, χρειάζεται να αναγνωρισθεί ότι το πρώιμο τραύμα και η κακοποίηση δεν υπάρχει υποχρεωτικά στο ιστορικό όλων των νέων με ΔΠ. Τέλος, σε περιπτώσεις κακοποίησης διαφορετικά παιδιά θα επηρεαστούν με διαφορετικό τρόπο ενώ υπάρχουν και παιδιά με ιστορικό κακοποίησης που δεν παρουσιάζουν ΔΠ ⁸¹.

Ο ρόλος του τραύματος στην πρώιμη έναρξη της ΟΔΠ

Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, η ΟΔΠ αναδύεται ως αποτέλεσμα πρώιμων διαστρεβλώσεων στις σχέσεις αντικειμένου και στο δεσμό ^{82,83}. Μέσα από τις πρώιμες εμπειρίες δεσμού, τα άτομα αποκτούν βασικές πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητά τους και την ικανότητά τους να ρυθμίζουν εσωτερικές εμπειρίες, καθώς και να διαμορφώνουν στρατηγικές για τη διατήρηση των σχέσεων εγγύτητας⁸⁴. Ένα πρότυπο ανασφαλούς δεσμού μπορεί να εσωτερικευθεί και να αποτελέσει τη βάση για την επανάληψη αναμενόμενων κακοποιητικών ή απορριπτικών σχέσεων ⁸⁵. Η ΟΔΠ τείνει να εκδηλώνεται όταν, από νωρίς, το παιδί μεγαλώνει σε περιβάλλον που εμποδίζει την έκφραση των συναισθημάτων ⁶⁴. Τα παιδιά που έχουν εκτεθεί σε τέτοιες επιβαρυντικές συνθήκες δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν, να ρυθμίσουν και να αντέξουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, παρουσιάζοντας έντονη ταλάντευση μεταξύ συναισθηματικής αστάθειας και συναισθηματικής αναστολής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 30% έως και 90% των περιπτώσεων ΟΔΠ, σχετίζονται με ιστορικό παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης ⁸⁶⁻⁸⁸. Ορισμένοι συγγραφείς προτείνουν ότι η συναισθηματική ρύθμιση θα πρέπει να θεωρείται ως βασικός διαμεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ παιδικού τραύματος και ανάπτυξης ΟΔΠ ⁸⁹. Όπως ισχύει και για τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές, η επικρατέστερη θεωρητική προσέγγιση για την αιτιοπαθογένεια της ΟΔΠ αφορά στην αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων ^{48,64,90}, δηλαδή στην αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικά προσδιορισμένης ευαλωτότητας (όπως χαρακτηριστικά του ταμπεραμέντου και γενετικοί πολυμορφισμοί που αναφέρθηκαν προηγουμένως) και δυσμενών περιβαλλοντικών επιρροών, όπως τα τραύματα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας ⁹¹. Γενικά η άποψη ότι η ιδιοσυγκρασιακή ευαλωτότητα, σε συνδυασμό με τις παιδικές αντιξοότητες συμβάλλουν

στην ανάπτυξη χαρακτηριστικών της ΟΔΠ, είναι αποδεκτή⁹²⁻⁹⁴. Ερευνητικά δεδομένα έχουν εντοπίσει συγκεκριμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά σε παιδιά και εφήβους, όπως συναισθηματική αστάθεια, αρνητική συναισθηματικότητα, ακατάλληλος θυμός, παρορμητικότητα, φτωχός συναισθηματικός έλεγχος και επιθετικότητα, τα οποία ενδέχεται να λειτουργούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση ΟΔΠ^{47,95,96}.

Από την άλλη, η κακομεταχείριση (maltreatment)* εντός της οικογένειας (σωματική, λεκτική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση), η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς, καθώς και οι συγκρουσιακές σχέσεις γονέα-παιδιού έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση ΟΔΠ. Τα κακοποιημένα παιδιά αναπτύσσουν μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους, τους άλλους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις⁹⁷. Η κακομεταχείριση στο οικογενειακό πλαίσιο μπορεί να εσωτερικευθεί μέσω της ανάπτυξης ανασφαλούς δεσμού. Σοβαρές και χρόνιες εμπειρίες κακομεταχείρισης σχετίζονται με άγχος και με την υιοθέτηση της πεποίθησης ότι οι άλλοι είναι αναξιόπιστοι. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος αυτό παίζει ρόλο στη συσχέτιση μεταξύ παιδικής κακομεταχείρισης και πρώιμων συμπτωμάτων ΟΔΠ⁹⁸.

Τα πρώιμα τραύματα λειτουργούν ως εκλυτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη χαρακτηριστικών της ΟΔΠ, επηρεάζοντας αρνητικά την ικανότητα του ατόμου για νοηματοδότηση και συναισθηματική συμβολοποίηση⁹⁹⁻¹⁰¹. Οι αντιξόοτητες της παιδικής ηλικίας –και ιδιαίτερα αυτές που εμφανίζονται στην προσχολική περίοδο– έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην πρώιμη ανάπτυξη χαρακτηριστικών της ΟΔΠ. Επιπλέον, καταγράφεται σωρευτική επίδραση των τραυματικών εμπειριών: παιδιά που έχουν υποστεί περισσότερους από έναν τύπους κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια, παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη σοβαρότητα στα χαρακτηριστικά της διαταραχής^{96,102-104}. Η λεκτική, συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, σε συνδυασμό με τη συναισθηματική και σωματική παραμέληση, καθώς και τη χρόνια θυματοποίηση από συνομηλίκους, έχουν αναγνωριστεί επίσης ως πιθανοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο πρώιμης εμφάνισης της ΟΔΠ.

* Ορισμός της Παιδικής Κακοποίησης (Π.Ο.Υ.) : «Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης.

Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως «κάθε σεξουαλική πράξη στην οποία το θύμα δεν συναίνεσε, δεν μπορούσε να συναίνεσει ή εξαναγκάστηκε ή χειραγωγήθηκε ώστε να συναίνεσει». Η πλειοψηφία των μελετών έχει αναδείξει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και της πρώιμης έναρξης της ΟΔΠ ^{69,105-112}. Ωστόσο, δεν επιβεβαιώνονται όλα τα ευρήματα σε κάθε μελέτη. Οι έφηβοι με ΟΔΠ αναφέρουν ιστορικό σεξουαλικού τραύματος σε υψηλότερα ποσοστά από τους υγιείς εφήβους, αλλά και από εφήβους με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις ^{69,109}. Τα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης συνδέονται στενά με αυτοκτονικές συμπεριφορές σε νέους με ΟΔΠ. Αξιοσημείωτο είναι ότι η σεξουαλική κακοποίηση φαίνεται να είναι ο μοναδικός τύπος κακοποίησης που παρουσιάζει ανεξάρτητη και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την πρώιμη ανάπτυξη της ΟΔΠ, σύμφωνα με μελέτη σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας με ΟΔΠ, συγκρινόμενα με κλινικό δείγμα ομάδας ελέγχου ¹¹⁰. Τέλος, η πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση ενδέχεται να μεταβάλλει την κλινική εικόνα και να επιδεινώνει την πορεία της διαταραχής ¹¹³.

Σωματική και λεκτική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως «η σκόπιμη (μη τυχαία) πρόκληση σωματικής βλάβης σε ένα άτομο (π.χ. μώλωπες, εγκαύματα, πνιγμονή, κατάγματα)», ενώ η λεκτική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε μορφή “επικοινωνίας” που προκαλεί συναισθηματική βλάβη (π.χ. προσβολές, υποτίμηση, ταπείνωση, κοροϊδία)”. Πλήθος ερευνών έχει καταδείξει τη σύνδεση μεταξύ σωματικής ή λεκτικής κακοποίησης και της εμφάνισης ΟΔΠ ^{96,110,114,115}. Το τραύμα επηρεάζει πολλαπλές διαστάσεις της προσωπικότητας, όπως η συναισθηματική απορρύθμιση, η διάχυση της ταυτότητας, οι δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Τα παιδιά που έχουν βιώσει σωματική κακοποίηση εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ και είναι πιο πιθανό να χαρακτηριστούν ως υψηλού κινδύνου για μελλοντική διάγνωση ⁹⁶. Όσον αφορά τη λεκτική κακοποίηση, τα διαθέσιμα δεδομένα είναι περιορισμένα, αλλά υποδηλώνουν ότι αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων ¹¹⁵.

Παραμέληση

Η παραμέληση, ως μορφή κακοποίησης, χαρακτηρίζεται από «την αποτυχία παροχής κατάλληλης επίβλεψης και φροντίδας στο παιδί, οδηγώντας σε σωματική ή συναισθηματική βλάβη», και περιλαμβάνει τη σωματική και συναισθηματική παραμέληση. Η συσχέτιση της παραμέλησης με την πρώιμη εκδήλωση ΟΔΠ έχει τεκμηριωθεί σε αρκετές μελέτες^{69,76,96,110,114,115}. Τα κυριότερα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι έφηβοι με ΟΔΠ και συννοσηρή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά παραμέλησης σε σχέση με υγιείς συνομηλίκους⁶⁹. Η σωματική παραμέληση συνδέεται με πρώιμα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ, ενώ ο συνδυασμός παραμέλησης και ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης τόσο ΟΔΠ όσο και αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας^{96,114}. Η ελλιπής επίβλεψη, η αδυναμία θέσπισης ορίων, η απουσία παρέμβασης σε ακατάλληλες συμπεριφορές και η άγνοια σχετικά με τη δραστηριότητα ή τις παρέες του παιδιού— έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών προσωπικότητας της Ομάδας Β κατά την εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή¹¹⁵. Τέλος, η μητρική απόσυρση κατά τη βρεφική ηλικία—δηλαδή η σωματική και συναισθηματική αποστασιοποίηση της μητέρας από το βρέφος— έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την εμφάνιση συμπτωμάτων ΟΔΠ, αλλά και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ή αυτοκτονικού ιδεασμού στην εφηβεία⁷⁶.

Εκφοβισμός

Ο εκφοβισμός συνιστά «συστηματική κατάχρηση εξουσίας» και ορίζεται ως επαναλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά ή εκ προθέσεως πρόκληση βλάβης από συνομηλίκους, στο πλαίσιο μιας σχέσης ανισότητας δύναμης—πραγματικής ή αντιληπτής— μεταξύ θύματος και θύτη. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ο εκφοβισμός κατά την προσχολική ηλικία αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη για πρώιμη εμφάνιση της ΟΔΠ^{116,117}, με χρονική καθυστέρηση εκδήλωσης 2–6 ετών μετά τις συμπεριφορές εκφοβισμού. Οι έφηβοι με πρώιμη ΟΔΠ που έχουν υπάρξει θύματα εκφοβισμού βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς, θυμού και απώλειας εμπιστοσύνης^{118,119}.

Νευροβιολογία, και Επιγενετική στο πρώιμο τραύμα και την ΟΔΠ

Οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες προκαλούν χρόνια υπερδιέγερση του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), οδηγώντας σε αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης. Η υπερέκθεση

του ιπποκάμπου στην κορτιζόλη ενδέχεται να προκαλέσει διαστρεβλωμένη ερμηνεία εξωτερικών ερεθισμάτων ως απειλητικών, ενεργοποιώντας υπερβολικά την αμυγδαλή, η οποία εμπλέκεται στη ρύθμιση του φόβου και της επιθετικότητας⁹¹. Η υπερδραστηριότητα του προμετωπιαίου φλοιού επιφέρει διαταραχές στη λογική σκέψη, στη λήψη αποφάσεων και στην ικανότητα αυτορρύθμισης σε ασθενείς με ΟΔΠ^{91,120}. Επιπλέον, το τραύμα φαίνεται να επηρεάζει την παρορμητικότητα με βάση τον γονότυπο: χαμηλότερη παρορμητικότητα μετά από σοβαρά γεγονότα ζωής παρατηρείται σε άτομα με SS και SL γονότυπο, ενώ αυξημένη παρορμητικότητα καταγράφεται σε φορείς του LL γονότυπου του πολυμορφισμού S/L του προαγωγέα του μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTTLPR)¹²¹. Για την καλύτερη κατανόηση της αλληλεπίδρασης περιβάλλοντος και γονιδίων, έχουν διεξαχθεί επίσης επιγενετικές μελέτες. Ο Perroud και συνεργάτες¹²² διερεύνησαν επιγενετικές μεταβολές στον υποδοχέα σεροτονίνης 3A (5-HT3AR) σε άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης και διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές. Διαπίστωσαν ότι η επιγενετική τροποποίηση του 5-HT3AR σχετιζόταν τόσο με την κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία όσο και με την παρουσία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της ΟΔΠ¹²².

Ψυχολογικοί μηχανισμοί

Μελέτες που αξιολογούν την συναισθηματική ανταπόκριση των ατόμων με ΟΔΠ στην καθημερινή ζωή έχουν δείξει αυξημένη συναισθηματική αστάθεια σε σύγκριση με άτομα χωρίς ΟΔΠ. Ωστόσο, η συναισθηματική αστάθεια δεν είναι αποκλειστικό γνώρισμα της ΟΔΠ και έχει παρατηρηθεί επίσης σε άτομα με μετατραυματική διαταραχή στρες και διαταραχή υπερφαγίας¹²³. Συναισθήματα με κοινωνική συνισταμένη όπως η ντροπή, η ενοχή, η αηδία και ο φόβος κοινωνικής απόρριψης φαίνεται να είναι κεντρικά στη φαινομενολογία της ΟΔΠ στους ενήλικες¹²⁴ και μπορεί να προκαλέσουν έντονα αποσυνδεδετικά συμπτώματα τα οποία με τη σειρά τους σχετίζονται με μειωμένη αντίληψη πόνου. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και σε εφήβους με ΟΔΠ¹²⁵⁻¹²⁷.

Η έρευνα έχει ενισχύσει σημαντικά την κατανόησή της σχέσης μεταξύ αυτών των συναισθηματικών μοτίβων και των διαπροσωπικών προβλημάτων, μελετώντας τη συμπεριφορά σε τυποποιημένες κοινωνικές καταστάσεις. Ιδιαίτερα σημαντικά αναδεικνύονται τα πεδία της ευαισθησίας στην κοινωνική απόρριψη, της πρόκλησης επιθετικής συμπεριφοράς και της αδυναμίας συμμετοχής σε σχέσεις εμπιστοσύνης και συνεργασίας¹²⁸. Σε ενήλικες με ΟΔΠ, η εμπειρία κοινωνικού αποκλεισμού –κυρίως σε

πειραματικές συνθήκες¹²⁹ – οδηγεί σε διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για τους άλλους, όπως αισθήματα περιφρόνησης, αγανάκτησης και θυμού^{130,131}. Παρομοίως, πρόσφατη μελέτη σε εφήβους με ΟΔΠ έδειξε ότι, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, έδειξε ότι βίωσαν πιο έντονα αρνητικά συναισθήματα σε πείραμα κοινωνικού αποκλεισμού, χωρίς όμως διαφορές στο μοτίβο αντίδρασης¹³².

Διαταραχές στη κοινωνική νόηση (social cognition) και ειδικά στη διαδικασία εννόησης έχουν συσχετιστεί με όλα τα βασικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ. Η εννόηση αναφέρεται στην ικανότητα κατανόησης του εαυτού και των άλλων μέσα από τις προθέσεις, τα συναισθήματα, τις επιθυμίες και τις αξίες – μια δεξιότητα απαραίτητη για αποτελεσματική κοινωνική λειτουργία^{133,134}. Μελέτες σε ενήλικες με ΟΔΠ υποδεικνύουν μια τάση να ερμηνεύουν θετικά και ουδέτερα κοινωνικά ερεθίσματα ως αρνητικά¹³⁵. Αυτό σχετίζεται με ελλείμματα σε δεξιότητες που απαιτούν σε βάθος επεξεργασία των προθέσεων και των συναισθημάτων των άλλων^{133,134}. Ένα αντίστοιχο μοτίβο υπερευαισθησίας σε αρνητικά πρόσωπα και δυσκολίες απεμπλοκής από απειλητικές κοινωνικές πληροφορίες έχει παρατηρηθεί και σε εφήβους με ΟΔΠ¹³⁶⁻¹³⁸. Ωστόσο, δεν έχουν επιβεβαιωθεί όλα τα ευρήματα. Για παράδειγμα, κάποιες μελέτες δείχνουν παρόμοια ή και μειωμένη ευαισθησία στη συναισθηματική έκφραση^{139,140}. Παρά τις μεθοδολογικές διαφορές που ίσως εξηγούν την απόκλιση αυτή, η αξιοσημείωτη ετερογένεια της ΟΔΠ (π.χ. σε σχέση με το ιστορικό τραύματος) ενδέχεται επίσης να παίζει ρόλο σε αυτά¹³⁴. Στην κατανόηση της εννόησης βοηθάει και η νευροβιολογία η οποία υποστηρίζει ότι οι περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται σε αυτή και στη ρύθμιση του συναισθήματος (όπως ο προμετωπιαίος φλοιός και ο άνω κροταφικός λοβός), υφίστανται μεγάλες διαρθρωτικές αλλαγές στην εφηβεία, επηρεάζοντας σοβαρά τις ικανότητες αυτής (της εννόησης). Η εμπειρία απόρριψης από συνομηλίκους, σε συνδυασμό με τις δυσμενείς παιδικές εμπειρίες που είναι συχνές στα άτομα με ΟΔΠ (όπως αναφέρθηκε παραπάνω), ενδέχεται να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην εγκεφαλική ωρίμανση στην όψιμη εφηβεία, όπως έχει αποδειχθεί πρόσφατα σε ζωικά μοντέλα. Μελέτες άλλωστε δείχνουν ότι αυτές οι νευροβιολογικές αλλοιώσεις δεν εκδηλώνονται απαραίτητα ως έλλειψη εννόησης, αλλά μάλλον ως υπερενόηση (hypermentalizing)^{141,142}.

Εννόηση (mentalizing) †

Η εννόηση είναι η φαντασιακή ικανότητα που επιτρέπει στα άτομα να αντιλαμβάνονται και να ερμηνεύουν την ανθρώπινη συμπεριφορά με όρους σκόπιμων ψυχικών καταστάσεων (πχ, ανάγκες, επιθυμίες, πεποιθήσεις, συναισθηματικές καταστάσεις) ^{143,144}. Είναι μια μορφή κοινωνικής νόησης. Η ικανότητα αυτή είναι θεμελιώδης για την λειτουργία ενός ατόμου στις κοινωνικές σχέσεις, τη ρύθμιση των συναισθημάτων και την ανάπτυξη και διατήρηση της αυτογνωσίας και της συνοχής του εαυτού ⁶⁵. Η εννόηση θεωρείται ότι εννοιολογικά συγγενεύει με άλλες γνωστικές λειτουργίες όπως η Θεωρία του Νου (Theory of Mind), η ανάγνωση νοητικών καταστάσεων (mind reading), η ενσυναίσθηση, η μεταγνώση, η ενσυνειδητότητα (mindfulness), η υιοθέτηση οπτικής τρίτου προσώπου (perspective taking) και η αναστοχαστική λειτουργία ¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. Η εννόηση είναι συνάρτηση των διαπροσωπικών σχέσεων και του πλαισίου μέσα στο οποίο συμβαίνει ^{65,148}. Υποστηρίχθηκε θεωρητικά ότι η εννόηση αναπτύσσεται μέσα από μια διαγενεακή πορεία. Το μοντέλο ψυχοπαθολογίας που βασίζεται στην εννόηση υποστηρίζει ότι το πρώιμο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού μπορεί να παρεμποδίσει πτυχές της κοινωνικής και προσωπικής του ανάπτυξης που σχετίζονται με ορισμένες μορφές ψυχοπαθολογίας. Οι ελλείψεις στην ικανότητα των φροντιστών να "νοητικοποιούν" ενδέχεται να διαταράξουν τη διεργασία του δεσμού και την αναδυόμενη ικανότητα του παιδιού για νοητική αναπαράσταση. Τέτοιες δυσλειτουργικές διαδικασίες δεσμού, πιθανώς σε συνδυασμό με μια βιολογική ή γενετική προδιάθεση, θεωρείται ότι ενισχύουν την ευαλωτότητα για την εμφάνιση της ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή.

Αναπτυξιακή πορεία της εννόησης

Η ανάπτυξη της ικανότητας εννόησης ξεκινά πολύ νωρίς. Κατά τους πρώτους μήνες ζωής, τα βρέφη παρουσιάζουν ήδη συνδυασμένη προσοχή και κοινή προθετικότητα (shared intentionality) ^{65,149,150}. Περίπου στην ηλικία των 6-9 μηνών, ή ενδεχομένως και νωρίτερα, αρχίζουν να κατανοούν ότι οι συμπεριφορές είναι λογικές και αποσκοπούν στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων ¹⁴⁵. Μέσω αυτής της διαδικασίας, τα παιδιά αποκτούν μια τελεολογική στάση, που τους επιτρέπει να χρησιμοποιούν την παρατηρούμενη

† Στην παρούσα διατριβή και με βάση το άρθρο των Fonagy et al. "Development and Validation of a self-report measure of mentalizing: the Reflective Functioning Questionnaire", ο όρος Mentalizing (εννόηση) χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του όρου Reflective Functioning (αναστοχαστική λειτουργία). Επιπλέον, με βάση το ελληνικό άρθρο των Fonagy και Βρούβα, και της ελληνικής απόδοσης της Mentalization based treatment, ο όρος mentalizing μεταφράστηκε ως εννόηση, αναγνωρίζοντας ωστόσο ότι εναλλακτικά χρησιμοποιείται και ο όρος νοητικοποίηση ή ψυχοποίηση.

πραγματικότητα για να κατανοήσουν τους σκοπούς των πράξεων ^{145,151}. Στα μέσα του δεύτερου έτους ζωής, το παιδί αρχίζει να εμφανίζει βασική ικανότητα εννόησης, μέσω ενός αυτόματου και διαισθητικού τρόπου κατανόησης ότι οι ορθολογικές, στοχοκατευθυνόμενες συμπεριφορές απορρέουν από νοητικές καταστάσεις. Στους 18 μήνες, τα βρέφη εμπλέκονται σε συμβολικό παιχνίδι (pretend play), το οποίο σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές αποτελεί ένδειξη αναδυόμενης ικανότητας εννόησης ¹⁵². Στην ηλικία των 3 ετών, τα παιδιά αποκτούν την ικανότητα της συλλογικής προθετικότητας (collective intentionality), δηλαδή είναι σε θέση να λειτουργούν μέσα σε ομάδα, τηρώντας κοινούς κανόνες, νόρμες και συμβάσεις ^{65,149}. Πριν την ηλικία των 4 ετών, τα παιδιά μαθαίνουν πώς να ψεύδονται, και γύρω στα 4, η πλειονότητά τους είναι ικανή να περάσει το τεστ της ψευδούς πεποίθησης (false belief test) ^{145,153}. Μετά την ηλικία των 6 ετών και κατά τα σχολικά έτη, τα παιδιά αρχίζουν να κατανοούν ότι οι άνθρωποι έχουν πεποιθήσεις για άλλους ανθρώπους και ότι αυτές οι πεποιθήσεις δεν είναι απαραίτητα αληθείς (ικανότητα δεύτερης τάξης για ψευδείς πεποιθήσεις – second-order false belief) ^{145,154}. Στα επόμενα χρόνια, βελτιώνουν την ικανότητά τους να ψεύδονται, να εξαπατούν και να χειρίζονται τους άλλους, και αποκτούν δεξιότητες όπως η ειρωνεία, ο σαρκασμός και το χιούμορ ^{145,155}. Η ικανότητα εννόησης συνεχίζει να εξελίσσεται κατά την διάρκεια της εφηβείας, παράλληλα με τη σημαντική δομική και λειτουργική ωρίμανση του «κοινωνικού εγκεφάλου» (social brain), ενός νευρωνικού δικτύου που εμπλέκεται σε κοινωνικογνωστικές διεργασίες ^{156,157}. Ως εκ τούτου, έχει αναγνωρισθεί ότι κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, μη προσαρμοστικές γνωστικές στρατηγικές όπως η υποεννόηση (hypomentalization) και η υπερενόηση (hypermentalization) ενδέχεται να αντανakλούν φυσιολογικές διαδικασίες κοινωνικοσυναισθηματικής μάθησης και προσαρμογής σε νέες, περίπλοκες διαπροσωπικές καταστάσεις της περιόδου αυτής ¹⁵⁷.

Νευροβιολογία των 4 διαστάσεων της εννόησης

Τα ευρήματα της έρευνας στον τομέα της νευροεπιστήμης επιβεβαιώνουν ότι η ικανότητα για εννόηση είναι πολυδιάστατη, και ότι εντός αυτής μπορούν να διακριθούν τέσσερις βασικές διαστάσεις ή πόλοι, καθένας εκ των οποίων εξαρτάται από διακριτά νευρωνικά κυκλώματα ¹⁴⁸. Η πρώτη διάσταση αφορά τη διάκριση μεταξύ αυτόματης και ελεγχόμενης εννόησης. Η αυτόματη εννόηση είναι ταχεία, αντανakλαστική και βασίζεται σε φυλογενετικά αρχέγονα εγκεφαλικά κυκλώματα που επεξεργάζονται αισθητηριακές πληροφορίες. Αντίθετα, η ελεγχόμενη εννόηση είναι συνειδητή, λεκτική και στοχαστική, και στηρίζεται σε νεότερα

εγκεφαλικά συστήματα που σχετίζονται με συμβολική και γλωσσική επεξεργασία. Υπό συνθήκες έντονου άγχους ή συναισθηματικής διέγερσης, παρατηρείται συχνά μετατόπιση από την ελεγχόμενη προς την αυτόματη εννόηση⁶⁵. Επιπλέον, αυξημένη συναισθηματική ενεργοποίηση μπορεί να οδηγήσει στην αναστολή των νευρωνικών συστημάτων που σχετίζονται με την ικανότητα εννόησης^{146,158}. Η δεύτερη διάσταση σχετίζεται με την εστίαση της εννόησης σε εξωτερικά ή εσωτερικά χαρακτηριστικά. Η εξωτερικά προσανατολισμένη εννόηση βασίζεται σε πλάγια μετωπο-κροταφο-βρεγματικά δίκτυα και εμπλέκεται σε πιο αυτοματοποιημένες και λιγότερο αναστοχαστικές διαδικασίες. Αντίθετα, η εσωτερικά προσανατολισμένη εννόηση υποστηρίζεται από το μέσο μετωποβρεγματικό δίκτυο, το οποίο σχετίζεται με πιο συνειδητές και ελεγχόμενες μορφές εννόησης^{65,148}. Η τρίτη διάσταση αφορά την εννόηση με επίκεντρο τον εαυτό ή τους άλλους. Έχει πλέον τεκμηριωθεί η ύπαρξη κοινών αλλά λειτουργικά διακριτών νευρωνικών συστημάτων που υποστηρίζουν αυτή τη διάκριση: το σύστημα κοινής αναπαράστασης (Shared Representation – SR) και το σύστημα απόδοσης νοητικών καταστάσεων (Mental State Attribution – MSA)^{65,159}. Το SR σύστημα εμπλέκεται στην άμεση, βιωματική κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων και ενεργοποιεί περιοχές όπως η κάτω μετωπιαία έλικα, ο κάτω βρεγματικός λοβός, η πρόσθια νήσος και ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου. Το MSA σύστημα υποστηρίζει πιο αφηρημένες, συμβολικές και γνωσιακές λειτουργίες απόδοσης προθέσεων και πεποιθήσεων στους άλλους και στηρίζεται σε δομές όπως ο κοιλιομεσομετωπιαίος και ραχιομεσομετωπιαίος προμετωπιαίος φλοιός, ο σύνδεσμος της κροταφοβρεγματικής ένωσης και ο μέσος κροταφικός πόλος. Τα δύο αυτά συστήματα αλληλοαναστέλλονται, με το MSA να επιδρά ανασταλτικά στο SR μέσω μηχανισμών καθοδικής ρύθμισης (top-down control)^{65,160}. Τα γνωστικά χαρακτηριστικά της εννόησης περιλαμβάνουν τη συλλογιστική πεποιθήσεων–επιθυμιών και την ικανότητα λήψης προοπτικής, ενώ τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τη συναισθηματική ενσυναίσθηση και τη εννοητική συναισθηματικότητα (mentalized affectivity). Ενώ η γνωστικά προσανατολισμένη εννόηση εξαρτάται από αρκετές περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού, η συναισθηματικά προσανατολισμένη φαίνεται να σχετίζεται ιδιαίτερα με τον μεσοκοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό (VMPFC). Αυτό υποδηλώνει ότι ο VMPFC μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο να «σηματοδοτεί» τις νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων με συναισθηματικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν στη συνέχεια να ενσωματωθούν με γνωστικές πλευρές, όπως η συλλογιστική πεποιθήσεων–επιθυμιών.

Η πολυπλοκότητα και η δυναμική αλληλεπίδραση αυτών των διαστάσεων υποδηλώνει ότι η ικανότητα για εννόηση δεν είναι μια στατική δεξιότητα, αλλά μια σύνθετη, ευμετάβλητη λειτουργία του εγκεφάλου, που επηρεάζεται έντονα από το πλαίσιο, το άτομο και την ψυχοβιολογική του κατάσταση. Η κατανόηση των νευρωνικών υποστρωμάτων αυτών των διαστάσεων είναι κρίσιμη για την ερμηνεία τόσο της φυσιολογικής κοινωνικής ανάπτυξης όσο και της παθολογίας, όπως στις διαταραχές προσωπικότητας, στο φάσμα του αυτισμού ή σε περιπτώσεις πρώιμου τραύματος.

Παράγοντας που επηρεάζουν την ανάπτυξη της εννόησης

Παλαιότερα, η ανάπτυξη της ικανότητας για εννόηση θεωρούνταν ότι συνέβαινε κυρίως μέσα στο πλαίσιο της σχέσης μεταξύ του παιδιού και του βασικού φροντιστή^{146,161}. Είχε διατυπωθεί η άποψη ότι ο ασφαλής δεσμός αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο αναπτύσσεται μια ισχυρή ικανότητα εννόησης¹⁶². Επίσης, δινόταν έμφαση στον ρόλο της ικανότητας του φροντιστή να αντανακλά σωστά την ψυχική κατάσταση του παιδιού¹⁴⁷. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η ικανότητα εννόησης του φροντιστή αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη ασφαλούς δεσμού στο παιδί, καθώς και για την ανάπτυξη της δικής του ικανότητας εννόησης, η οποία επιτρέπει την κατάλληλη ρύθμιση των συναισθημάτων και τη λειτουργικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η συναισθηματική έκφραση του φροντιστή πρέπει να είναι προσαρμοστική (contingent) και "επισημασμένη" (marked)^{65,163}. Ο όρος "επισημασμένη επικοινωνία" αναφέρεται στην ικανότητα του φροντιστή να δείχνει στο παιδί, αφενός, ότι κατανοεί την εσωτερική του κατάσταση και, αφετέρου, ότι αυτό που κάνει ή λέει αφορά αποκλειστικά το ίδιο το παιδί.

Σε πρόσφατες μελέτες, τονίζεται η επίδραση άλλων παραγόντων στην ανάπτυξη της ικανότητας για εννόηση. Οι Luyten και συν. προτείνουν ένα κοινωνικο-εξελικτικό επικοινωνιακό μοντέλο ανάπτυξης της εννόησης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η ικανότητα των γονέων να κατανοούν ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους καθορίζεται από τις εσωτερικές τους καταστάσεις σχετίζεται στενά με ένα ευρύτερο σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού, όπως η οικογένεια, η γειτονιά, η τοπική και εθνική κοινότητα, καθώς και το γενικό κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο το παιδί μεγαλώνει. Οι συγγραφείς αυτού του μοντέλου υπογραμμίζουν ότι οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την εξελικτικά καθορισμένη ικανότητα να αναγνωρίζει κάποιος ότι η γνώση που παρέχεται από άλλους είναι αναγκαία για το άτομο και γενικεύσιμη, δηλαδή μπορεί να

χρησιμοποιείται σε ευρύτερα πλαίσια, γεγονός που επιτρέπει την κοινωνική μάθηση, προάγει την υγεία και καθορίζει την ασφαλή προσκόλληση και τη σωστή εννόηση⁶⁵.

Οι Górska και Marszał επισημαίνουν ότι η εννόηση συνδέεται με τη συναισθηματική διέγερση που προκύπτει από μια πραγματική ή φαντασική σχέση με το πρόσωπο με το οποίο μοιραζόμαστε αυτή τη διαδικασία της εννόησης με συνέπεια την ενεργοποίηση του συστήματος δεσμού¹⁶⁴. Υπάρχει αδιάσπαστη σύνδεση μεταξύ της εννόησης που εστιάζει στους άλλους και αυτής που σχετίζεται με τον ίδιο το νου του ατόμου. Η κατανόηση των ψυχικών καταστάσεων των άλλων μας επιτρέπει να μετασχηματίζουμε και να ρυθμίζουμε τα δικά μας συναισθήματα¹⁶⁴. Όταν αντιμετωπίζουμε αντιξοότητες, οι στρατηγικές ασφαλούς δεσμού και οι δεξιότητες εννόησης δίνουν τη δυνατότητα στα παιδιά να επαναρυθμίζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους και να προσαρμόζονται στην κατάσταση είτε μόνα τους είτε μέσω της αλληλορύθμισης με άλλους (co-regulation), η οποία ενισχύει την ανθεκτικότητα⁶⁵.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να επισημάνουμε την πιθανή επίδραση των τραυματικών εμπειριών στην ικανότητα για εννόηση. Η μεταανάλυση των Sloover και συν.¹⁶⁵, βασισμένη σε έξι μελέτες που περιλάμβαναν 172 ενήλικες ασθενείς με διαταραχές σχετιζόμενες με τραύμα και στρες, δείχνει ότι η ικανότητα εννόησης ήταν σημαντικά και μέτρια επηρεασμένη στην ομάδα των ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, έρευνες στον εφηβικό πληθυσμό δείχνουν την εμφάνιση διαταραχών στην ικανότητα εννόησης, με τη μορφή υποεννόησης, σε εκείνους που έχουν βιώσει τραύμα κατά την παιδική ηλικία¹⁶⁶. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και δεδομένα που υποδεικνύουν ότι το τραύμα μπορεί κάποιες φορές να έχει το αντίθετο αποτέλεσμα: συγκεκριμένα, εάν τα άτομα που έχουν βιώσει τραύμα καταφέρουν να κατανοήσουν και να υπερβούν τις δυσκολίες, τότε μπορούν να ενισχύσουν τις δεξιότητες εννόησης μέσα από μια διαδικασία που ονομάζεται μετατραυματική ανάπτυξη (posttraumatic growth)^{167,168}.

Συμπερασματικά η εννόηση αναπτύσσεται ομαλά στο πλαίσιο των ασφαλών σχέσεων δεσμού όπου τα παιδιά νιώθουν ασφαλή να μοιραστούν τις δυσκολίες τους, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με έναν ενήλικα που θα τα βοηθήσει να κατανοήσουν την κάθε εμπειρία^{169,170}. Οι τραυματικές εμπειρίες ωστόσο επηρεάζουν την ανάπτυξη της εννόησης αλλά υπάρχουν και ενδείξεις ότι η εννόηση αποτελεί παράγοντα ανθεκτικότητας στο πλαίσιο τέτοιων εμπειριών^{169,171-176}. Κατά την εφηβεία η εννόηση διανύει μια φάση επαναδιοργάνωσης και είναι ιδιαίτερα σημαντική για την καλύτερη συναισθηματική ρύθμιση

και γενικότερα την κοινωνική προσαρμογή. Συνεπώς, οι έφηβοι με ελλείμματα στην εννόηση είναι πιο ευάλωτοι στην ψυχοπαθολογία όπως η ΟΔΠ ^{174,177-182}.

Εννόηση και ΟΔΠ

Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι ενήλικες με ΟΔΠ βιώνουν ελλείμματα στην ικανότητα εννόησης, γεγονός που οδήγησε στη διαμόρφωση του μοντέλου της εννόησης για την ΟΔΠ. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι διαταραχές της εννόησης σε σχετιζόμενες με το σύστημα δεσμού καταστάσεις στρες ή διέγερσης αποτελούν το βασικό χαρακτηριστικό της ΟΔΠ ¹⁶¹⁻¹⁶³.

Ο Fonagy και συν. υποθέτουν ότι υπάρχουν διάφορες διαδρομές ανάπτυξης της ΟΔΠ, οι οποίες καθορίζονται από αλληλεπιδράσεις μεταξύ περιβαλλοντικών και βιολογικών παραγόντων. Αυτές περιλαμβάνουν άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΟΔΠ λόγω διαταραχών στην εννόηση, που προκύπτουν από την ανατροφή σε οικογένειες με χαμηλά επίπεδα εννόησης και έλλειψη προσοχής στις εσωτερικές καταστάσεις. Περιλαμβάνουν επίσης άτομα στα οποία η ικανότητα εννόησης έχει ανασταλεί εξαιτίας εμπειριών βίας και απόρριψης ¹⁸³. Επιπλέον, οι συγγραφείς αυτοί υποστηρίζουν ότι η ΟΔΠ σχετίζεται με διαταραχές στο δεσμό, και ότι τα άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν υπερδραστηριότητα του συστήματος δεσμού, η οποία εκφράζεται μέσω απεγνωσμένων προσπαθειών αποφυγής της εγκατάλειψης, ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και με πολύ γρήγορη μετάβαση σε σχέσεις οικειότητας. Σύμφωνα με τις υποθέσεις τους, η υπερδραστηριότητα του συστήματος δεσμού σχετίζεται με τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες, συμβάλλοντας σε διαταραχές της ικανότητας για εννόηση, ενδέχεται να αποτελούν έναν από τους παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη της ΟΔΠ ^{161,183}. Έρευνες επιβεβαιώνουν την παρουσία μη ασφαλούς τύπου δεσμού σε ενήλικες με ΟΔΠ, και υποδεικνύουν ότι διαταραχές στο δεσμό σε παιδιά και εφήβους μπορεί να σχετίζονται με μελλοντική διάγνωση ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή ^{24,184,185}.

Ο Fonagy και συν. υποστηρίζουν ότι, στην ΟΔΠ υπάρχει χαμηλή ουδός για την ελεγχόμενη απενεργοποίηση της εννόησης, ιδίως ως προς τη διάκριση των νοητικών καταστάσεων του ατόμου από εκείνες των άλλων ανθρώπων. Το γεγονός αυτό οδηγεί τα άτομα με ΟΔΠ να βιώνουν τις διαπροσωπικές καταστάσεις και τις εσωτερικές τους εμπειρίες ως αφόρητες, διαταράσσοντας και τις λοιπές διαστάσεις της εννόησης ¹⁸³. Η απώλεια της ικανότητας εννόησης οδηγεί σε προ-ενοητικές μορφές λειτουργίας (pre-mentalizing modes), όπως η ψυχική ισοδυναμία (psychic equivalence), όπου οι σκέψεις και τα

συναισθήματα χάνουν την ποιότητα του «σαν να», και βιώνονται ως απόλυτα πραγματικά, η κατάσταση προσποίησης (pretend mode), μια μορφή αποσύνδεσης κατά την οποία ο εσωτερικός κόσμος βιώνεται ως αποκομμένος από την εξωτερική πραγματικότητα και οι σκέψεις/συναισθήματα καθίστανται σχεδόν χωρίς ουσία· και η τελεολογική λειτουργία (teleological mode), όπου οι πράξεις είναι προσανατολισμένες στο αποτέλεσμα και η ορατή, υλική πραγματικότητα γίνεται το μόνο κριτήριο αλήθειας ¹⁶¹. Αυτές οι προ-ενοητικές μορφές λειτουργίας καθιστούν το άτομο ιδιαίτερα επιρρεπές στην εμπλοκή σε καταστροφικούς διαπροσωπικούς κύκλους με έντονη συναισθηματική απορρύθμιση ¹⁸³. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι δυσλειτουργίες στην ενόηση συμβάλλουν στα διαπροσωπικά προβλήματα των ατόμων με ΟΔΠ ^{58,186}, συμπεριλαμβανομένου του έντονου φόβου απόρριψης που αυτά βιώνουν ¹⁸⁶⁻¹⁸⁸. Για να αντιμετωπίσουν τη διαπροσωπική δυσλειτουργία και τη συναισθηματική δυσφορία, την παρορμητικότητα, τη συναισθηματική απορρύθμιση και το αίσθημα εσωτερικού κενού, τα άτομα με ΟΔΠ καταφεύγουν συχνά σε μη προσαρμοστικές στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος, όπως αυτοτραυματισμούς, κατάχρηση ουσιών και υπερσεξουαλικότητα ¹⁸³.

Μελέτες δείχνουν την πιθανή διαμεσολαβητική επίδραση του πρώιμου στρες ζωής (Early Life Stress – ELS) στη σχέση μεταξύ της ΟΔΠ και των διαταραχών στην ικανότητα ενόησης. Το πρώιμο στρες ζωής (Early Life Stress – ELS) επηρεάζει κυρίως αρνητικά τα γνωσιακά εγκεφαλικά δίκτυα (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται στον ιππόκαμπο και τον προμετωπιαίο φλοιό) καθώς και ένα δίκτυο που εμπλέκεται στις κοινωνικές συμπεριφορές ¹⁸⁹⁻¹⁹¹.

Αντίθετα από τα ευρήματα των περισσότερων μελετών υπάρχουν και έρευνες που δείχνουν ότι οι ενήλικες με ΟΔΠ χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ικανότητα αναγνώρισης νοητικών καταστάσεων με βάση εικόνες της περιοχής των ματιών στο τεστ «Reading the Mind in the Eyes» (RMET) σε σύγκριση με υγιή άτομα ^{192,193}, και ότι επιδεικνύουν αυξημένη ικανότητα ενόησης όπως αυτή μετράται από άλλα τεστ ¹⁹⁴.

Αξίζει επίσης να τονιστεί ότι οι διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων του τεστ MASC και άλλων τεστ αξιολόγησης της ενόησης σε άτομα με ΟΔΠ ενδέχεται να σχετίζονται με το γεγονός ότι οι διαταραχές της ικανότητας ενόησης σε αυτήν την ομάδα αποκαλύπτονται μόνο όταν οι πάσχοντες χρειάζεται να επιστρατεύσουν ανώτερες γνωστικές ικανότητες για να ενσωματώσουν ποικίλα κοινωνικά σήματα (σχετιζόμενα με την έκφραση του προσώπου, τη γλώσσα του σώματος, τις χειρονομίες, τον τόνο της φωνής, κυριολεκτικές εκφράσεις και

μεταφορές), κάτι που τους αναγκάζει να χρησιμοποιήσουν αυτόματη μορφή εννόησης ¹⁴⁶. Ο Fonagy και συν. πρότειναν ότι τα άτομα με ΟΔΠ δυσκολεύονται να προσαρμόσουν τον τύπο της εννόησης κατά μήκος της διάστασης ελεγχόμενης-αυτόματης επεξεργασίας ανάλογα με την κοινωνική κατάσταση, κάτι που γίνεται ιδιαίτερα εμφανές όταν βιώνουν υψηλά επίπεδα διέγερσης ¹⁹⁵. Σε περιπτώσεις όπου απαιτείται γρήγορη, αυτόματη νοητική επεξεργασία, όπως κατά την επαφή με πρόσωπα δεσμού, τα άτομα με ΟΔΠ μπορεί να υπερκαταφεύγουν στην ελεγχόμενη επεξεργασία, ενώ σε καταστάσεις όπου η ελεγχόμενη μορφή εννόησης θα ήταν καταλληλότερη, βασίζονται υπερβολικά στην αυτόματη επεξεργασία ^{24,195}.

Υπερενόηση και υποεννόηση στην ΟΔΠ

Η Sharp και οι συν. της δημιούργησαν το μοντέλο της υπερ-εννόησης (hypermentalizing), το οποίο υποδηλώνει ότι η υπερ-εννόηση είναι ο κύριος τύπος διαταραχής στην ικανότητα εννόησης στους ανθρώπους με ΟΔΠ ²⁴. Η υπερ-εννόηση ορίζεται ως η υπερερμηνεία ή υπερβολική ερμηνεία των ψυχικών καταστάσεων των άλλων, που δεν βασίζεται σε παρατηρήσιμα στοιχεία διαθέσιμα ^{24,196,197}. Το προαναφερθέν μοντέλο υποδηλώνει ότι τα άτομα με ΟΔΠ δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν ευέλικτα τις τέσσερις διαστάσεις της εννόησης και αντ' αυτού χρησιμοποιούν υπερβολικά ένα από τα άκρα αυτών των διαστάσεων. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν γίνονται εμφανή σε καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης ή υπερδραστηριότητας του συστήματος δεσμού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα άτομα με ΟΔΠ δείχνουν περιορισμένη ικανότητα αυτοπαρακολούθησης ή ευέλικτης νοηματοδότησης. Οι δυσκολίες στην εφαρμογή της «εαυτού έναντι άλλων» εννόησης οδηγούν στην προβολή των δικών τους ψυχικών καταστάσεων στους άλλους, εκδηλώνοντας υπερ-εννόηση ^{24,197}.

Αρχικά, οι μελέτες φαίνονταν να παρέχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν αυτή τη θεωρία ^{198,199}. Η μεταανάλυση που παρουσίασε η McLaren και συν. επιβεβαιώνει την εμφάνιση υπερ-εννόησης, όπως μετρήθηκε σε μελέτες με το MASC, τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους με αυτή τη διάγνωση ¹⁹⁷. Από την άλλη πλευρά, παρουσιάζει στοιχεία ότι η υπερ-εννόηση δεν είναι ειδική για την ΟΔΠ, αλλά μάλλον χαρακτηριστική της γενικής ψυχοπαθολογίας. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι προς το παρόν είναι αδύνατο να αποσαφηνιστεί αν αυτό οφείλεται σε διαφορετικούς μηχανισμούς στις διαφορετικές διαταραχές ή αν αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να θεωρηθούν ως εκδήλωση ενός δια-διαγνωστικού μηχανισμού. Όσοι υποστηρίζουν την πιθανότητα η υπερ-εννόηση να μην είναι ειδική για την ΟΔΠ, υποθέτουν ότι τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ είναι επίσης εμφανή σε άλλες

ψυχικές διαταραχές, γεγονός που θα εξηγούσε την ύπαρξη αυτού του τύπου διαταραχής της εννόησης και σε ασθενείς με άλλες διαγνώσεις ¹⁹⁷.

Έρευνες υποδεικνύουν ότι οι διαταραχές εννόησης υπό τη μορφή της υπερ-εννόησης μπορεί να αποτελούν συνέπεια αλλά και μία από τις αιτίες της διαταραχής ρύθμισης των συναισθημάτων που παρατηρείται σε ασθενείς με ΟΔΠ. Στη βιβλιογραφία, από τη μία πλευρά, αναγνωρίζεται ότι τα έντονα συναισθήματα μπορεί να οδηγήσουν στην «απενεργοποίηση» της γνωστικής ικανότητας εννόησης και να συμβάλλουν σε διαταραχές αυτής της ικανότητας με τη μορφή υπερ-εννόησης. Από την άλλη πλευρά, τονίζεται ότι οι ισχυρές, αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις σε ασθενείς με ΟΔΠ μπορεί να πυροδοτούνται από τη διαταραγμένη κατανόηση της συμπεριφοράς και των εσωτερικών καταστάσεων των άλλων, π.χ. όταν νομίζουν ότι αντιλαμβάνονται μη υπαρκτή εχθρότητα ή απόρριψη^{200,201}. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούνται με αυτόν τον τρόπο πυροδοτούν παρορμητικές, επιθετικές και αυτο-επιθετικές συμπεριφορές που επιδεικνύουν τα άτομα με ΟΔΠ, οι οποίες, επιπρόσθετα, πιθανότατα δημιουργούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις ²⁰².

Φαίνεται λογικό να θεωρήσουμε τα παραπάνω φαινόμενα ως ένα είδος φαύλου κύκλου, στον οποίο οι διαταραχές εννόησης προκαλούν συναισθηματική απορρύθμιση και αμφότερα μαζί δημιουργούν προβλήματα στις σχέσεις, τα οποία με τη σειρά τους ενισχύουν τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, οδηγώντας σε περαιτέρω επιδείνωση της ικανότητας εννόησης.

Η Sharp και συν., στην πρώτη έρευνα που χρησιμοποίησε το MASC σε μια ομάδα εφήβων με ΟΔΠ (62 κορίτσια και 49 αγόρια), έδειξαν ότι η υπερ-εννόηση παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ ενώ δεν υπάρχει τέτοια συσχέτιση για την υπο-εννόηση ή την απουσία εννόησης ^{203,204}. Επιπλέον η Sharp και οι συν., σε μελέτη του 2016 σε μια ομάδα 259 εφήβων ηλικίας 12 έως 17 ετών, έδειξαν ότι η σοβαρότητα των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ συσχετίζεται σημαντικά με την υπερενόηση, την απορρύθμιση των συναισθημάτων, καθώς και με εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα συμπτώματα. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη συνοχή στο δεσμό (attachment coherence) έχει αρνητική συσχέτιση με την υπερενόηση. Τέλος, η έρευνα επιβεβαίωσε ότι η υπερενόηση και η απορρύθμιση των συναισθημάτων μεσολαβούν από κοινού στη σχέση μεταξύ συνοχής στο δεσμό και χαρακτηριστικών της ΟΔΠ ²⁰⁴. Οι Quek και συν. διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων των εφήβων με ΟΔΠ και των

υγιών εφήβων της ομάδας ελέγχου στο τεστ RMET, ενώ αυτή η διαφορά φάνηκε στα τεστ MASC και το Reflective Function Questionnaire for Youth (RFQ-Y) ²⁰⁵. Το MASC αποκάλυψε ότι οι έφηβοι με ΟΔΠ παρουσιάζουν δυσλειτουργία στην εννόηση με τη μορφή υπερενόησης, που τους διακρίνει σημαντικά από την ομάδα των υγιών εφήβων. Οι Duval και συν., σε μια μελέτη με 150 εφήβους και νεαρούς ενήλικες ηλικίας 12 έως 21 ετών, έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά ΟΔΠ συσχετίζονται με υπερενόηση, όπως μετρήθηκε με το MASC, καθώς και με αυξημένη αβεβαιότητα/σύγχυση και μειωμένο ενδιαφέρον/περιέργεια, όπως μετρήθηκαν με το RFQ-Y ¹⁷⁴. Οι Goueli και συν. απέδειξαν στην έρευνά τους ότι οι έφηβες κοπέλες που πληρούν τα κριτήρια της ΟΔΠ παρουσιάζουν διαταραχές στην κατανόηση κοινωνικών καταστάσεων (μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης νοημάτων ψυχικών καταστάσεων βάσει εικόνων της περιοχής των ματιών στο τεστ RMET και υπερενόηση μετρημένη με το MASC) και ότι η σοβαρότητα των διαταραχών στην ικανότητα εννόησης αυξάνεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ ²⁰⁶.

Η έρευνα επίσης υποδεικνύει ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τόσο τα συμπτώματα της ΟΔΠ όσο και την ικανότητα εννόησης ^{207,208}. Φαίνεται ότι στις συλλογικές κοινωνίες που διδάσκουν στα παιδιά να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως μέρος ενός ευρύτερου κοινωνικού συστήματος, ότι είναι εξελικτικά ωφέλιμο για το παιδί να μάθει γρήγορα να δίνει προσοχή στις νοητικές καταστάσεις των άλλων ανθρώπων, γεγονός που με τη σειρά του δημιουργεί την ικανότητα να εμπιστεύεται τους άλλους ως αξιόπιστη πηγή γνώσης.

Η θεωρία για την ανάπτυξη της ΟΔΠ που βασίζεται στην εννόηση, περιγράφει ότι η μειωμένη ικανότητα για εννόηση προϋπάρχει ως αιτία των διαπροσωπικών δυσκολιών και της αστάθειας στο συναίσθημα και την ταυτότητα — χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΟΔΠ. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, η εννόηση — η οποία αναφέρεται και ως «αναστοχαστική λειτουργία» (reflective function - RF) στο πλαίσιο των σχέσεων δεσμού ^{147,170} — θεωρείται ουσιαστικά μια κοινωνικογνωστική διεργασία που αναπτύσσεται μέσα από τις πρώιμες σχέσεις δεσμού. Συνεπώς, η ικανότητα του κύριου φροντιστή να λαμβάνει υπόψη του τους νοητικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς και να αναστοχάζεται τις υποκειμενικές εμπειρίες του παιδιού, έχει συσχετιστεί με ασφαλή δεσμό ^{209,210}. Διαταραχές στις πρώιμες σχέσεις δεσμού, όπως τραυματικές εμπειρίες και κακοποίηση, καθώς και πιο ήπιες δυσκολίες, όπως η μη ευαίσθητη ή χωρίς ενσυναίσθηση φροντίδα, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα του παιδιού για εννόηση, με αποτέλεσμα να

εμφανίζονται προσωρινές αποτυχίες στη εννόηση υπό συνθήκες διέγερσης και διαπροσωπικού ή σχεσιακού στρες¹⁸³.

Η ικανότητα για εννόηση θεωρείται ότι υποστηρίζει διάφορες αλληλένδετες ικανότητες που είναι θεμελιώδεις για την ανάπτυξη του εαυτού¹⁷⁰. Η ρύθμιση του συναισθήματος και η έννοια του εαυτού αναπτύσσονται κυρίως μέσω της διαδικασίας του "αντανakλαστικού και επισημασμένου καθρεφτίσματος" (mirroring) από τον φροντιστή των συναισθηματικών καταστάσεων του βρέφους. Μέσω του καθρεφτίσματος των συναισθημάτων του βρέφους, ο φροντιστής εκφράζει συναισθήματα που είναι εξαρτημένα από τη συναισθηματική εμπειρία του παιδιού και επισημαίνει την επίγνωση των νοητικών καταστάσεων του παιδιού. Μέσω αυτής της διαδικασίας, το βρέφος αναπτύσσει δευτερογενείς αναπαραστάσεις των συναισθημάτων, οι οποίες σταδιακά εσωτερικεύονται, καλλιεργώντας την αρχή της επίγνωσης των νοητικών καταστάσεων του εαυτού¹⁷⁰.

Το «επισημασμένο καθρέφτισμα» — το οποίο διαχωρίζει τη συναισθηματική εμπειρία του παιδιού από αυτή του φροντιστή— επιτρέπει στο παιδί να αναγνωρίσει το συναίσθημα ως δικό του και διακριτό από το συναίσθημα της μητέρας. Αυτά τα πρώιμα θεμέλια προετοιμάζουν το έδαφος για την επίγνωση των νοητικών καταστάσεων, η οποία με τη σειρά της προάγει την ανάπτυξη ικανότητας συναισθηματικής ρύθμισης και απαρτιωμένης αίσθησης του εαυτού^{170,211}. Αντιθέτως, ελλείμματα στην ανάπτυξη των διεργασιών εννόησης μπορεί να εμποδίσουν την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης και να δημιουργήσουν προκλήσεις στη συνοχή του εαυτού^{163,212}, χαρακτηριστικά που εντοπίζονται στην ΟΔΠ.

Η εννόηση στους φροντιστές ατόμων με ΟΔΠ έχει, αντιθέτως, λάβει περιορισμένη προσοχή. Ωστόσο, τα ελλείμματα στην εννόηση του φροντιστή είναι εύλογο να εκδηλώνονται μέσα από δυσλειτουργικές συμπεριφορές φροντίδας, και υπάρχει σημαντική τεκμηρίωση κακών γονεϊκών πρακτικών που συνδέονται με την ΟΔΠ²¹³. Για παράδειγμα, μια προοπτική έρευνα έδειξε ότι η διαταραγμένη μητρική επικοινωνία στη βρεφική ηλικία — και συγκεκριμένα η απόσυρση της μητέρας — συσχετιζόταν σημαντικά με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων ΟΔΠ στην πρώιμη ενήλικη ζωή⁷⁶. Επιπλέον, αναδρομικές αναφορές ατόμων με ΟΔΠ δείχνουν συχνά συναισθηματικά ακυρωτικές γονεϊκές πρακτικές, με τους φροντιστές να περιγράφονται ως υπερπροστατευτικοί, αδιάφοροι ή αμελείς²¹⁴⁻²¹⁶. Τέτοιες συμπεριφορές υποδηλώνουν μια περιορισμένη ικανότητα εννόησης εκ μέρους του φροντιστή.

Η εφηβεία είναι ένα σημαντικό αναπτυξιακό στάδιο για τη μελέτη της ενόησης, τόσο στους εφήβους όσο και στους φροντιστές τους, καθώς χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευαλωτότητα για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας ^{217,218}. Συνεπώς, τα χαρακτηριστικά ή οι συμπεριφορές του φροντιστή ενδέχεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση ή την αποδυνάμωση της υποκείμενης ευαλωτότητας κατά την περίοδο αυτή. Πρόσφατες έρευνες έχουν αναδείξει προβληματικούς δεσμούς σε δείγματα εφήβων με ΟΔΠ ²¹⁹ και έχουν τεκμηριώσει τον διαμεσολαβητικό ρόλο της ενόησης του εφήβου στη σχέση μεταξύ δεσμού και των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ στην εφηβεία ²⁰⁴. Ωστόσο, η έρευνα δεν έχει ακόμη εξετάσει τη διαγενεακή θεωρητική προσέγγιση της ενόησης στην εφηβική ΟΔΠ.

Έρευνες δείχνουν ότι, με τον χρόνο, οι έφηβοι αποκτούν πιο εξελιγμένες δεξιότητες ενόησης, όπως η κατανόηση πιο σύνθετων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, πιο ανεπτυγμένες ικανότητες υιοθέτησης οπτικής γωνίας, καθώς και ικανότητα αναγνώρισης πιο λεπτών και σύνθετων εκφράσεων του προσώπου ^{157,220,221}. Πιστεύεται ότι η εμφάνιση αυτών των ικανοτήτων, σε συνδυασμό με τη ραγδαία αύξηση των γνωστικών λειτουργιών (π.χ. εκτελεστικές λειτουργίες και ικανότητα για αφηρημένη σκέψη ανώτερης τάξης), κάνει τους εφήβους πιο ευαίσθητους στο κοινωνικό τους περιβάλλον, πιο ικανούς να αναστοχάζονται πάνω στις απόψεις των άλλων για τον εαυτό τους, καθώς και να διαμορφώνουν πιο λεπτομερείς και πολυδιάστατες αυτοαναπαραστάσεις ^{222,223}. Ωστόσο, η αυξημένη ικανότητα για ενόηση στην εφηβεία ενδέχεται να είναι και δυσμενής καθώς τα υψηλότερα επίπεδα ενόησης μπορεί να αυξήσουν την ευαλωτότητα των εφήβων στην ψυχοπαθολογία ²²². Η αυξημένη ικανότητα υιοθέτησης οπτικής γωνίας (PT) επιτρέπει μεγαλύτερη κοινωνική σύγκριση και ανησυχία για τις απόψεις των άλλων, κάτι που ενδέχεται να οδηγήσει σε αισθήματα αμφιβολίας για τον εαυτό ²²³. Η βελτιωμένη κατανόηση των συναισθημάτων στους εφήβους συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα συναισθημάτων που σχετίζονται με την αυτοαντίληψη, όπως ντροπή, ενοχή, μεταμέλεια και αμηχανία, τα οποία μπορεί να καταστούν δυσλειτουργικά εάν γίνουν χρόνια ή υπερβολικά ²²². Επιπλέον, η αυξημένη ικανότητα για αυτογνωσία και φαντασία μπορεί να κάνει τους εφήβους να αισθάνονται ότι καταβάλλονται από τους διάφορους ρόλους που καλούνται να υιοθετήσουν στις διαπροσωπικές σχέσεις τους και από το χάσμα μεταξύ του πραγματικού και του ιδανικού εαυτού τους ²²³.

Δεσμός και ΟΔΠ

Η θεωρία του δεσμού (attachment theory), η οποία αναπτύχθηκε από τον John Bowlby^{83,224,225}, υποστηρίζει την ύπαρξη μιας καθολικής ανθρώπινης ανάγκης για τη δημιουργία στενών συναισθηματικών δεσμών. Στον πυρήνα της βρίσκεται η αμοιβαιότητα των πρώιμων σχέσεων, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για τη φυσιολογική ανάπτυξη όλων των θηλαστικών, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων²²⁶. Οι συμπεριφορές δεσμού του ανθρώπινου βρέφους (π.χ. αναζήτηση εγγύτητας, χαμόγελο, προσκόλληση) ανταποκρίνονται στις συμπεριφορές δεσμού των ενηλίκων (π.χ. χάδι, κράτημα, παρηγοριά), και αυτές οι αποκρίσεις ενισχύουν τη συμπεριφορά δεσμού του βρέφους προς τον συγκεκριμένο ενήλικα. Η ενεργοποίηση των συμπεριφορών δεσμού εξαρτάται από την αξιολόγηση από τη μεριά του βρέφους, μιας σειράς περιβαλλοντικών σημάτων που οδηγούν στην υποκειμενική εμπειρία της ασφάλειας ή της ανασφάλειας. Η εμπειρία της ασφάλειας αποτελεί τον στόχο του συστήματος δεσμού, το οποίο λειτουργεί ως ρυθμιστής της συναισθηματικής εμπειρίας²²⁷. Με αυτήν την έννοια, το σύστημα δεσμού βρίσκεται στον πυρήνα πολλών μορφών ψυχικών διαταραχών, αλλά και ολόκληρης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Οι άνθρωποι δεν γεννιούνται με την ικανότητα να ρυθμίζουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Αναπτύσσεται ένα δυαδικό σύστημα ρύθμισης, στο οποίο τα σήματα του βρέφους που υποδηλώνουν τις στιγμιαίες αλλαγές στη συναισθηματική του κατάσταση γίνονται κατανοητά και λαμβάνουν ανταπόκριση από τον φροντιστή, οδηγώντας έτσι στη ρύθμιση αυτών των καταστάσεων. Το βρέφος μαθαίνει ότι η συναισθηματική διέγερση παρουσία του φροντιστή δεν θα οδηγήσει σε αποδιοργάνωση πέρα από τις ικανότητες αντιμετώπισης που διαθέτει. Ο φροντιστής θα είναι εκεί για να επαναφέρει την ισορροπία. Σε περιόδους ανεξέλεγκτης διέγερσης, το βρέφος αναζητά σωματική εγγύτητα με τον φροντιστή, με την ελπίδα να καθησυχαστεί και να ανακτήσει την ομοιόσταση. Μέχρι το τέλος του πρώτου έτους ζωής, η συμπεριφορά του βρέφους είναι σκοπούμενη και φαίνεται να βασίζεται σε συγκεκριμένες προσδοκίες. Οι προηγούμενες εμπειρίες του βρέφους με τον φροντιστή συγκεντρώνονται σε αναπαραστατικά συστήματα, τα οποία ο Bowlby⁸³ ονόμασε εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα (internal working models). Τέλος θα λέγαμε ότι το σύστημα δεσμού είναι ένα ανοικτό βιοκοινωνικό ομοιοστατικό ρυθμιστικό σύστημα.

Μοτίβα δεσμού στη βρεφική ηλικία

Η δεύτερη μεγάλη πρωτοπόρος της θεωρίας του δεσμού, η Mary Ainsworth^{228,229}, ανέπτυξε τη γνωστή πειραματική διαδικασία που ονομάζεται "Strange Situation" (Παράξενη Κατάσταση), με σκοπό την παρατήρηση των εσωτερικών λειτουργικών μοντέλων των βρεφών σε δράση. Στο πλαίσιο αυτό, τα βρέφη απομακρύνονται για λίγο από τους φροντιστές τους σε ένα άγνωστο περιβάλλον και επιδεικνύουν ένα από τα τέσσερα μοτίβα συμπεριφοράς: Τα βρέφη με ασφαλή δεσμό (secure attachment) εξερευνούν ελεύθερα όταν βρίσκονται παρουσία του βασικού φροντιστή, παρουσιάζουν άγχος μπροστά σε έναν ξένο και τον αποφεύγουν, δείχνουν δυσφορία όταν αποχωρεί ο φροντιστής και αναζητούν γρήγορα επαφή με τον φροντιστή μόλις επιστρέψει και καθησυχάζονται από την επανασύνδεση, συνεχίζοντας την εξερεύνησή τους. Μερικά βρέφη, τα οποία φαίνεται να αντιδρούν με λιγότερο άγχος στον αποχωρισμό, δεν επιδιώκουν επαφή με τον φροντιστή μετά τον αποχωρισμό και δεν δείχνουν προτίμηση προς αυτόν έναντι του ξένου. Αυτά κατατάσσονται στην κατηγορία του αγχώδους/αποφευκτικού δεσμού. Μια τρίτη κατηγορία είναι ο αγχώδης/αμφιθυμικός δεσμός στον οποίο τα βρέφη έχουν περιορισμένη διάθεση για εξερεύνηση και παιχνίδι, εμφανίζουν έντονη δυσφορία στον αποχωρισμό, δυσκολεύονται σημαντικά να ηρεμήσουν μετά την επιστροφή του φροντιστή, και παρουσιάζουν κλάμα, παθητική γκρίνια ή έντονη αντίσταση στην επαφή. Η παρουσία ή οι προσπάθειες παρηγοριάς του φροντιστή δεν καταφέρνουν να καθησυχάσουν αυτά τα βρέφη, και το άγχος και ο θυμός τους εμποδίζουν να αντλήσουν ανακούφιση από τη σωματική εγγύτητα. Η συμπεριφορά των βρεφών με ασφαλή δεσμό βασίζεται στην εμπειρία καλά συντονισμένων και ευαίσθητων αλληλεπιδράσεων, όπου ο φροντιστής σπάνια προκαλεί υπερδιέγερση και είναι ικανός να επαναφέρει την ισορροπία στις αποδιοργανωτικές συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού. Γι' αυτό, τα παιδιά αυτά παραμένουν σχετικά οργανωμένα σε αγχογόνες καταστάσεις. Τα αρνητικά συναισθήματα βιώνονται λιγότερο απειλητικά και μπορούν να γίνουν επικοινωνιακά και με νόημα^{227,230}.

Τα παιδιά με αγχώδη/αποφευκτικό δεσμό θεωρείται ότι είχαν εμπειρίες κατά τις οποίες είτε η συναισθηματική τους διέγερση δεν επανασταθεροποιούνταν από τον φροντιστή είτε βιώθηκε υπερδιέγερση μέσω παρεμβατικής ανατροφής. Ως αποτέλεσμα, υπερρυθμίζουν το συναίσθημά τους και αποφεύγουν καταστάσεις που ενδέχεται να τους προκαλέσουν συναισθηματική αναστάτωση. Αντίθετα, τα παιδιά με αγχώδη/αμφιθυμικό δεσμό υπορυθμίζουν, ενισχύοντας την έκφραση της δυσφορίας, πιθανώς ως προσπάθεια να προκαλέσουν την αναμενόμενη φροντίδα από τον φροντιστή. Υπάρχει χαμηλή ουδός για την

απειλή και το παιδί γίνεται προσηλωμένο στην επιδίωξη επαφής, αλλά απογοητεύεται ακόμη και όταν η επαφή είναι διαθέσιμη ²²⁷. Μια τέταρτη ομάδα βρεφών εκδηλώνει φαινομενικά ασυντόνιστη συμπεριφορά, όπως πάγωμα, χτύπημα χεριών, χτύπημα κεφαλιού ή επιθυμία διαφυγής από μια άγνωστη κατάσταση ακόμα και με την παρουσία του φροντιστή. Τα βρέφη αυτά ορίζονται ως έχοντα αποδιοργανωμένο δεσμό ²³¹. Για αυτά τα παιδιά, ο φροντιστής λειτουργεί τόσο ως πηγή φόβου όσο και ως πηγή ανακούφισης, ενεργοποιώντας συγκρουόμενα κίνητρα μέσω του συστήματος δεσμού. Δεν προκαλεί έκπληξη το ότι ιστορικά παρατεταμένων ή επαναλαμβανόμενων αποχωρισμών, έντονες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, ή σοβαρή παραμέληση, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση συχνά συσχετίζονται με αυτόν τον τύπο δεσμού ²³²⁻²³⁴.

Το Σύστημα δεσμού ως Καθοριστικός Παράγοντας των Διαπροσωπικών Σχέσεων

Ο Bowlby ²²⁵ πρότεινε ότι τα εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα του εαυτού και των άλλων παρέχουν τα πρότυπα για όλες τις μετέπειτα σχέσεις. Αυτά τα μοντέλα είναι σχετικά σταθερά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και είναι ανθεκτικά στην αλλαγή επειδή λειτουργούν εκτός συνειδητής επίγνωσης ^{235,236}. Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις για μία σύνδεση ανάμεσα στην κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, ιδιαίτερα τη σεξουαλική κακοποίηση, και στην ΟΔΠ ²³⁷. Ως παιδιά, αυτά τα άτομα είχαν συχνά φροντιστές που οι ίδιοι ανήκαν στο φάσμα της σοβαρής ΟΔΠ ²³⁸. Η πρόταση του Bowlby, ότι οι πρώιμες εμπειρίες με τον φροντιστή οργανώνουν τις μεταγενέστερες σχέσεις δεσμού, έχει χρησιμοποιηθεί (άμεσα ή έμμεσα) για να εξηγήσει την ψυχοπαθολογία της ΟΔΠ. Για παράδειγμα, έχει προταθεί ότι οι εμπειρίες διαπροσωπικών επιθέσεων, παραμέλησης και απειλών εγκατάλειψης που έχουν βιώσει άτομα με ΟΔΠ, ενδέχεται να οδηγούν στο να βιώνουν τις τωρινές σχέσεις ως επιθετικές ή αδιάφορες. Άλλοι έχουν προτείνει ότι τα άτομα με ΟΔΠ χαρακτηρίζονται ειδικά από φοβικό-αγχώδες συλ δεσμού, που αντανakλά ένα συναισθηματικό πρότυπο άγχους/θυμού ως προς την οικειότητα ²³⁹.

Χωρίς αμφιβολία τα άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν ανασφαλή μορφή δεσμού. Ωστόσο, οι περιγραφές του ανασφαλούς δεσμού στη βρεφική ή την ενήλικη ζωή είναι ανεπαρκής για την εις βάθος κατανόηση της ψυχοπαθολογίας τους, για τους εξής λόγους:

1. Ο αγχώδης δεσμός είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος στον γενικό πληθυσμό, και ειδικότερα σε κοινωνικοοικονομικά ευάλωτες ομάδες (όπως δείγματα εργατικής τάξης),

όπου η πλειοψηφία των παιδιών κατατάσσεται σε αυτήν την κατηγορία δεσμού²⁴⁰. Συνεπώς, από μόνος του δεν επαρκεί για την εξήγηση της σοβαρότητας της διαταραχής.

2. Τα αγχώδη πρότυπα δεσμού κατά τη βρεφική ηλικία συσχετίζονται με σχετικά σταθερές στρατηγικές προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή. Ωστόσο, το βασικό γνώρισμα των διαταραγμένων προτύπων δεσμού στα άτομα με ΟΔΠ είναι η απουσία σταθερότητας στις διαπροσωπικές σχέσεις και στους τρόπους συναισθηματικής ρύθμισης^{241,242}.

3. Αν και οι διαμαρτυρίες των βρεφών με αμφιθυμικό δεσμό μπορούν να θεωρηθούν ανάλογες της έντονα επιθετικής και διεκδικητικής διαπροσωπικής στάσης των ατόμων με ΟΔΠ²³⁹, η κλινική εικόνα των ασθενών με ΟΔΠ περιλαμβάνει συχνά σωματικές πράξεις βίας, είτε αυτοτραυματικές είτε ετεροτραυματικές. Είναι πιθανό ότι η ροπή προς τέτοιου είδους βίαιη συμπεριφορά προϋποθέτει την παρουσία ενός επιπρόσθετου ψυχοπαθολογικού παράγοντα που προδιαθέτει τα άτομα αυτά να δρουν μέσα από το σώμα, αντί να επεξεργάζονται τις ενδοψυχικές συγκρούσεις σε συμβολικό ή ψυχικό επίπεδο. Πράγματι, η αδυναμία τους να φαντασιώνονται, να αναλύουν και να νοηματοδοτούν τις επιθετικές τους παρορμήσεις μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων, είναι αυτό που τους καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτους σε σωματικές εκδραματίσεις επιθετικότητας, ειδικά όταν πρόκειται για στενές, συναισθηματικά φορτισμένες διαπροσωπικές σχέσεις²⁴³.

Αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού και ΟΔΠ

Πολλές αναλογίες μπορούν να εντοπιστούν μεταξύ του αποδιοργανωμένου τύπου δεσμού και της ΟΔΠ. Πρώτον, τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ αντανακλούν αυτά της αποδιοργάνωσης στο δεσμό^{244,245}:

(1) ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού χαρακτηρίζεται από αλληλοσυγκρουόμενες στρατηγικές δεσμού (π.χ. προσέγγιση και αποφυγή) από τον φροντιστή, ο οποίος ταυτόχρονα λειτουργεί ως ασφαλής βάση και ως πηγή απειλής. Αντίστοιχα, ένα από τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της ΟΔΠ είναι η αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις, με απότομες μεταπτώσεις από την εξιδανίκευση στην απαξίωση του άλλου²⁴⁶.

(2) Όπως και η ΟΔΠ, η αποδιοργάνωση στο δεσμό συνδέεται με κατακερματισμένη ή ασταθή αίσθηση εαυτού^{247,248}.

(3) Ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού σχετίζεται με διαταραχή στη ρύθμιση του στρες, ενώ η συναισθηματική απορρύθμιση αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της ΟΔΠ^{249,250}.

(4) Έχουν καταγραφεί συσχετίσεις ανάμεσα στον αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού και χαρακτηριστικά της ΟΔΠ, όπως η παρορμητικότητα ή τα διασχιστικά συμπτώματα ²⁵¹⁻²⁵³.

(5) Τα βρέφη με αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού βιώνουν τη “μάχη χωρίς λύση” που σχετίζεται με συναισθήματα ανασφάλειας και απουσία προσβασιμότητας του φροντιστή ²⁵⁴⁻²⁵⁶. Αντίστοιχα, οι ασθενείς με ΟΔΠ βιώνουν έντονο φόβο απώλειας και εγκατάλειψης. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι φροντιστές των βρεφών με αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού συχνά ανταποκρίνονται στη συναισθηματική δυσφορία του βρέφους με εχθρότητα ή αβοηθησία, παρουσιάζουν συμπεριφορά αποσυνδεδετική ή αποδιοργανωμένη, φοβισμένη ή και εκφοβιστική ^{255,257,258}. Είναι σαν η συναισθηματική έκφραση του βρέφους να πυροδοτεί μια προσωρινή αδυναμία του φροντιστή να το αναγνωρίσει ως πρόσωπο με πρόθεση (intentional person), με αποτέλεσμα να αντιδρά με μαζική απόσυρση, σφάλματα στην επικοινωνία, σύγχυση ρόλων, αρνητικότητα, παρεμβατικότητα ή και τρομακτική συμπεριφορά. Ως επακόλουθο, αυτά τα παιδιά τείνουν να βιώνουν τη δική τους διέγερση ως σήμα κινδύνου εγκατάλειψης, το οποίο πυροδοτεί τελεολογική, μη-ενοητική λειτουργία (teleological, non-mentalizing functioning). Αυτό ενεργοποιεί μια εσωτερική αναπαράσταση του γονέα που αποσύρεται από το παιδί μέσα σε μια κατάσταση άγχους ή θυμού, στην οποία το παιδί απαντά με μια αντίστοιχη αποσυνδεδετική (dissociative) αντίδραση ²⁵⁹.

Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η αναστοχαστική λειτουργία και το πλαίσιο του δεσμού βρίσκονται στον πυρήνα της οργάνωσης του εαυτού. Η αναδυόμενη αυτο-αναπαράσταση του παιδιού τείνει να αντιστοιχεί σε αυτό που μπορεί να ονομαστεί πρωτογενής ταυτότητα—δηλαδή η πραγματική του εμπειρία. Στην περίπτωση όμως του αποδιοργανωμένου δεσμού, η αυτο-αναπαράσταση δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική εμπειρία του παιδιού. Η εσωτερική εμπειρία παραμένει χαοτική και το συναίσθημα που δεν εμπεριέχεται οδηγεί σε περαιτέρω απορρύθμιση. Όταν το βρέφος έρχεται αντιμέτωπο με έναν φροντιστή που είναι είτε φοβισμένος είτε εκφοβιστικός, ενδοβαλλει τα συναισθήματα του γονέα όπως ο θυμός, το μίσος ή ο φόβος, καθώς και την εικόνα που έχει ο φροντιστής για το ίδιο το βρέφος ως απειλητικό ή ανεξέλεγκτο. Αυτή η αρνητική εικόνα υπονομεύει τη διαδικασία αυτοοργάνωσης του παιδιού και συχνά απαιτείται να εξωτερικευτεί, ώστε το βρέφος να καταφέρει να σχηματίσει μια συνεκτική αυτο-αναπαράσταση. Η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά δεσμού του βρέφους μπορεί να ερμηνευτεί ως μια πρωτόγονη προσπάθεια να διαγραφούν ή να «σβηστούν» τα ανεπιθύμητα, απειλητικά στοιχεία της αυτο-αναπαράστασης. Η έρευνα δείχνει ότι η αποδιοργανωμένη, αποπροσανατολισμένη

συμπεριφορά του βρέφους αντικαθίσταται σταδιακά, κατά τα πρώτα 5 έως 7 χρόνια της ζωής, από ευάλωτες και εύθραυστες συμπεριφορικές στρατηγικές που επιδιώκουν να ελέγξουν τον γονέα, είτε μέσω τιμωρητικών ενεργειών είτε με συμπεριφορές φροντίδας που δεν αντιστοιχούν στην ηλικία του παιδιού ^{260,261}. Υπάρχουν επίσης επιπλέον ενδείξεις ότι οι γονείς αυτών των παιδιών αντιλαμβάνονται το παιδί ως αυτό που ελέγχει τη σχέση και, ως εκ τούτου, βιώνουν όλο και περισσότερο μια αίσθηση αδυναμίας και αποτυχίας στην παροχή φροντίδας ^{262,263}.

Οι προοπτικές μελέτες συμβάλλουν στην πληρέστερη κατανόηση της συσχέτισης μεταξύ πρώιμων αλληλεπιδράσεων μητέρας-βρέφους και της εμφάνισης ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύουν διαμεσολαβητικούς παράγοντες που μπορούν να παρέχουν ενδείξεις για παρεμβάσεις σε παιδιά και εφήβους, με στόχο την τροποποίηση της αναπτυξιακής πορείας προς την παθολογία.

Ο Carlson και συν. το 2009 ¹⁸⁵ πρότειναν ότι ο δεσμός μεταξύ γονέα και παιδιού διαμορφώνει την ανάπτυξη του «εαυτού», ο οποίος νοείται ως η οργάνωση εμπειριών, συναισθημάτων και νοημάτων. Αποδιοργανωμένες και μη ασφαλείς σχέσεις δεσμού θεωρούνται παθογόνες, καθώς παρεμποδίζουν την καλλιέργεια βασικών ικανοτήτων, όπως η λεκτική επεξεργασία του συναισθήματος, η αναπαράσταση των ψυχικών καταστάσεων και η ρύθμιση του συναισθήματος. Η ανεπάρκεια σε αυτούς τους τομείς συντελεί στην ανάπτυξη ενός κατακερματισμένου και μη ολοκληρωμένου εαυτού, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την προσοχή, τη συμπεριφορά και την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Οι ερευνητές παρατήρησαν ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΟΔΠ και πρώιμων διαπροσωπικών μεταβλητών κατά την παιδική ηλικία, όπως η αποδιοργάνωση στο δεσμό, η κακοποίηση, η μητρική εχθρότητα, η διάχυση ορίων στις σχέσεις, οι οικογενειακές δυσκολίες που σχετίζονται με την απουσία του πατέρα, καθώς και το ευρύτερο ψυχοκοινωνικό στρες εντός του οικογενειακού πλαισίου. Επιπλέον, η συσχέτιση μεταξύ αποδιοργανωμένου δεσμού στη βρεφική ηλικία και της ανάπτυξης συμπτωματολογίας ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή διαμεσολαβείται από την ικανότητα του ατόμου να βιώνει και να εκφράζει έναν συνεκτικό και οργανωμένο εαυτό. Η εν λόγω ικανότητα αξιολογείται μέσα από αφηγηματικές διαδικασίες και εικαστικές αναπαραστάσεις (όπως ζωγραφιές) κατά τη μέση παιδική ηλικία και την εφηβεία, οι οποίες αποτυπώνουν τον βαθμό εσωτερικής συνοχής του ψυχικού κόσμου του παιδιού. Επιπλέον, η Lyons-Ruth και συν. ^{76,264} μελέτησαν τη μακροχρόνια πορεία 56 οικογενειών χαμηλού εισοδήματος, ξεκινώντας με παρατηρήσεις των αλληλεπιδράσεων

γονέα-παιδιού κατά τη βρεφική και μέση παιδική ηλικία και συνεχίζοντας με αξιολογήσεις κατά την όψιμη εφηβεία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση ΟΔΠ, αυτοκτονικού ιδεασμού ή αυτοτραυματικών συμπεριφορών στην εφηβεία, ήταν η παρατήρηση μητρικής απόσυρσης στο πλαίσιο του πειράματος «Strange Situation», όπως αυτό αξιολογήθηκε κατά τη βρεφική ηλικία. Αν και η κακοποίηση στην παιδική ηλικία προέβλεπε ανεξάρτητα την εμφάνιση ΟΔΠ, η προγνωστική της ισχύς ήταν ουσιαστική μόνο όταν συνυπολογιζόταν με την παρουσία της μητρικής απόσυρσης. Ακόμα ο Gunderson ²⁶⁵ προτείνει ότι η δυσκολία να γίνει ανεκτή η μοναξιά, αποτελεί τον πυρήνα της οριακής παθολογίας. Υποστηρίζει ότι η ανικανότητα του ατόμου να ενεργοποιήσει μια "καθησυχαστική ενδοβολή" (calming introjection) — δηλαδή μια εσωτερικευμένη, ρυθμιστική αναπαράσταση ενός φροντιστικού άλλου — συνιστά άμεσο απότοκο πρώιμων αποτυχιών στη δημιουργία ασφαλούς δεσμού. Ο συγγραφέας περιγράφει τυπικά μοτίβα δυσλειτουργίας σε άτομα με ΟΔΠ, τα οποία εξηγούν τις υπερβολικές αντιδράσεις ενός παιδιού με ανασφαλή δεσμό. Οι Fonagy και συν. ^{266,267} τόνισαν τη σημασία του δεσμού στην ανάπτυξη της συμβολικής λειτουργίας — της ικανότητας, δηλαδή, να εκπροσωπεί κανείς εσωτερικές καταστάσεις, συναισθήματα και νοήματα μέσω συμβόλων, λέξεων και σκέψεων. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τόσο ο ανασφαλής όσο και ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού κατά την πρώιμη παιδική ηλικία μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχική ευαλωτότητα. Αυτοί οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι, σε αντίθεση με το ασφαλές πρότυπο δεσμού, ένα αποδιοργανωμένο ή ανασφαλές πρότυπο δεσμού προδιαθέτει στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για δυσκολίες στην ρύθμιση του συναισθήματος, παρορμητικότητα, και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία.

Μηχανισμοί άμυνας στην ΟΔΠ

Οι αμυντικοί μηχανισμοί περιγράφονται ως ασυνείδητες λειτουργίες που προστατεύουν το άτομο από την επίγνωση συναισθημάτων και σκέψεων που σχετίζονται με εσωτερικές συγκρούσεις ή και εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες. Η έρευνα σχετικά με τους αμυντικούς μηχανισμούς έχει επικεντρωθεί στη σχέση τους με τις διαταραχές προσωπικότητας δείχνοντας ότι η αποτελεσματική ψυχοθεραπεία ενισχύει την ωριμότητα της αμυντικής λειτουργίας σε άτομα με αυτές τις διαταραχές ²⁶⁸⁻²⁷⁴. Παρά τον μεγάλο αριθμό

μελετών σε ενήλικους πληθυσμούς με διαταραχές προσωπικότητας, λίγες έχουν διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στους αμυντικούς μηχανισμούς και τις αναδύμενες διαταραχές προσωπικότητας στην εφηβεία.

Έρευνες έχουν δείξει συσχέτιση ανάμεσα στους αμυντικούς μηχανισμούς και στα συλ προσωπικότητας, συμβάλλοντας στην αναγνώριση δύο τύπων ψυχολογικής λειτουργίας στους εφήβους: του εσωτερικευμένου και του εξωτερικευμένου συλ προσωπικότητας ²⁷⁵. Αντίστοιχα, οι Strandholm και συν. ²⁷⁶ διαπίστωσαν ότι οι νευρωτικές, διαστρεβλωτικές της εικόνας και ανώριμες μορφές άμυνας στην εφηβεία σχετίζονταν με διαταραχές προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή, ενώ οι μηχανισμοί της μετατόπισης, της απομόνωσης και του αντιδραστικού σχηματισμού αποτέλεσαν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες για μελλοντική διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας.

Το 1967 ο Otto Kernberg διατύπωσε ένα από τα πιο επιδραστικά θεωρητικά πλαίσια για την κατανόηση της ΟΔΠ, περιγράφοντας τα βασικά χαρακτηριστικά της οριακής ψυχοπαθολογίας. Κεντρικό στοιχείο στη θεωρία του αποτέλεσαν οι πέντε πρωτογενείς αμυντικοί μηχανισμοί που θεωρεί ότι διέπουν την ψυχική λειτουργία των ατόμων με ΟΔΠ: η υποτίμηση (devaluation), η παντοδυναμία (omnipotence), η πρωτογενής εξιδανίκευση (primitive idealization), η προβλητική ταύτιση (projective identification) και η διχοτόμηση (splitting) Ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευτεί ελάχιστες μελέτες που προσπάθησαν να αποσαφηνίσουν τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με ΟΔΠ ²⁷⁷. Οι περισσότερες από αυτές ²⁷⁸⁻²⁸¹ χρησιμοποίησαν το Ερωτηματολόγιο Αμυντικού Στυλ (Defense Style Questionnaire – DSQ), ένα εργαλείο αυτοαναφοράς σε μορφή ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε από τον Bond και συν. και έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί τις συνειδητές εκφάνσεις των ασυνείδητων αμυντικών μηχανισμών ²⁸². Στην πρώτη του μελέτη ο Bond χορήγησε το ερωτηματολόγιο σε 25 κλινικά διαγνωσμένους ασθενείς με ΟΔΠ, 26 ασθενείς με άλλες μορφές παθολογίας του άξονα II, και 167 ασθενείς με άλλες μορφές κλινικών διαγνώσεων, που κυμαίνονταν από ψυχωτικές διαταραχές έως διαταραχές προσαρμογής ²⁷⁸. Οι ασθενείς με ΟΔΠ δεν διαφοροποιήθηκαν από τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών σε κανένα από τα τέσσερα επίπεδα άμυνας που αξιολογούνται από το DSQ (προσαρμοστική, αυτοθυσιαστική, δυσπροσαρμοστική δράση, παραμορφωτική εικόνα/οριακές άμυνες). Σε άλλη μελέτη, οι Bond, Paris και Zweig-Frank χορήγησαν το ερωτηματολόγιο σε 150 εξωτερικές ασθενείς. Από αυτές, οι 78 πληρούσαν τα κριτήρια για ΟΔΠ, ενώ οι 72 πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-III-R για κάποια άλλη διαταραχή του άξονα

II. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με ΟΔ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τις συγκριτικές ομάδες στις κλίμακες που μετρούν δυσπροσαρμοστική δράση και τις παραμορφωτικές/οριακές άμυνες, και σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα που μετρά τις προσαρμοστικές άμυνες ²⁷⁹. Οι Paris, Bond και συνεργάτες χορήγησαν επίσης το DSQ σε 121 άνδρες εξωτερικούς ασθενείς, εκ των οποίων 61 πληρούσαν τα κριτήρια για ΟΔΠ και 60 τα κριτήρια του DSM-III-R για κάποιον άλλο τύπο διαταραχής προσωπικότητας. Όπως και στο δείγμα των γυναικών, διαπίστωσαν ότι οι άνδρες με ΟΔ είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες της ομάδας σύγκρισης του άξονα II στις κλίμακες που μετρούν δυσπροσαρμοστική δράση και τις παραμορφωτικές/οριακές άμυνες ²⁸⁰. Οι Koenigsberg και συν. διαπιστώσαν ότι οι βαθμολογίες στην αστάθεια των συναισθημάτων συσχετιζόνταν σημαντικά με τις βαθμολογίες σε έξι μηχανισμούς άμυνας: την αναίρεση (undoing), την εκδραμάτιση (acting out), την παθητική επιθετικότητα, την προβολή, τη σχιζοειδή φαντασίωση και τη σχάση (splitting). Αντίθετα, οι βαθμολογίες στην παρορμητική επιθετικότητα συσχετιζόνταν σημαντικά μόνο με τον μηχανισμό της εκδραμάτισης (acting out) ²⁸¹. Από την έρευνα των Zanarini και συν. προέκυψαν τρία βασικά ευρήματα. Το πρώτο εύρημα είναι ότι τα στυλ άμυνας που ορίστηκαν αρχικά μέσω παραγοντικής ανάλυσης από τον Bond και τους συνεργάτες του διαφοροποίησαν σημαντικά τους ασθενείς με ΟΔΠ από τους ασθενείς άλλων διαταραχών του άξονα II. Αυτό δεν αποτελεί καινούργιο εύρημα, καθώς δύο προηγούμενες μελέτες με το DSQ είχαν επίσης βρει ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ αναφέρουν υψηλότερες βαθμολογίες στα στυλ άμυνας της δυσπροσαρμοστικής δράσης και της παραμόρφωσης της εικόνας σε σχέση με τους ασθενείς άλλων διαταραχών του άξονα II ²⁷⁷. Το δεύτερο βασικό εύρημα είναι ότι οι ασθενείς με ΟΔΠ παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τα άτομα της ομάδας σύγκρισης του άξονα II σε επτά συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας. Τέσσερις από αυτούς τους μηχανισμούς θεωρούνται ανώριμοι σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης του Vaillant: η εκδραμάτιση (acting out), η συναισθηματική υποχονδρίαση, η παθητική επιθετικότητα και η προβολή. Ωστόσο, μόνο η διεκδικητικότητα έχει βρεθεί ότι είναι ειδική για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Βρέθηκε επίσης ότι δύο από τους μηχανισμούς άμυνας που ανήκουν στην κατηγορία της διαστρέβλωσης της εικόνας του εαυτού ή των άλλων διαφοροποιούν σημαντικά τους ασθενείς με ΟΔΠ από εκείνους με άλλες διαταραχές προσωπικότητας του άξονα II. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με ΟΔ είχαν σημαντικά υψηλότερες μέσες βαθμολογίες στους μηχανισμούς της προβλητικής ταύτισης (projective identification) και της

σχάσης (splitting). Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι τρεις άλλοι μηχανισμοί της ίδιας κατηγορίας δεν βρέθηκε να διαφοροποιούν τις δύο ομάδες: η απαξίωση (devaluation), η παντοδυναμία (omnipotence) και η πρωτογενής εξιδανίκευση (primitive idealization). Συνολικά, αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με τα ευρήματα των Perry και Cooper²⁸³, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι άμυνες που χαρακτήρισαν ως «οριακές» – δηλαδή η προβλητική ταύτιση (projective identification) και η σχάση (splitting) – συνδέονται στενά με την οριακή ψυχοπαθολογία. Αντιθέτως, οι άμυνες που χαρακτήρισαν ως «ναρκισσιστικές» – απαξίωση (devaluation), παντοδυναμία (omnipotence) και πρωτογενής εξιδανίκευση (primitive idealization) – δεν σχετίζονταν σημαντικά με την ΟΔ. Η αποτυχία επιβεβαίωσης της αμυντικής τυπολογίας του Kernberg ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι ο Kernberg πρότεινε μια ευρύτερη έννοια της «οριακής προσωπικότητας» (borderline personality organization), η οποία περιλαμβάνει ασθενείς με άλλες σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας πέρα από την ίδια την ΟΔΠ. Το τρίτο βασικό εύρημα είναι ότι ένας συνδυασμός τριών αμυντικών μηχανισμών – της εκδραμάτισης (acting out), της συναισθηματικής υποχονδρίασης (emotional hypochondriasis) και της ακύρωσης (undoing) – με μεγάλες τιμές επίδρασης (effect sizes), διαφοροποιούσε σημαντικά τους ασθενείς με ΟΔΠ από εκείνους με άλλες διαταραχές του άξονα II (axis II). Ευτυχώς, και οι τρεις προαναφερθέντες αμυντικοί μηχανισμοί έχουν συμπεριφορικό χαρακτήρα, και οι κλινικοί μπορούν να εκπαιδευτούν να τους αναγνωρίζουν: η εκδραμάτιση (acting out) σχετίζεται με την παρορμητικότητα, η ακύρωση (undoing) με την ανάγκη επανόρθωσης, και η συναισθηματική υποχονδρίαση (emotional hypochondriasis) με επίμονες και απαιτητικές εκκλήσεις για προσοχή στον εσωτερικό ψυχικό πόνο του ατόμου.

Ψυχοπαθολογία και ΟΔΠ

Ο Kernberg στο βιβλίο του «Οριακές καταστάσεις και παθολογικός ναρκισσισμός» στην περιγραφική ανάλυση της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας αναφέρει ότι αυτή αποτελεί πολυσυμπτωματική νεύρωση που μπορεί να παρουσιάζει διάφορα νευρωτικά συμπτώματα όπως πολλαπλές φοβίες, ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, συμπτώματα μετατροπής αποσυνδετικές αντιδράσεις, υποχονδρία και παρανοειδείς τάσεις²⁸⁴. Θα λέγαμε λοιπόν ότι η ΟΔΠ συσχετίζεται με μεγάλο αριθμό διαταραχών του Άξονα I, όπως η διαταραχή χρήσης ουσιών (SUD), η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, οι διαταραχές της διάθεσης,

οι αγχώδεις διαταραχές, οι σωματομορφές διαταραχές και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Οι ασθενείς με ΟΔΠ συχνά προσφεύγουν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για αξιολόγηση ή θεραπεία κάποιας από τις διαταραχές του Άξονα Ι ²⁸⁵. Καθώς εκδηλώνονται αυτά τα αρχικά συμπτώματα, ενδέχεται να αποτελέσουν τη βάση για τη διάγνωση και την παθολογία της ΟΔΠ. Ωστόσο, αυτή η συννοσηρότητα παρεμποδίζει την ακριβή διάγνωση και το σχεδιασμό της θεραπείας, οδηγώντας με την πάροδο του χρόνου σε αντίσταση στη θεραπεία και σε επιδείνωση των διαταραχών του Άξονα Ι.

Μια μελέτη των Soloff και συν. επιβεβαίωσε ότι η πλειονότητα των ασθενών με ΟΔΠ παρουσιάζει τουλάχιστον μία συνυπάρχουσα διαταραχή Άξονα Ι, με ποσοστά που ξεπερνούν το 80% σε κλινικά δείγματα ²⁸⁶. Αντίστοιχα, η μελέτη των Lenzenweger και συν. ανέφερε συνολική επικράτηση διαταραχών Άξονα Ι στο 84,5% ²⁸⁷. Η επικράτηση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (MDD) σε δείγμα ασθενών με ΟΔΠ ²⁸⁸ συμβαδίζει με τα αποτελέσματα της μελέτης των Pagura και συν., οι οποίοι ανέφεραν ποσοστό 59% ²⁸⁹. Ωστόσο, η μεγάλη διακύμανση στα αναφερόμενα ποσοστά Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) σε ασθενείς με ΟΔΠ —από 82,2% στη μελέτη των Shen και συν. ²⁹⁰ έως μόλις 19,3% στη μελέτη των Grant και συν.²⁹¹ αντανakλά μεθοδολογικές διαφορές και ετερογένεια των δειγμάτων.

Παρόμοια μεταβλητότητα εμφανίζεται και στις αγχώδεις διαταραχές στους ασθενείς με ΟΔΠ. Η συνολική επικράτηση των αγχωδών διαταραχών σε δείγμα ασθενών με ΟΔΠ (61,6%) ²⁹² είναι υψηλότερη από το ποσοστό που αναφέρουν οι Shen και συν. (47,3%) ²⁹⁰, αλλά χαμηλότερη από το αποτέλεσμα της μελέτης των Harned και Valenstein που έδειξε ποσοστό 88% ²⁹³. Στην ίδια μελέτη η επικράτηση της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (OCD) ήταν 16%. Όσον αφορά την επικράτηση της Διπολικής Διαταραχής σε ασθενείς με ΟΔΠ, διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει ποσοστά από 12,1% έως και 80% ^{294,295}. Φαίνεται ότι η μεγάλη επικάλυψη των συμπτωμάτων της Διπολικής Διαταραχής και της ΟΔΠ καθιστά τη διάγνωση δύσκολη.

Όσον αφορά στους εφήβους σαφώς και εδώ η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη. Σε μία μελέτη διαπιστώθηκαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συννοσηρών διαταραχών του Άξονα Ι στους εφήβους με ΟΔΠ σε σύγκριση με τις άλλες κλινικές ομάδες. Οι πιο συχνές συννοσηρές διαταραχές στο δείγμα των εφήβων με ΟΔΠ ήταν οι διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς (69,6%), οι διαταραχές διάθεσης (58,7%) και οι αγχώδεις διαταραχές (45,7%) ²⁹⁶. Μια άλλη μελέτη ¹⁵ βρήκε ότι όλοι οι έφηβοι (100%) με ΟΔΠ παρουσίαζαν συννοσηρές

διαταραχές του Άξονα Ι, και οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν πολλαπλές διαγνώσεις. Οι συχνότερες συννοσηρές διαταραχές στην ομάδα των ατόμων με ΟΔΠ ήταν οι διαταραχές της διάθεσης, ακολουθούμενες από διατροφικές διαταραχές, διασχιστικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών. Σε σύγκριση με την ομάδα χωρίς ΟΔΠ, οι συμμετέχοντες με ΟΔΠ εμφάνισαν σημαντικά περισσότερες διαταραχές χρήσης ουσιών και τάση προς υψηλότερα ποσοστά διαταραχών προσαρμογής — αν και αυτή η τελευταία διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική, πιθανόν λόγω του μικρού μεγέθους των υποομάδων στις κατηγορίες του Άξονα Ι¹⁵. Τα ποσοστά των διαταραχών του Άξονα Ι είναι συγκρίσιμα με εκείνα που έχουν αναφερθεί σε ενήλικες, όπου πάνω από το 50% πληρούν τα κριτήρια για τουλάχιστον μία από αυτές τις διαταραχές^{94,291,297}.

Αυξημένα ποσοστά διαταραχής χρήσης ουσιών έχουν βρεθεί τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους με ΟΔΠ^{94,296,298,299}. Αυτή η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ΟΔΠ και της κατάχρησης ουσιών στην εφηβεία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαταραχές χρήσης ουσιών κατά την εφηβεία —ιδιαίτερα οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ— προβλέπουν την εμφάνιση ΟΔΠ στην πρώιμη ενήλικη ζωή ενώ αποτελούν και παράγοντα κινδύνου για καθυστερημένη ύφεση και δυσμενή πρόγνωση στους εφήβους με ΟΔΠ^{108,300,301}. Η τάση για υψηλότερα ποσοστά διαταραχών προσαρμογής ενδέχεται να αντανακλά τη γενικά αυξημένη έκθεση των εφήβων αυτών σε τραύματα και στρεσογόνα γεγονότα ζωής³⁰².

Επιπλέον, συνυπάρχουν και άλλες ΔΠ όπως φάνηκε στη μελέτη των Kaess και συν¹⁵, όπου βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συννοσηρότητας με διαταραχές του Άξονα ΙΙ στην ομάδα ΟΔΠ. Οι συχνότερες ήταν οι διαταραχές προσωπικότητας του συμπλέγματος C (αποφευκτική, εξαρτητική και ιδεοψυχαναγκαστική), και ακολουθούσαν εκείνες του συμπλέγματος A (παρανοειδής προσωπικότητα). Τα ευρήματα για το σύμπλεγμα C είναι σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες σε ενήλικες, όπου κυριαρχούν οι εξαρτητικές και αποφευκτικές διαταραχές προσωπικότητας. Σε αυτή τη μελέτη, η πλειονότητα των ατόμων με ΟΔΠ— συγκεκριμένα το 80% παρουσίαζε και παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας, γεγονός που ενισχύει προηγούμενα ευρήματα τα οποία περιγράφουν την παρανοειδή προσωπικότητα ως συχνή συννοσηρότητα και σε δείγματα ενηλίκων με ΟΔΠ³⁰³.

Όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία ως προβλεπτικό παράγοντα οι περισσότερες έρευνες έχουν την τάση να εστιάζουν σε απλές, άμεσες συσχετίσεις μεταξύ εσωτερικευμένων ή εξωτερικευμένων προβλημάτων για την πρόβλεψη χαρακτηριστικών

της ΟΔΠ στους εφήβους ή τη διάγνωση ΟΔΠ στους ενήλικες. Η συχνή χρήση μονοκατευθυντικών μοντέλων σε μελέτες που διερευνούν τα πρώιμα αναπτυξιακά μοτίβα της ΟΔΠ καθιστά δύσκολη την κατανόηση αμφίδρομων επιδράσεων και των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα βασικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ και του τρόπου με τον οποίο αυτά επηρεάζουν το ένα το άλλο με την πάροδο του χρόνου. Οι περισσότερες διαχρονικές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην εξέταση των βασικών χαρακτηριστικών της αρνητικής συναισθηματικότητας (negative affect), της παρορμητικότητας και/ή των συμπεριφορικών προβλημάτων ως προδρόμων (antecedents) της ΟΔΠ⁴⁷.

Όσον αφορά την αρνητική συναισθηματικότητα, οι ερευνητές έχουν αναφέρει ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και της ΟΔΠ^{300,304-307}. Οι Lewinsohn και συν.³⁰⁵ εξέτασαν την πρόβλεψη υψηλών βαθμολογιών διαταραχών προσωπικότητας στην ηλικία των 24 ετών με βάση βαθμολογίες ψυχοπαθολογίας που είχαν καταγραφεί μεταξύ των ηλικιών 14 και 18. Στη μελέτη τους, η ΟΔΠ προβλέφθηκε από την καταθλιπτική συμπτωματολογία στην εφηβεία. Οι Crick, Murray-Close και Woods³⁰⁸ διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης και τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ παρουσίαζαν ισχυρή συσχέτιση σε κάθε χρονική στιγμή και ότι η αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετιζόταν με αύξηση των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ, υποδηλώνοντας ότι η ΟΔΠ και η κατάθλιψη εξελίσσονται παράλληλα με την πάροδο του χρόνου. Οι Arens και συν.^{47,309} ανέφεραν ότι οι εσωτερικευμένες διαταραχές στην εφηβεία (όπως η κατάθλιψη και το άγχος) προέβλεπαν τον κίνδυνο εμφάνισης ΟΔΠ πέντε χρόνια αργότερα. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη μελέτη Environmental Risk Longitudinal Twin Study, οι Belsky και συν.⁴⁷ διαπίστωσαν ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα στην ηλικία των 5 ετών προέβλεπαν αυξημένα χαρακτηριστικά ΟΔΠ στην ηλικία των 12.

Τα εξωτερικευμένα προβλήματα (externalizing problems) έχουν επίσης αποδειχθεί ότι αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες τόσο για την ΟΔΠ όσο και για την κατάθλιψη³¹⁰⁻³¹³, υπογραμμίζοντας τη χρησιμότητα της μελέτης αυτών των σχέσεων μέσω μοντέλων αλυσιδωτής επίδρασης (cascade model). Για παράδειγμα, μια προηγούμενη εργασία των Bernstein και συνεργατών³¹⁴ ανέδειξε τον ρόλο των προβλημάτων διαγωγής στην παιδική ηλικία (που αξιολογήθηκαν στις ηλικίες 1 έως 10 ετών) στην εμφάνιση διαταραχών προσωπικότητας στην εφηβεία (που αξιολογήθηκαν 10 χρόνια αργότερα), σε όλες τις κατηγορίες διαταραχών προσωπικότητας (Clusters A, B και C). Οι Belsky και

συνεργάτες ⁴⁷ προέβλεψαν χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στην πρώιμη εφηβεία (ηλικία 12 ετών), βασιζόμενοι σε υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας, φτωχή αυτορρύθμιση του συναισθήματος και προβλήματα εξωτερίκευσης, τα οποία είχαν μετρηθεί επτά χρόνια νωρίτερα. Παρομοίως, οι Stepp και συν. ³¹⁵ εξέτασαν τις αναπτυξιακές πορείες των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής από την ηλικία των 8 έως 13 ετών ως πρόδρομους συμπτωμάτων ΟΔΠ στην ηλικία των 14, σε δείγμα κοριτσιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυξημένα συμπτώματα ΔΕΠΥ και εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής (ΕΠΔ) στην ηλικία των 8 ετών προέβλεπαν μεμονωμένα την εμφάνιση συμπτωμάτων ΟΔΠ στην ηλικία των 14, και ότι η αύξηση αυτών των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου συνδεόταν με υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων ΟΔΠ. Συμβατά με τα ευρήματα αυτά για μη κλινικά κορίτσια, τόσο η ΔΕΠΥ όσο και η ΕΠΔ προέβλεπαν την εμφάνιση ΟΔΠ σε νεαρούς ενήλικες άνδρες. Επιπλέον, οι Helgeland και συν. ³¹⁶ διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι με διαγνώσεις διαταραχών συμπεριφοράς είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν με ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή (ηλικία 28 ετών). Σύμφωνα με τους Geiger και Crick ³¹⁷, η επίμονη και συχνή χρήση της σχεσιακής επιθετικότητας μπορεί να αποτελεί προάγγελο της ανάπτυξης της ΟΔΠ. Αυτή η υπόθεση βασίζεται στην παρατήρηση ότι η σχεσιακή επιθετικότητα και η ΟΔΠ μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά, όπως η κοινωνικά χειριστική συμπεριφορά και οι υπερβολικά συγχωνευτικές, ταραχώδεις σχέσεις. Υποστηρίζοντας αυτή την άποψη, αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει ταυτόχρονες συσχετίσεις μεταξύ της σχεσιακής επιθετικότητας και των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ τόσο σε παιδιά ³⁰⁸ όσο και σε ενήλικες ^{13,318-320}, ακόμα και όταν ελέγχονται οι επιδράσεις της σωματικής επιθετικότητας. Οι Vaillancourt και συν. ³²¹ βρήκαν ότι τα αυξημένα συμπτώματα των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ προέβλεπε μόνο η σχεσιακή επιθετικότητα και τα συμπτώματα κατάθλιψης στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια προέβλεπε ολόκληρο το σύνολο των συμπτωμάτων και συμπεριφορών: σωματική και σχεσιακή επιθετικότητα, συμπτώματα κατάθλιψης και ΔΕΠΥ. Ο Crick ³²² διαπίστωσε ότι παιδιά ηλικίας 9 έως 12 ετών που επιδίδονταν σε μη κανονιστικές μορφές επιθετικότητας (δηλαδή κορίτσια που ήταν σωματικά επιθετικά και αγόρια που ήταν σχεσιακά επιθετικά) εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κακής προσαρμογής σε σύγκριση με παιδιά που επιδείκνυαν τυπικές, για το φύλο τους, μορφές επιθετικότητας ή που δεν ήταν καθόλου επιθετικά. Φαίνεται, λοιπόν, ότι για την πρόβλεψη χαρακτηριστικών της ΟΔΠ, η εμπλοκή σε μη κανονιστικές μορφές επιθετικότητας ενδέχεται να αποτελεί έναν σημαντικό πρώιμο δείκτη μελλοντικής διαταραχής προσωπικότητας. Ωστόσο, μία ενδεχόμενη εναλλακτική

εξήγηση είναι ότι οι παράγοντες κινδύνου, όπως η σωματική και σχεσιακή επιθετικότητα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα συμπτώματα ΔΕΠΥ, προβλέπουν ισχυρότερα τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στα κορίτσια, επειδή αυτός ο τύπος παθολογίας προσωπικότητας είναι συχνότερος στις γυναίκες. Για τα αγόρια (και τους άνδρες), είναι πιθανό η σωματική και σχεσιακή επιθετικότητα, η κατάθλιψη και η ΔΕΠΥ να συνδέονται ισχυρότερα με τη αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, η οποία είναι πολύ πιο συχνή στους άνδρες. Οι Vaillancourt και συν.³²¹ διαπίστωσαν ότι, για τα αγόρια, υπήρχε μία αναπτυξιακή πορεία από τα συμπτώματα ΔΕΠΥ στην ηλικία των 10 ετών, προς τα συμπτώματα κατάθλιψης στην ηλικία των 12 ετών, και τελικά προς τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στην ηλικία των 14 ετών. Για τα κορίτσια, η αλληλουχία ξεκινούσε με τα συμπτώματα κατάθλιψης στην ηλικία των 10, περνούσε από τη σωματική επιθετικότητα στην ηλικία των 12, και κατέληγε στα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στην ηλικία των 14. Για τα αγόρια, η πορεία από τα συμπτώματα ΔΕΠΥ προς τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ μέσω της κατάθλιψης είναι σύμφωνη με τη θεωρία των Crowell, Beauchaine και Linehan⁶⁴, σύμφωνα με την οποία «η παρορμητικότητα και η δυσρυθμία του συναισθήματος ενδέχεται να αναδύονται ανεξάρτητα και διαδοχικά κατά την ανάπτυξη» και πιο συγκεκριμένα ότι «η παρορμητικότητα είναι ένα από τα πρωτοεμφανιζόμενα χαρακτηριστικά» στα άτομα που τελικά διαγιγνώσκονται με ΟΔΠ. Για τα κορίτσια, η πορεία από τα καταθλιπτικά συμπτώματα προς τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ περνούσε μέσα από τη σωματική επιθετικότητα. Είναι πιθανό η σωματική επιθετικότητα που προβλέπει τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στα κορίτσια να καθοδηγείται από μία παρορμητική προσπάθεια ρύθμισης των αρνητικών συναισθημάτων που συνδέονται με την κατάθλιψη. Ωστόσο, θα μπορούσε επίσης να αποτελεί πρώιμη εκδήλωση του φαινοτύπου της ΟΔΠ (είτε σχετιζόμενη είτε όχι με την κατάθλιψη), όπου η επιθετικότητα εντάσσεται στο πλαίσιο του «ακατάλληλου, έντονου θυμού ή της δυσκολίας ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνές εκρήξεις θυμού, διαρκής οργή, επανειλημμένοι σωματικοί καβγάδες)», δηλαδή στο κριτήριο 8 της ΟΔΠ. Επίσης οι Vaillancourt και συν.³²¹ διαπίστωσαν ότι οι αναπτυξιακές πορείες από τη σωματική επιθετικότητα, τη σχεσιακή επιθετικότητα, τα συμπτώματα κατάθλιψης και τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην ηλικία των 10 ετών, προς τις αντίστοιχες επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τους στην ηλικία των 12, και τελικά προς τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ στην ηλικία των 14, ήταν στατιστικά σημαντικές για τα κορίτσια, αλλά όχι για τα αγόρια. Με άλλα λόγια, για τα κορίτσια —και όχι για τα αγόρια— μονοδιάστατες εξελικτικές αλληλουχίες ξεκινούσαν ήδη από την ηλικία των 10 ετών, με τη σταθερότητα των πρώιμων δεικτών κινδύνου να

αποδεικνύεται πιο καθοριστική στην πρόβλεψη των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ σε σύγκριση με τα αγόρια. Τα κορίτσια ηλικίας 10 ετών που εμφανίζουν αυτά τα επιβαρυντικά συμπτώματα —ιδίως κατάθλιψη και ΔΕΠΥ— φαίνεται να αποτελούν πρώιμους εκφραστές της συμπτωματολογίας.

Μελέτες έχουν εντοπίσει σημαντικά υψηλότερη συνύπαρξη της ΟΔΠ σε κλινικό δείγμα εφήβων εξωτερικών ασθενών με εσωτερικευμένες διαταραχές (όπως διαταραχές διάθεσης και άγχους) όσο και με εξωτερικευμένες (όπως κατάχρηση ουσιών και διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς), σε σύγκριση με εφήβους που είτε έχουν άλλες διαταραχές προσωπικότητας είτε φυσιολογική ανάπτυξη προσωπικότητας ^{303,304}. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί και σε εφήβους νοσηλευόμενους με ΟΔΠ σε σύγκριση με εκείνους χωρίς τη συγκεκριμένη διάγνωση ^{10,305}. Τα παραπάνω ευρήματα αντανακλούν τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών σε ενήλικες με ΟΔΠ ³⁰⁶. Επιπλέον, η έρευνα δείχνει ότι οι εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες διαταραχές μπορούν συχνά να προβλέψουν τη μετέπειτα ανάπτυξη της ΟΔΠ ^{304,307}. Σήμερα, αναγνωρίζεται ότι η ΟΔΠ βρίσκεται στο σταυροδρόμι των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων διαταραχών, χωρίς να ανήκει ξεκάθαρα σε κάποια από τις δύο κατηγορίες, παρότι παρουσιάζει χαρακτηριστικά και των δύο και εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα και με τις δύο ομάδες ³⁰⁴.

Θεραπεία της ΟΔΠ

Ψυχοθεραπεία

Αν και υπάρχουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για ενήλικες με ΟΔΠ, οι μελέτες που εστιάζουν σε παρεμβάσεις ειδικά για εφήβους με ΟΔΠ είναι ελάχιστες. Πρόκειται για μια χαμένη ευκαιρία, καθώς η εφηβεία αποτελεί κρίσιμη περίοδο για παρέμβαση, λόγω της ευελιξίας και της διαμορφωσιμότητας των χαρακτηριστικών της ΟΔΠ σε νεαρή ηλικία. Παρότι η έγκαιρη παρέμβαση σε περιπτώσεις πλήρως ανεπτυγμένης ΟΔΠ θεωρείται πλέον κρίσιμη κατά την εφηβεία, η παρουσία συμπτωμάτων ΟΔΠ στην εφηβική ηλικία ενδέχεται επίσης να λειτουργήσει ως στόχος για ενδεδειγμένη προληπτική παρέμβαση. Η εφηβεία αποτελεί αναπτυξιακή περίοδο αυξημένης νευροβιολογικής και ψυχοκοινωνικής πλαστικότητας, γεγονός που καθιστά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας περισσότερο τροποποιήσιμα. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη παρέμβαση σε υποκλινικές εκδηλώσεις της ΟΔΠ ενδέχεται να προλάβει την εδραίωση της διαταραχής και να περιορίσει τις μελλοντικές

δυσμενείς συνέπειες, όπως την έκθεση σε χρόνια ψυχικό τραύμα και την πολυφαρμακία ³²³. Ωστόσο ανασκόπηση ανέδειξε ότι η συνολική αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για την ΟΔΠ είναι χαμηλότερη στους εφήβους σε σύγκριση με τους ενήλικες ³²⁴.

Όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη έχουν αναφερθεί τρεις προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν το ζήτημα της πρόληψης σε διαφορετικές ομάδες υψηλού κινδύνου, όλες με στόχο τη βελτίωση της πρώιμης εμπειρίας ζωής:

Η πρώτη αφορά παιδιά με αναγνωρισμένες διαταραχές συμπεριφοράς. Μια πρόσφατη πιλοτική μελέτη της ομάδας των Muratori και συν. ³²⁵ έδειξε ότι οι παρεμβάσεις ενσυνείδητης γονεϊκότητας (mindful parenting) μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση των επιπλέον παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη μελλοντικής ΟΔΠ σε παιδιά που ήδη εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς. Η ενσυνείδητη γονεϊκότητα προάγει την ενίσχυση των γονεϊκών δεξιοτήτων μέσω της βελτίωσης της προσοχής και των ικανοτήτων αυτορρύθμισης των γονέων, βοηθώντας τους να εστιάζουν, με μη κριτικό τρόπο, στην παρούσα στιγμή και στη σχέση τους με το παιδί. Η δεύτερη αφορά ζεύγη μητέρων παιδιών με πρώιμες δυσκολίες στο δεσμό και αφορά παρεμβάσεις ενίσχυσης του δεσμού ήδη από τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό³²⁶. Τέλος, η τρίτη αφορά μητέρες με ΟΔΠ και αντίστοιχα παρεμβάσεις γονεϊκότητας ³²⁷.

Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης έχουν αναπτυχθεί δύο προγράμματα πρώιμης παρέμβασης τα οποία στοχεύουν τόσο στην υποκλινική οριακή παθολογία όσο και στην πλήρως ανεπτυγμένη ΟΔΠ σε εφήβους. Τα προγράμματα αυτά χαρακτηρίζονται από ευρεία κριτήρια ένταξης (με περιορισμένες εξαιρέσεις για συνυπάρχουσες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, καθώς αυτές είναι συνήθεις στην ΟΔΠ) και είναι χρονικά περιορισμένα, με διάρκεια θεραπείας συνήθως από 4 έως 6 μήνες. Ένα από αυτά είναι η εκπαίδευση στη ρύθμιση του συναισθήματος (Emotion Regulation Training – ERT) ³²⁸ αποτελεί ένα εγχειριδιοποιημένο ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης για εφήβους με χαρακτηριστικά ΟΔΠ, σχεδιασμένο ως συμπληρωματική παρέμβαση στη συνήθη θεραπευτική φροντίδα (Treatment as Usual – TAU). Η ERT εστιάζει στις δυσκολίες ρύθμισης του συναισθήματος, αξιοποιώντας τη δομή του προγράμματος Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) ³²⁹, εμπλουτισμένη με στοιχεία από την εκπαίδευση δεξιοτήτων της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας (Dialectical Behavior Therapy – DBT) και από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT).

Το πρόγραμμα Helping Young People Early (HYPE)³³⁰ συνιστά μια ομαδική, ολοκληρωμένη παρέμβαση η οποία περιλαμβάνει προληπτική και στοχευμένη διαχείριση περιστατικών βασισμένη σε ψυχολογικές αρχές, ενεργή εμπλοκή των οικογενειών ή φροντιστών, γενική ψυχιατρική φροντίδα (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και θεραπείας των συνυπαρχόντων ψυχιατρικών διαταραχών), δυνατότητα παροχής φροντίδας στην κοινότητα, υποστήριξη από ομάδα κρίσεων και βραχεία νοσηλεία, πρόσβαση σε πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ατομική και ομαδική εποπτεία του προσωπικού, καθώς και πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας. Όλα τα θεραπευτικά στοιχεία εντάσσονται στο ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο της Γνωστικής Αναλυτικής Θεραπείας (Cognitive Analytic Therapy - CAT)

Προσαρμογές δύο επιπλέον, εντατικότερων παρεμβάσεων —της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (Dialectical Behaviour Therapy, DBT) και της Θεραπείας βασισμένης στην Εννόηση (Mentalization-Based Treatment, MBT)— έχουν αναπτυχθεί για εφήβους που εμφανίζουν τις πιο ανησυχητικές εκφάνσεις της ΟΔΠ, δηλαδή την αυτοτραυματική συμπεριφορά και την αυτοκτονικότητα.

Η DBT³³¹ αποτελεί μία γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία η οποία συνδυάζει τεχνικές αποδοχής και αλλαγής εντός ενός διαλεκτικού πλαισίου. Αρχικά σχεδιάστηκε για ενήλικες με χρόνια αυτοκτονικότητα και διάγνωση ΟΔΠ. Στο πλαίσιο της DBT, η ΟΔΠ εννοιολογείται πρωτίστως ως διαταραχή της ρύθμισης του συναισθήματος. Έχουν αναπτυχθεί διάφορες παραλλαγές της DBT³³² προκειμένου να την καταστήσουν αναπτυξιακά κατάλληλη για εφήβους και τις οικογένειές τους. Οι προσαρμογές αυτές περιλαμβάνουν: αυξημένη εμπλοκή γονέων και οικογενειών στη θεραπευτική διαδικασία, μείωση της διάρκειας της θεραπείας, περιορισμό του αριθμού των δεξιοτήτων που διδάσκονται, και προσθήκη εξειδικευμένης ενότητας δεξιοτήτων για εφήβους, με στόχο την εξεύρεση ισορροπίας ανάμεσα στην επικύρωση των συναισθημάτων και την ανάγκη αλλαγής στις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις των εφήβων.

Η Θεραπεία βασισμένη στην εννόηση (Mentalization-Based Treatment, MBT)^{333,334} βασίζεται στις αρχές της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας και της θεωρίας του δεσμού (attachment theory). Η Θεραπεία βασισμένη στην εννόηση (MBT) στοχεύει στην αποκατάσταση της ικανότητας εννόησης (mentalizing), προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να ρυθμίζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, να βελτιώνουν τη λειτουργικότητά τους στις διαπροσωπικές σχέσεις και να ενισχύουν τη δυνατότητα αυτορρύθμισης. Το πρόγραμμα

MBT-A που έχει αναπτυχθεί ειδικά για εφήβους περιλαμβάνει εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες διάρκειας 12 μηνών, σε συνδυασμό με μηνιαίες οικογενειακές συνεδρίες (MBT-F). Οι οικογενειακές συνεδρίες έχουν ως στόχο τη βελτίωση της ικανότητας εννόησης των μελών της οικογένειας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο ενδοοικογενειακών συγκρούσεων^{335,336}.

Επιπλέον αξίζει να αναφερθούμε στην υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία (SP) που αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη ψυχολογική θεραπεία για εφήβους με Διαταραχή Οριακής Προσωπικότητας (ΟΔΠ), μπορεί να ξεκινήσει ακόμη και χωρίς επιβεβαιωμένη διάγνωση και βασίζεται σε μια μη κριτική, ενσυναίσθητη προσέγγιση³³⁷.

Τέλος η ομαδική θεραπεία έχει επίσης εφαρμοστεί σε εφήβους με ΟΔΠ. Για τους εφήβους, έχει υποστηριχθεί ότι η συνοχή της ομάδας είναι εξαιρετικά σημαντική και σχετίζεται, ακόμη περισσότερο από ότι στους ενήλικες, με την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων για μια σειρά διαφορετικών διαταραχών. Μια μετα-ανάλυση 24 μελετών, κυρίως σε ενήλικες, έδειξε την υπεροχή της ομαδικής θεραπείας σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία (TAU) για ασθενείς με ΟΔΠ σε μια σειρά δεικτών, όπως συμπτώματα ΟΔΠ, αυτοκτονικότητα, κατάθλιψη, άγχος και γενική ψυχική υγεία^{338,339}.

Φαρμακοθεραπεία

Μελέτες παρατήρησης σε εφήβους με ΟΔΠ, τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο, αναφέρουν υψηλά ποσοστά χρήσης ψυχοτρόπων φαρμάκων, με τη συνταγογράφηση να είναι κυρίως συμπτωματικά προσανατολισμένη^{340,341}. Ωστόσο, καθώς τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της φαρμακοθεραπείας στους εφήβους με ΟΔΠ είναι περιορισμένα, συνιστάται επιφυλακτική προσέγγιση στη χρήση φαρμάκων, η οποία θα πρέπει να περιορίζεται στη θεραπεία συνοσηρών διαταραχών³⁴². Σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι η πολυφαρμακία παρατηρείται συχνά σε εφήβους με ΟΔΠ³⁴³⁻³⁴⁵, αν και υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία χαμηλής αξιοπιστίας που να υποστηρίζουν θετική επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στα βασικά συμπτώματα της ΟΔΠ^{344,346}. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, η οποία περιελάμβανε τόσο εφήβους όσο και ενήλικες με ΟΔΠ, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (placebo), η φαρμακευτική αγωγή έχει ελάχιστη έως μηδαμινή επίδραση στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΟΔΠ. Τα διαθέσιμα στοιχεία ήταν επίσης εξαιρετικά αβέβαια όσον αφορά την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στην αυτοτραυματική συμπεριφορά, στα αποτελέσματα που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα και στη

ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Στην κλινική πράξη, η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων δεν συνιστάται για τη θεραπεία της ΟΔΠ σε εφήβους³⁴². Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, σε περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να προτιμώνται τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, ειδικά σε περιπτώσεις κρίσης αυτοκτονικού κινδύνου³⁴⁵. Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται σε τέτοιες κρίσεις πρέπει να εντάσσεται σε ένα συνολικό θεραπευτικό πλάνο, το οποίο λαμβάνει υπόψη την προσβασιμότητα των φαρμάκων, την τοξικότητά τους, πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, αλκοόλ και ουσίες, την ανάγκη ενημέρωσης άλλων επαγγελματιών υγείας, τη χρονική διάρκεια της θεραπείας και τη στρατηγική διακοπής της^{342,345}. Τα διαθέσιμα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση αντικαταθλιπτικών, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), για τη διαχείριση συναισθηματικών συμπτωμάτων της ΟΔΠ (π.χ. χρόνια οργή, ευερεθιστότητα ή διακυμάνσεις της διάθεσης) είναι πολύ περιορισμένα, ιδιαίτερα σε εφήβους. Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών σε νέους με ΟΔΠ αντενδείκνυται λόγω του αυξημένου κινδύνου εξάρτησης από ουσίες³⁴⁵. Ωστόσο, οι έφηβοι με ΟΔΠ ενδέχεται να χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία συνυπαρχουσών ψυχιατρικών ή νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ενδείκνυται σε περιπτώσεις σοβαρής και/ή ανθεκτικής μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στους εφήβους με ΟΔΠ, όπως και στον γενικό πληθυσμό. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται σε αυθεντικές και καλά τεκμηριωμένες περιπτώσεις ΔΕΠΥ³⁴⁷. Η μελατονίνη (είτε σε τυπική μορφή είτε σε παρατεταμένη αποδέσμευση) έχει φανεί χρήσιμη για τη διαχείριση σοβαρών διαταραχών ύπνου ή αϋπνίας σε εφήβους³⁴⁸.

Πορεία της ΟΔΠ

Οι διαχρονικές μελέτες σχετικά με την πορεία της ΟΔΠ δείχνουν ότι κατά τη μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή, παρατηρείται αλλαγή στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής — οι έφηβοι αντιμετωπίζουν κυρίως συναισθηματική απορρύθμιση, παρορμητικότητα και αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ οι ενήλικες παρουσιάζουν εντονότερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και επίμονη λειτουργική έκπτωση, βιώνοντας εναλλασσόμενες περιόδους ύφεσης και επανεμφάνισης των συμπτωμάτων της ΟΔΠ^{18,349,350}. Η βιβλιογραφία περιγράφει μια σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων της ΟΔΠ κατά την ενήλικη ζωή¹⁸. Σε αυτήν περιλαμβάνεται και μελέτη των Gunderson και συν., στην

οποία αξιολογήθηκαν ασθενείς με ΟΔΠ ηλικίας 18 έως 45 ετών, και διαπιστώθηκε ότι το 85% αυτών παρουσίασε ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε μία δεκαετία ³⁴⁹.

Οι μελέτες για την έναρξη της ΟΔΠ κυρίως αναφέρονται στην εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων στην πρώιμη εφηβεία, με ηλικία αιχμής τη μέση και όψιμη εφηβεία και μείωση στη συνέχεια ^{9,11,351,352}. Υπάρχουν ωστόσο και μελέτες που τοποθετούν την ηλικία αιχμής στα 29.4 έτη ³⁵³.

Πρόδρομα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ μπορεί να είναι εμφανή ακόμα και από την παιδική ηλικία και μπορεί να περιλαμβάνουν ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες καθώς και ψυχοπαθολογικές οντότητες, τόσο εσωτερικευμένες (πχ άγχος και κατάθλιψη) όσο και εξωτερικευμένες (πχ προβλήματα συμπεριφοράς) ³⁵⁴. Πρόσφατη έρευνα που αξιολόγησε παιδιά στην προσχολική ηλικία (3-6 ετών) και στη συνέχεια στην εφηβεία (14-19 ετών) βρήκε ότι οι αντιξοότητες στην προσχολική ηλικία, τα εξωτερικευμένα συμπτώματα στην προσχολική και σχολική ηλικία, τα εσωτερικευμένα στην προσχολική ηλικία και η φτωχή μητρική υποστήριξη προδιέθεταν σε ΟΔΠ ³⁵⁵. Αντίστοιχα η ύπαρξη ΟΔΠ συμπτωμάτων στην ηλικία των 12 ετών προδιέθετε σε φτωχή λειτουργικότητα, διαπροσωπικές δυσκολίες, δυσκολίες ψυχικής υγείας καθώς και επιπλέον αύξανε την πιθανότητα τα άτομα αυτά να γίνουν θύματα βίας ³⁵⁶. Χρειάζεται βέβαια να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου στη βιβλιογραφία αξιολογείται περίπου στην ηλικία των 13 ετών όπως ανέδειξε η συστηματική ανασκόπηση των Sharp και συν ³⁵⁷. Επιπλέον, σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι έφηβοι με ΟΔΠ στην παρακολούθηση στην ηλικία των 19-23 ετών, παρουσίαζαν μια ποικιλία ψυχιατρικών διαταραχών με μόνο το 16% να μην πληροί τα κριτήρια για κάποια από αυτές. Σε πρόσφατη μελέτη του 2025 βρέθηκε ότι θετικοί προγνωστικοί παράγοντες μετά από πρώιμη παρέμβαση ήταν η ήπια βαρύτητα των συμπτωμάτων στην έναρξη, τα λιγότερα διαπροσωπικά προβλήματα και η εργασία του ενός τουλάχιστον γονέα ³⁵⁸.

Είναι χαρακτηριστικό ότι παρά την πρώιμη έναρξη και τις συνέπειες που έχει και παρά του ότι αποτελεί μια από τις πρώτες αιτίες αναπηρίας με βάση τα Disability Adjusted Life Years (DALYs) και το οικονομικό βάρος για τις οικογένειες είναι μεγάλο, υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στη διάγνωση και τη θεραπεία ενώ παράλληλα το στίγμα και οι διακρίσεις για αυτά τα άτομα είναι επίσης σε υψηλά επίπεδα ^{63,323,359}. Παράλληλα η έρευνα στην πρώιμη ηλικία (είτε παιδική είτε εφηβική) είναι περιορισμένη. Για τους λόγους αυτούς η Παγκόσμια Συμμαχία για την Πρόληψη και Πρώιμη Παρέμβαση για την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας ⁶³ θέτει ως προτεραιότητα μεταξύ άλλων, την πρώιμη παρέμβαση, την

εκπαίδευση των επαγγελματιών, την στοχευμένη πρόληψη, την πρώιμη και χωρίς καθυστέρηση αναγνώριση, την αποφυγή παραπλανητικών όρων, τη δημιουργία έγκυρων και φιλικών προς τον χρήστη εργαλείων αξιολόγησης, την αναγνώρισή της ως μια σοβαρή ψυχική διαταραχή και την εξάλειψη του στίγματος και των διακρίσεων έναντι των ατόμων με ΟΔΠ.

Σημασία της αναγνώρισης της ΟΔΠ στην πρώιμη εφηβεία

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διαφορετικές απόψεις τόσο από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από ανθρώπους με ΟΔΠ³⁶⁰⁻³⁶⁹ για το αν θα πρέπει να διαγιγνώσκεται η ΟΔΠ στην εφηβεία. Βασικό ζήτημα είναι κατά πόσο τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ είναι μέρος της τυπικής ανάπτυξης καθώς η παρορμητικότητα, οι επικίνδυνες συμπεριφορές και η συναισθηματική ευμεταβλητότητα υπάρχουν ως μέρος αυτής. Ωστόσο, για ένα ποσοστό των εφήβων δεν μειώνονται όπως τυπικά αναμένεται και τείνουν να παραμένουν^{370,371}. Όσον αφορά στο ότι η προσωπικότητα του εφήβου είναι ακόμα υπό διαμόρφωση και είναι ασταθής ώστε να μπορεί να τεκμηριώνεται η διάγνωση κάποιας διαταραχής προσωπικότητας, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά είναι σχετικά σταθερά και μόνο η κατηγορική διάγνωση μοιάζει να είναι λιγότερη σταθερή και να καταγράφονται συνεπώς μεγαλύτερα ποσοστά ύφεσης στην πάροδο του χρόνου^{41,349,372,373}. Επιπλέον, παρά την υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές η ΟΔΠ αποτελεί μια διακριτή διαταραχή ακόμα και αν περιλαμβάνει χαρακτηριστικά από εξωτερικευμένες ή εσωτερικευμένες διαταραχές³⁷⁴⁻³⁷⁶. Επίσης η διάγνωση είναι σημαντική καθώς δεν είναι αποκλειστικά συνέπεια ενός τραύματος διότι αυτό αποτελεί μια απλουστευμένη εξήγηση παρά του ότι όντως τα άτομα με ΟΔΠ έχουν βιώσει πιο συχνά αντιξοότητες από ότι ο γενικός πληθυσμός ή άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές^{368,377}. Σημαντικό επίσης να τονιστεί εκ νέου ότι η διάγνωση στους ανηλίκους επιτρέπεται στα σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια και ιδιαίτερα στο εναλλακτικό μοντέλο των διαταραχών προσωπικότητας όπου κάθε ηλικιακός περιορισμός έχει αφαιρεθεί ενώ παράλληλα τονίζεται και η πρώιμη παρέμβαση ακόμα και στην υποουδική οριακή παθολογία³²³. Τέλος ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το ζήτημα του στίγματος. Είναι γνωστό ότι η ΟΔΠ εμπεριέχει μεγαλύτερο στίγμα από ότι άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ακόμα και μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας³⁷⁸. Στερεότυπα για τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας περιλαμβάνουν το ότι είναι χειριστικοί, βίαιοι και

εγκριστές ενώ οι συμπεριφορές διάκρισης περιλαμβάνουν ακόμα και τις χαμηλότερες προσδοκίες από τους δασκάλους ή και τους φροντιστές^{379,380}. Επίσης οι οικογένειες μπορεί να θεωρούν ότι φταίνε για τα προβλήματα του παιδιού τους. Ωστόσο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, δεν είναι πιθανό η μη-διάγνωση να μειώσει το στίγμα³⁸¹. Λαμβάνοντας υπόψη ότι λόγω της ηλικίας τους που περιορίζει την «ενσωμάτωση» της ασθένειας ως μέρος της προσωπικής τους ταυτότητας οι έφηβοι μπορεί να μην επηρεάζονται το ίδιο με τους ενήλικες. Όμως σε βάθος χρόνου είναι πιθανό το στίγμα να τους επηρεάσει όπως επίσης και άλλες σχετικές στιγματιστικές συμπεριφορές μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Συνεπώς η διάγνωση ως μέρος μια γενικότερης στρατηγικής που θα οδηγεί σε αυξημένη κατανόηση για τις διαταραχές προσωπικότητας θα είναι βοηθητική^{379,382}. Άλλωστε πολλοί ασθενείς προτιμούν την ανοιχτή και ειλικρινή επικοινωνία για τη διάγνωση τους και το πως αυτή επικοινωνείται διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο αν η ίδια η διάγνωση θα θεωρηθεί ως βοηθητική ή όχι³⁸³. Συνολικά με βάση τα ανωτέρω για τη σημασία της διάγνωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό αυτή να γίνεται πρώιμα με σκοπό την πρώιμη παρέμβαση και τη μείωση των συνεπειών της.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοποί της μελέτης

Οι σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν:

- Η διερεύνηση της σχέσης των οριακών χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την αναστοχαστική λειτουργία των εφήβων και της αίσθησης της ποιότητας του δεσμού. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, πραγματοποιήθηκε αρχικά η στάθμιση της Ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου για τα Χαρακτηριστικά Οριακής Προσωπικότητας (BPFS-C-11, Borderline Personality Features Scale - Children) για χρήση σε κλινικό δείγμα εφήβων της πρώιμης εφηβείας (11 – 14 ετών) για την έγκαιρη ανίχνευση αυτών. Η υπόθεση μας ήταν ότι οι ανασφαλείς τύποι δεσμού και τα ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία θα σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ.

Επιπλέον, δευτερεύοντες στόχοι της μελέτης ήταν:

- Η διερεύνηση του αμυντικού προφίλ των παιδιών με χαρακτηριστικά ΟΔΠ υποθέτοντας ότι παρουσιάζουν ανώριμο προφίλ και άμυνες παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων.
- Η διερεύνηση της σχέσης της ΟΔΠ με την ψυχοπαθολογία με την υπόθεση της υψηλής συνοσηρότητας.

Μεθοδολογία της έρευνας και σχεδιασμός

Δειγματοληψία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο του 2021 έως τον Φεβρουάριο του 2025. Οι έφηβοι της πρώιμης εφηβικής ηλικίας (11-14 ετών) που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονταν από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε. αποτελεί τη μοναδική δημόσια δομή ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων και καλύπτει τις ανάγκες των Νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας αλλά και των Νομών Άρτας, Πρέβεζας, Κέρκυρας και Λευκάδας. Συνεπώς οι έφηβοι που αποτέλεσαν το δείγμα της

συγκεκριμένης μελέτης προέρχονται τόσο από αγροτικούς όσο και από ημιαστικούς και αστικούς πληθυσμούς.

Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ήταν τα εξής:

- Σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας (βαριά νοητική αναπηρία, Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος με σοβαρά επικοινωνιακά ελλείμματα, μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας).
- Ενεργό ψυχωσικό επεισόδιο

Στην έρευνα εντάχθηκαν 124 έφηβοι από τους 135 που απευθυνθήκαμε (Ρυθμός απόκρισης: 91.9%). Το υψηλό ποσοστό μπορεί να εξηγηθεί από την καλή θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ψυχιάτρου παιδιών και εφήβων και της οικογένειας καθώς και τη παροχή υπηρεσιών από το ΚοΚεΨΥΠΕ για πολλά χρόνια στην περιοχή ως η μοναδική δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων με πλήρη διεπιστημονική ομάδα.

Κλινική Μελέτη

Αρχικά οι έφηβοι και οι γονείς τους στο ραντεβού τους με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ενημερώνονταν για το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της μελέτης και εφόσον ανταποκρίνονταν θετικά τους χορηγούνταν τα ερωτηματολόγια της μελέτης. Συστήναμε στους εφήβους η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να γίνεται απουσία των γονέων τους ώστε να μην επηρεαστεί η αξιόπιστη καταγραφή δεδομένων ιδιαιτέρως όσον αφορά στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων που εκτιμούν την ψυχοπαθολογία και το δεσμό. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν είτε στην αίθουσα αναμονής ή στο σπίτι του εφήβου και παρέδιδαν τα ερωτηματολόγια στην επόμενη συνάντηση.

Συνοπτικά τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωναν οι έφηβοι ήταν τα εξής:

1. Κλίμακα Χαρακτηριστικών Οριακής Προσωπικότητας – (Borderline Personality Features Scale for Children-11)
2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για εφήβους 11-18 ετών (Youth Self Report)
3. Ερωτηματολόγιο Αμυντικού Προφίλ – 40 (Defense Style Questionnaire – 40)
4. Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (RFQ-8)

Αντίστοιχα τα ερωτηματολόγια των γονέων ήταν τα εξής:

1. Ερωτηματολόγιο Γονέων για συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των παιδιών τους – (Child Behavior Checklist 6-18 – CBCL)

Επιπλέον, γινόταν η τυπική παιδοψυχιατρική αξιολόγηση (η οποία αποτελούσε και αίτημα των γονέων ή του ίδιου του εφήβου) και με την οποία εξασφαλιζόταν η διάγνωση εφόσον πληρούταν τα κριτήρια. Η διάγνωση γινόταν τόσο με το ICD-10 όσο και με το DSM-5, διαδικασία η οποία αποτελεί την συνήθη τακτική στο ΚοΚεΨΥΠΕ. Για τους εφήβους που φαινόταν να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ΟΔΠ η καταγραφή της διάγνωσης γινόταν μόνο εάν τα χαρακτηριστικά ήταν παρόντα για τουλάχιστον 1 έτος, ακολουθώντας τις οδηγίες του DSM-5. Η αξιολόγηση των εφήβων του δείγματος έγινε από την ερευνήτρια ψυχίατρο παιδιών και εφήβων με σκοπό να εξασφαλιστεί η μέγιστη αξιοπιστία στη διάγνωση και τον τρόπο της αξιολόγησης και για την ελαχιστοποίηση της προκατάληψης δεν γνώριζε τις βαθμολογίες των εφήβων στην κλίμακα BPFS-C.

Εργαλεία της μελέτης

Ερωτηματολόγια Εφήβων

Κλίμακα Χαρακτηριστικών Οριακής Προσωπικότητας (BPFS-C-11, Borderline Personality Features Scale)

Η κλίμακα BPFS-C-11³⁸⁴ αποτελείται από 11 λήμματα τα οποία αξιολογούν χαρακτηριστικά της οριακής προσωπικότητας στην παιδική και εφηβική ηλικία (από την ηλικία των 9 ετών). Η BPFS-C-11 αξιολογεί πυρηνικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ όπως συναισθηματική αστάθεια, προβλήματα ταυτότητας και σχέσεων. Τα λήμματα βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 βαθμών όπου «1 = δεν ισχύει ποτέ» έως «5 = ισχύει πάντα». Η συνολική βαθμολογία της BPFS-C-11 κυμαίνεται από 11-55, με υψηλότερα σκορ να αντιπροσωπεύουν πιο έντονα χαρακτηριστικά ΟΔΠ. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες με διαφορετικά αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας έγινε ηλεκτρονική επικοινωνία με τη συγγραφέα της κλίμακας Dr. Carla

Sharp η οποία έδωσε την άδεια για τη χρήση της και παραπέμποντας σε Έλληνες συναδέλφους οι οποίοι είχαν ήδη προβεί στη μετάφραση της³⁸⁵.

Πίνακας 1. Μεταφράσεις και μελέτες της BPFS-C-11

ΜΕΛΕΤΗ	ΧΩΡΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Fossati et al. (2016) ³⁸⁶	Ιταλία	Αμφιπαραγοντικό (bifactor) μοντέλο
Carreiras et al. (2020) ³⁸⁷	Πορτογαλία	$\alpha=0.77$, Μιας διάστασης κλίμακα (αφαιρώντας το λήμμα Νο11)
Ensink et al. (2020) ³⁸⁸	Γαλλία	$\alpha=0.85$
Bibi et al. (2021) ³⁸⁹	Πακιστάν	$\alpha=0.72$, Δυο διαστάσεων κλίμακα
Zhuo et al. (2022) ³⁹⁰	Κίνα	$\alpha=0.937$, Μιας διάστασης κλίμακα, σημείο αποκοπής 42,30,14 (αναλόγως της βαρύτητας)
Coskun et al. (2022) ³⁹¹	Τουρκία	$\alpha=0.84$ (αφαιρώντας το λήμμα Νο3), Μιας διάστασης κλίμακα
Calvo et al. (2023) ³⁹²	Ισπανία	$\alpha=0.86$, Δυο διαστάσεων κλίμακα (αστάθεια και παρορμητικότητα, Αφαίρεση λημμάτων Νο2 και Νο3)
Sharp et al. (2025) ³⁹³	Μεξικό	$\alpha=0.80$, Μιας διάστασης κλίμακα

Ερωτηματολόγιο δεσμού για παιδιά (Attachment Questionnaire for Children - AQC)

Το ερωτηματολόγιο AQC³⁹⁴ αποτελεί μια απλοποιημένη μορφή του ASCQ και περιλαμβάνει τρεις προτάσεις οι οποίες αφορούν τα συναισθήματα και την αντίληψη των παιδιών για τις σχέσεις τους με τα άλλα παιδιά. Η οδηγία που δίνεται στα παιδιά είναι να επιλέξουν ποια πρόταση ταιριάζει καλύτερα στον εαυτό τους. Με τον τρόπο αυτό τα παιδιά κατατάσσουν το εαυτό τους ως έχοντα ασφαλή, αποφευκτικό ή αμφιθυμικό δεσμό. Σύμφωνα με τους συγγραφείς παιδιά μεγαλύτερα των 9 ετών με φυσιολογική νοημοσύνη μπορούν να απαντήσουν επαρκώς στο ερωτηματολόγιο.

Ερωτηματολόγιο ΣΑΕΒΑ αυτοαναφοράς για εφήβους 11-18 ετών (Youth Self Report)

Το Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA)³⁹⁵ αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο εργαλείων για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς ατόμων διαφόρων ηλικιών. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για εφήβους. Το YSR αξιολογεί την προσαρμοστική λειτουργικότητα του εφήβου με ερωτήσεις που αφορούν στις δραστηριότητες και την

κοινωνική ζωή όπου χαμηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε περισσότερες δυσκολίες. Περιλαμβάνει επίσης 112 λήμματα που βαθμολογούνται με «0=Δεν ταιριάζει», «1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές» και «2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά». Στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν οι κλίμακες οκτώ συνδρόμων, που ορίζονται ως Άγχος/Κατάθλιψη, Απόσυρση/Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά. Υπάρχει επίσης και μια κλίμακα που ονομάζεται Άλλα προβλήματα. Το σύνολο των βαθμολογιών των τριών πρώτων συνδρόμων (Άγχος/Κατάθλιψη, Απόσυρση/Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα) συνιστούν τα εσωτερικευμένα προβλήματα και το σύνολο των βαθμολογιών των Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά συνιστούν τα εξωτερικευμένα. Τα εσωτερικευμένα, τα εξωτερικευμένα και τα υπόλοιπα σύνδρομα συνιστούν τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα διακρίνονται σε τρία φάσματα (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό) με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν σοβαρότερα προβλήματα. Το οριακό κλινικό φάσμα: βρίσκεται από την 93η έως την 97η εκατοστιαία θέση ενώ το κλινικό φάσμα >97η εκατοστιαία θέση. Έμπειροι παιδοψυχίατροι και ψυχολόγοι από 16 χώρες εκτίμησαν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν τα στοιχεία των ερωτηματολογίων με πολλές διαγνωστικές κατηγορίες του DSM. Τα στοιχεία για τα οποία κρίθηκε ότι υπήρχε πλήρης συμφωνία με τις κατηγορίες του DSM από την πλειονότητα των αξιολογητών ομαδοποιήθηκαν στις κλίμακες που εναρμονίστηκαν με το DSM όπως παρακάτω: Συναισθηματικά προβλήματα, Προβλήματα άγχους, Σωματικά προβλήματα, Προβλήματα προσοχής/υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/προκλητικά προβλήματα, Προβλήματα διαγωγής. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα^{396,397}. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε επίσης και το προφίλ απορρύθμισης το οποίο στη βιβλιογραφία ³⁹⁸⁻⁴⁰⁴ ορίζεται με διάφορους τρόπους όπως (α) $T \geq 60$ σε καθένα από τα σύνδρομα άγχος/κατάθλιψη, προβλήματα προσοχής και επιθετική συμπεριφορά (β) $T \geq 70$ σε καθένα από τα σύνδρομα άγχος/κατάθλιψη, προβλήματα προσοχής και επιθετική συμπεριφορά (γ) σύνολο $T \geq 180$, και (δ) σύνολο $T \geq 210$ στα ίδια σύνδρομα. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε και το $T \geq 65$ καθώς αυτή είναι η βαθμολογία που περιλαμβάνει τους εφήβους που βρίσκονται στο οριακό και κλινικό φάσμα των συνδρόμων με βάση τον Ελληνικό πληθυσμό³⁹⁶.

Ερωτηματολόγιο Αμυντικού Προφίλ – 40 (Defense Style Questionnaire – 40)

Το ερωτηματολόγιο αμυντικού προφίλ ^{405,406} χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert 9 βαθμών, από «1=Διαφωνώ απόλυτα» έως «9=Συμφωνώ απόλυτα» αξιολογεί τους παρακάτω 20 μηχανισμούς άμυνας: καταστολή, χιούμορ, anticipation, μετουσίωση, εκλογίκευση, προβολή, παθητική επιθετικότητα, autistic fantasy, σωματοποίηση, μετάθεση, εκδραμάτιση, αντιδραστικός μηχανισμός, ακύρωση, εξιδανίκευση, ψευδοαλτρουισμός, άρνηση, αποσύνδεση, devaluation, μόνωση, σχάση. Οι μηχανισμοί αυτοί σύμφωνα με την αρχική μελέτη ⁴⁰⁵ συνιστούν 3 παράγοντες – αμυντικά προφίλ όπως: ώριμο (καταστολή, χιούμορ, προσδοκία, μετουσίωση), ανώριμο (εκλογίκευση, προβολή, παθητική επιθετικότητα, αυτιστική φαντασία, σωματοποίηση, μετάθεση, εκδραμάτιση, άρνηση, αποσύνδεση, υποτίμηση, μόνωση, σχάση) και νευρωτικό (αντιδραστικός μηχανισμός, ακύρωση, εξιδανίκευση, ψευδοαλτρουισμός). Το DSQ επίσης έχει μεταφραστεί στην Ελλάδα ⁴⁰⁷ και χρησιμοποιήθηκε σε παιδιά Ε' και ΣΤ' Δημοτικού με την παραγοντική του δομή να είναι 4 παραγόντων – αμυντικών προφίλ (με την αφαίρεση των μηχανισμών άμυνας της μετουσίωσης και της εκλογίκευσης) όπως: ώριμο (καταστολή, χιούμορ, προσδοκία), ανώριμο (προβολή, παθητική επιθετικότητα, αυτιστική φαντασία, σωματοποίηση, μετάθεση, εκδραμάτιση), εαυτό-στρεβλωτικό (άρνηση, αποσύνδεση, υποτίμηση, μόνωση, σχάση) και νευρωτικό (αντιδραστικός μηχανισμός, ακύρωση, εξιδανίκευση, ψευδοαλτρουισμός). Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha στα παραπάνω αμυντικά προφίλ ήταν από 0.58 έως 0.75.

Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (RFQ - 8)

Το Ερωτηματολόγιο ¹⁴⁴ αυτό αξιολογεί την αναστοχαστική λειτουργία, την ικανότητα να σκέφτεται κανείς για την ψυχική κατάσταση του εαυτού του και των άλλων. Αποτελείται από 8 λήμματα τα οποία συνιστούν 2 υποκλίμακες: τη βεβαιότητα για την ψυχική κατάσταση και την αβεβαιότητα για την ψυχική κατάσταση. Το RFQ βαθμολογείται σε μια κλίμακα από «1=Διαφωνώ απόλυτα» έως «7=Συμφωνώ απόλυτα». Υψηλότερες βαθμολογίες στην πρώτη υποκλίμακα συνιστούν μια πιο άκαμπτη στάση για την ψυχική κατάσταση του εαυτού ή των άλλων ενώ χαμηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν πιο προσαρμοστική αναστοχαστική λειτουργία. Στη δεύτερη υποκλίμακα οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν έλλειψη γνώσης για την ψυχική κατάσταση ενώ χαμηλότερες είναι ενδεικτικές ασάφειας. Τέσσερα από τα 8 λήμματα χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της βαθμολογίας τόσο στην υποκλίμακα της βεβαιότητας όσο και στην υποκλίμακα της αβεβαιότητας. Τα υπόλοιπα

τέσσερα λήμματα (2 για την κάθε υποκλίμακα) είναι μοναδικά για την κάθε μια από αυτές. Σύμφωνα με τους συγγραφείς τα λήμματα επαναβαθμολογούνται (αντί για 1 έως 7) σε 3,2,1,0,0,0,0 ώστε να αντανakλούν υψηλά επίπεδα βεβαιότητας που ενδέχεται να αντιστοιχούν σε υπερεννόηση ή σε 0,0,0,0,1,2,3, ώστε να αντανakλούν υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας που ενδέχεται να αντιστοιχούν σε υποεννόηση. Τα υψηλά επίπεδα στην βεβαιότητα μπορεί να αντιστοιχούν σε υπερεννόηση, ωστόσο ένα επίπεδο βεβαιότητας για τις ψυχικές καταστάσεις είναι προσαρμοστικό. Το αντίστοιχο θεωρείται και για την αβεβαιότητα. Το RFQ-8 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες με κάποιες μελέτες από αυτές να επιβεβαιώνουν τη δομή των δυο διαστάσεων⁴⁰⁸⁻⁴¹³. Ωστόσο, σε όλες αυτές η υποκλίμακα της βεβαιότητας σχετίστηκε αρνητικά με διάφορες αρνητικές εκβάσεις, γεγονός που είναι αντίθετο με το θεωρητικό υπόβαθρο, θέτοντας σε αμφισβήτηση κατά πόσο μπορεί να αποτυπώνεται επαρκώς η υπερεννόηση και συνεπώς ότι μάλλον μετράει ένα προσαρμοστικό χαρακτηριστικό. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να υποδεικνύει ότι το RFQ-8 μετράει επαρκώς την υποεννόηση όπως αυτή αποτυπώνεται σε υψηλές βαθμολογίες αβεβαιότητας για τις ψυχικές καταστάσεις. Ακόμα, το σημασιολογικό περιεχόμενο των λημμάτων της υποκλίμακας της βεβαιότητας μοιάζει να βασίζεται στην άρνηση της αβεβαιότητας. Επιπλέον, και ο ανωτέρω τρόπος βαθμολόγησης έχει δεχθεί κριτική στη βιβλιογραφία καθώς η διπλή βαθμολόγηση των λημμάτων δημιουργεί προβλήματα στην ανάλυση παραγόντων⁴¹⁴. Σε άλλες μελέτες, έχει βρεθεί ότι οι υψηλές βαθμολογίες στην υποκλίμακα της βεβαιότητας υποδεικνύουν μια πιο «κατάλληλη» και λειτουργική εννόηση. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις μέσω ανάλυσης παραγόντων ότι ένα μοντέλο μιας διάστασης εξηγεί καλύτερα την συνδιακύμανση που παρατηρείται στις απαντήσεις των λημμάτων όταν χρησιμοποιείται η βαθμολόγηση 1-7 (εξαιρείται το λήμμα 7 που βαθμολογείται αντίστροφα)⁴¹⁴⁻⁴¹⁶. Με βάση τα ανωτέρω και όπως περιγράφεται στη βιβλιογραφία, η παραγοντική δομή του RFQ-8 είναι υπό συζήτηση ακόμα και υπάρχουν έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει το μοντέλο της μιας διάστασης (είτε με 8, είτε με 6 λήμματα αφαιρώντας τα λήμματα 4 και 7), με την υψηλότερη βαθμολογία να αποτυπώνει την αβεβαιότητα για τις ψυχικές καταστάσεις και συνεπώς μεγαλύτερη έκπτωση στην εννόηση⁴¹³⁻⁴¹⁵. Το RFQ έχει χρησιμοποιηθεί σε εφηβικό πληθυσμό^{408,411} σε άλλες χώρες και έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες στην Ελλάδα⁴¹⁷. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας έγινε Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων για το μοντέλο των δυο διαστάσεων αλλά και για το μοντέλο της μιας διάστασης (και για τα 8 και για τα 6 λήμματα). Τα δυο πρώτα μοντέλα έδειξαν μέτρια προσαρμογή με το μοντέλο των

δυο διαστάσεων (RMSEA=0.061, CFI=0.991, TLI=0.984) να υπερέχει έναντι αυτού της μιας διάστασης των 8 λημμάτων (RMSEA=0.089, CFI=0.940, TLI=0.916). Ωστόσο, η εσωτερική συνοχή των υποκλιμάκων ήταν πολύ φτωχή (McDonalds $\omega = 0.55$ και 0.44 για βεβαιότητα και αβεβαιότητα) ενώ η εσωτερική συνοχή της μονοδιάστατης κλίμακας ήταν καλή (McDonalds $\omega=0.75$). Παράλληλα στο μοντέλο δυο διαστάσεων παρατηρήθηκαν αρνητικές διακυμάνσεις που ενδεχομένως περιορίζουν την εγκυρότητα των συμπερασμάτων. Το μονοδιάστατο μοντέλο των 6 λημμάτων έδειξε άριστη προσαρμογή (RMSEA = 0.000, CFI=1.000, TLI=1.014) με καλή αξιοπιστία (McDonalds $\omega=0.74$). Ως αποτέλεσμα στην παρούσα έρευνα σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της μιας διάστασης με τα 6 λήμματα.

Ερωτηματολόγια Γονέων

Ερωτηματολόγιο ΣΑΕΒΑ για γονείς (Child Behavior Checklist 6-18 – CBCL)

Το CBCL ³⁹⁵ αξιολογεί την προσαρμοστική λειτουργικότητα του παιδιού με ερωτήσεις που αφορούν στις δραστηριότητες, την κοινωνική ζωή και τη σχολική του ζωή όπου χαμηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε περισσότερες δυσκολίες. Περιλαμβάνει επίσης 113 λήμματα που βαθμολογούνται με «0=Δεν ταιριάζει», «1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές» και «2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά». Στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν οι κλίμακες οκτώ συνδρόμων, που ορίζονται ως Άγχος/Κατάθλιψη, Απόσυρση/Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά. Υπάρχει επίσης και μια κλίμακα που ονομάζεται Άλλα προβλήματα. Το σύνολο των βαθμολογιών των τριών πρώτων συνδρόμων (Άγχος/Κατάθλιψη, Απόσυρση/Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα) συνιστούν τα εσωτερικευμένα προβλήματα και το σύνολο των βαθμολογιών των Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά συνιστούν τα εξωτερικευμένα. Τα εσωτερικευμένα, τα εξωτερικευμένα και τα υπόλοιπα σύνδρομα συνιστούν τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα διακρίνονται σε τρία φάσματα (κλινικό, οριακό και φυσιολογικό) με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν σοβαρότερα προβλήματα. Το οριακό κλινικό φάσμα: βρίσκεται από την 93η έως την 97η εκατοστιαία θέση ενώ το κλινικό φάσμα >97η εκατοστιαία θέση. Έμπειροι παιδοψυχίατροι και ψυχολόγοι από 16 χώρες εκτίμησαν το βαθμό στον οποίο συμφωνούσαν τα στοιχεία των ερωτηματολογίων με πολλές

διαγνωστικές κατηγορίες του DSM. Τα στοιχεία για τα οποία κρίθηκε ότι υπήρχε πλήρης συμφωνία με τις κατηγορίες του DSM από την πλειονότητα των αξιολογητών ομαδοποιήθηκαν στις κλίμακες που εναρμονίστηκαν με το DSM όπως παρακάτω: Συναισθηματικά προβλήματα, Προβλήματα άγχους, Σωματικά προβλήματα, Προβλήματα προσοχής/υπερκινητικότητας, Εναντιωματικά/προκλητικά προβλήματα, Προβλήματα διαγωγής. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα ³⁹⁶.

Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφική στατιστική των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές και η σταθερά απόκλιση για τις συνεχείς μεταβλητές, οι δε κατηγορικές παρουσιάζονται με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών.

Για τη διερεύνηση της προσαρμογής του μονοδιάστατου μοντέλου της κλίμακας BPF5 στο δείγμα μας, πραγματοποιήθηκε Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis - CFA) χρησιμοποιώντας τον Εκτιμητή Σταθμισμένων Ελαχίστων Τετραγώνων (Weighted Least Squares Estimator - WLSMV). Λόγω των διαφορετικών μοντέλων τα οποία αναφέρονται στη βιβλιογραφία (βλ. εισαγωγή), η CFA πραγματοποιήθηκε για τέσσερα μοντέλα με 11, 10 (δύο διαφορετικά μοντέλα αφαιρώντας το λήμμα 3 ή το λήμμα 11) και 9 λήμματα (αφαιρώντας και τα δύο λήμματα 3 και 11). Η διερεύνηση με την αφαίρεση των δύο αυτών λημμάτων έγινε συνδυαστικά όπως προτείνεται στη βιβλιογραφία ⁴¹⁸ λαμβάνοντας υπόψη το θεωρητικό υπόβαθρο και το περιεχόμενο των λημμάτων αλλά και στατιστικούς δείκτες όπως οι δείκτες τροποποίησης (Modification Indices). Η προσαρμογή των μοντέλων αξιολογήθηκε με τους εξής δείκτες προσαρμογής: τον Δείκτη Συγκριτικής Προσαρμογής (Comparative Fit Index - CFI), τον Δείκτη Tucker-Lewis (TLI) και την Τετραγωνική Ρίζα του μέσου σφάλματος της εκτίμησης (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA). Τα ακόλουθα όρια τιμών χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας προσαρμογής: $RMSEA \leq 0.06$, $TLI \geq 0.95$, $CFI \geq 0.95$ που υποδηλώνουν καλή προσαρμογή, ενώ επαρκής ή μετρίου επιπέδου προσαρμογή θεωρείται για τιμές $RMSEA \leq 0.08$ (ή ≤ 0.1), $TLI \geq 0.90$, $CFI \geq 0.90$ ⁴¹⁹⁻⁴²¹.

Η εσωτερική συνέπεια αξιολογήθηκε με τη χρήση του συντελεστή McDonald's Omega (ω). Ο συντελεστής ω εκτιμά το ποσοστό διακύμανσης στη συνολική παρατηρούμενη βαθμολογία

που αποδίδεται σε όλες τις "μοντελοποιημένες" πηγές κοινής διακύμανσης. Μια τιμή > 0.8 θεωρείται υψηλή, ενώ τιμές ≥ 0.65 θεωρούνται αποδεκτές.

Επιπλέον, για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των λημμάτων, χρησιμοποιήθηκε η Θεωρία Απόκρισης Στοιχείου (Item Response Theory - IRT). Λόγω του ότι οι απαντήσεις στην BPFS ακολουθούν την κλίμακα Likert χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο βαθμολογημένων αποκρίσεων (Graded Response Model - GRM). Το GRM, όπως προτάθηκε από τον Samejima⁴²², υποθέτει ότι κάθε ερώτηση έχει πολλές κατωφλικές παραμέτρους (thresholds) που καθορίζουν τη μετάβαση από μία βαθμίδα στην επόμενη, καθώς και μία διακριτική παράμετρο. Για να εκτιμηθεί η πιθανότητα επιλογής κάθε κατηγορίας απόκρισης («1 = δεν ισχύει ποτέ» έως «5 = ισχύει πάντα») για κάθε λήμμα της κλίμακας, σε συνάρτηση με το λανθάνων χαρακτηριστικό θ (BPTs) σχεδιάστηκαν οι Καμπύλες Χαρακτηριστικών Λημμάτων – Item Characteristic Curves. Οι καμπύλες αυτές δείχνουν τη πιθανότητα (P) ένας εξεταζόμενος με συγκεκριμένο βαθμό στη λανθάνουσα διάσταση (θ) να απαντήσει αυτή την κατηγορία. Επίσης οι Καμπύλες Πληροφορίας Λημμάτων (Item Information Curves) καθώς και η συνολική Καμπύλη πληροφορίας της κλίμακας (Test Information Function), με στόχο την αξιολόγηση της ακρίβειας της BPFS σε διαφορετικά επίπεδα του λανθάνοντος χαρακτηριστικού (θ).

Για την εκτίμηση της συγκλίνουσας εγκυρότητας, πραγματοποιήσαμε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης της συνολικής βαθμολογίας BPFS έναντι του Προφίλ Απορρύθμισης του YSR, αναμένοντας ότι θα παρουσιάζουν θετική συσχέτιση. Διεξήχθησαν τέσσερις γραμμικές παλινδρομήσεις, καθεμία με διαφορετικό ορισμό του Προφίλ Απορρύθμισης με βάση την βιβλιογραφία, εκτός από τον αυστηρότερο ορισμό (T-scores σε όλες τις κλίμακες ≥ 70), καθώς μόνο ένας έφηβος πληρούσε αυτό το κριτήριο.

Για την αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας του BPFS, πραγματοποιήθηκε ανάλυση ROC (Receiver Operating Characteristic - Καμπύλη λειτουργικού χαρακτηριστικού δέκτη) για όλα τα πιθανά σημεία αποκοπής του BPFS έναντι των περιπτώσεων που προσδιορίστηκαν ως παρουσιάζουσες χαρακτηριστικά ΟΔΠ σύμφωνα με την κλινική εκτίμηση από την ψυχίατρο παιδιών και εφήβων. Η καμπύλη προσαρμόστηκε με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας για τον υπολογισμό της επιφάνειας κάτω από την καμπύλη (Area Under Curve - AUC), η οποία αποτελεί χρήσιμο δείκτη της διαγνωστικής ακρίβειας της κάθε ανιχνευτικής δοκιμασίας και στην παρούσα έρευνα της κλίμακας BPFS. Η βέλτιστη τιμή του σημείου αποκοπής επιλέχθηκε με βάση την τιμή που αντιστοιχεί στη μέγιστη τιμή του Δείκτη Youden.

Αφού προσδιορίστηκε το σημείο αποκοπής της κλίμακας BPFS[‡], το δείγμα μας διαχωρίστηκε στους εφήβους που σύμφωνα με την κλίμακα παρουσίαζαν υψηλά χαρακτηριστικά οριακής δομής προσωπικότητας (Borderline Personality Traits – BPTs) και σε αυτούς που δεν παρουσίαζαν τέτοια χαρακτηριστικά (χαμηλό επίπεδο). Συνεπώς και λαμβάνοντας υπόψη ότι το δείγμα ήταν ένα κλινικό δείγμα, οι περαιτέρω αναλύσεις έγιναν συγκριτικά στις δυο αυτές ομάδες (Έφηβοι με υψηλά BPTs και έφηβοι με χαμηλά BPTs). Καθώς το σύνολο των μεταβλητών ακολουθούσε κανονική κατανομή με βάση το ιστόγραμμα και τα αποτελέσματα της δοκιμασίας Shapiro χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι.

Για τη διερεύνηση του προφίλ αμυντικής λειτουργίας και τη στατιστική σημαντικότητα των διαφορών των μέσων όρων (στις επιμέρους άμυνες αλλά και τα προφίλ αμυνών) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος T ανεξάρτητων δειγμάτων (t-test). Για τις επιμέρους άμυνες και για την μείωση του ποσοστού σφάλματος τύπου I, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni για την τιμή p. Για τον υπολογισμό του μεγέθους αποτελέσματος (effect size) χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cohen's d με τα ακόλουθα όρια τιμών (μικρό ≤ 0.10 , μέτριο ≤ 0.30 , μεγάλο ≤ 0.50). Η ίδια μεθοδολογία ακολουθήθηκε και για τη διερεύνηση των διαφορών των δυο ομάδων όσον αφορά στην αναστοχαστική λειτουργία των εφήβων του ερωτηματολογίου RFQ.

Όσον αφορά στις διαφορές των δυο ομάδων στον τύπο δεσμού και στην ύπαρξη ή όχι κλινικών συνδρόμων σύμφωνα με το YSR, λόγω της κατηγορικής φύσης των μεταβλητών (εκτός των «άλλων προβλημάτων»), χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ τετραγώνου (chi-square) ενώ για το μέγεθος αποτελέσματος ο συντελεστής Cramer's V με τα ακόλουθα όρια τιμών (μικρό ≤ 0.10 , μέτριο ≤ 0.30 , μεγάλο ≤ 0.50). Επιπλέον, λόγω της σχέσης στη βιβλιογραφία αναφορικά με την ΟΔΠ και το τραύμα χρησιμοποιήθηκε και η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες από τα σύνδρομα του YSR.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών οριακής δομής προσωπικότητας (παρουσία ή απουσία διάγνωσης) του τύπου δεσμού και της αναστοχαστικής λειτουργίας χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διαμεσολάβησης. Οι εκτιμήσεις των άμεσων, έμμεσων και συνολικών επιδράσεων υπολογίστηκαν με τη μέθοδο bootstrap (5000 επαναδειγματοληψίες). Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ο τύπος δεσμού, κωδικοποιημένος σε δύο δυαδικές μεταβλητές (dummy variables) με ομάδα αναφοράς τον ασφαλή δεσμό: (α)

[‡] Καθώς από την CFA προέκυψε ότι το καλύτερο μοντέλο στο δείγμα μας ήταν αυτό με τα 9 λήμματα, οι περαιτέρω αναλύσεις έγιναν με βάση το σημείο αποκοπής αυτού του μοντέλου (BPFS-9).

αποφευκτικός έναντι ασφαλούς και (β) αμφιθυμικός έναντι ασφαλούς. Ο διαμεσολαβητής ήταν η αναστοχαστική λειτουργία, ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η δυαδική μεταβλητή της διάγνωσης της ΟΔΠ (Υψηλά BPTs) όπως αυτά προέκυψαν από τη στάθμιση της κλίμακας. Το προτεινόμενο μοντέλο (Δεσμός → Αναστοχαστική Λειτουργία → Υψηλά BPTs) ευθυγραμμίζεται με τη θεωρία αλλά και πρόσφατες μελέτες που τεκμηριώνουν παρόμοιες έμμεσες επιδράσεις μέσω δεσμού και εννόησης σε συναφείς εκβάσεις ή σε δείγματα ενηλίκων^{162,423-426}. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η χρήση δυαδικής μεταβλητή καθώς το ερευνητικό μας ερώτημα αφορούσε γενικά την έγκαιρη ανίχνευσή της ΟΔΠ σε κλινικά πλαίσια και όχι απλά ένα φάσμα συμπτωμάτων. Παρόλο που το διαστασιακό μοντέλο αποτελεί αντικείμενο έντονης έρευνας τα τελευταία χρόνια και το οποίο αναγνωρίζει την ΟΔΠ ως ελλείμματα στον εαυτό και την διαπροσωπική λειτουργικότητα και δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, η χρήση της δυαδικής μεταβλητής παρέχει κλινικά κατανοητά αποτελέσματα που συνδέονται άμεσα με την πρακτική διάγνωση και την πρόγνωση των ασθενών. Επιπλέον στο ICD-11 επιτρέπεται ο προσδιορισμός «οριακό μοτίβο» (borderline pattern) το οποίο ουσιαστικά συμβαδίζει με τα κριτήρια του DSM-5^{5,427}.

Για τη διερεύνηση της συμφωνίας μεταξύ της αυτοαναφοράς των εφήβων και της αναφοράς των γονέων σχετικά με συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής ενδοταξικής συσχέτισης (ICC – Intraclass Correlation Coefficient) και δημιουργήθηκαν γραφήματα Bland-Altman ξεχωριστά για τις διαστάσεις των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων δυσκολιών, και η ανάλυση έγινε διαστρωματωμένα ανάλογα με την παρουσία χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας (BPTs). Για την αξιολόγηση της συμφωνίας με τον ICC χρησιμοποιήθηκαν τα σημεία αποκοπής του Cicchetti⁴²⁸ (<0.40 = φτωχή, 0.40 – 0.59 = μέτρια, 0.60 – 0.74 = καλή και >0.75 = εξαιρετική). Η συμφωνία επίσης αξιολογήθηκε και με τον οπτικό έλεγχο των γραφημάτων Bland Altman⁴²⁹. Στον άξονα y αναπαρίστανται οι διαφορές στη συμφωνία γονέα παιδιού έναντι των μέσων τους που τοποθετούνται στον άξονα χ. Το γράφημα μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της διασποράς των κουκίδων. Αν οι κουκίδες βρίσκονται κοντά στη μέση γραμμή μεροληψίας και η διασπορά είναι μικρή, τότε υπάρχει υψηλή συμφωνία. Όσο πιο μεγάλη η διασπορά, τόσο πιο μικρή η συμφωνία.

Η ανάλυση και η απεικόνιση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό RStudio με κύρια πακέτα τα psych, lavaan, ltm, mirt, semPlot, pROC, και το ggplot2. Σε όλες τις αναλύσεις δεν έγινε πουθενά εμπλήρωση των ελλειπουσών τιμών καθώς το μεγαλύτερο

μέρος των συμμετεχόντων συμπλήρωσε πλήρως τα ερωτηματολόγια, ενώ όπου υπήρχαν τέτοιες, οι συμμετέχοντες αφαιρούνταν από τη στατιστική ανάλυση.

Εμπιστευτικότητα – θέματα δεοντολογίας

Βασική παράμετρος αλλά και προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η ενημέρωση του εφήβου και των γονέων του για τους σκοπούς της έρευνας και η υπογραφή έντυπης δήλωσης συγκατάθεσης καθώς και δήλωσης ενημέρωσης επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων. Επιπλέον η έρευνα ήταν σε απόλυτη συμμόρφωση με όλες τις εθνικές και διεθνείς νομοθετικές διατάξεις, συμβάσεις και κώδικες δεοντολογίας. Τέλος οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν βασίστηκαν στους ηθικούς κανόνες δεοντολογίας που ορίζονται από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration). Η έρευνα εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή Έρευνας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (2/28-01-2021).

Παρακολούθηση

Καθώς όλοι οι έφηβοι και οι γονείς είχαν αιτηθεί την αξιολόγησή τους στο ΚοΚεΨΥΠΕ, η διεπιστημονική ομάδα με την παιδοψυχίατρο – ερευνήτρια ήταν στη διάθεση της οικογένειας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις ή οτιδήποτε άλλο χρειαζόταν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή του δείγματος

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 119 έφηβοι τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των οποίων περιγράφονται στον Πίνακα 2.

Στο δείγμα μας το σύνολο των εφήβων που κατέγραψαν οριακά χαρακτηριστικά ήταν ιδιαίτερα ψηλό (37.9%) το οποίο κυρίως προκύπτει από το υποδείγμα των κοριτσιών όπου τα μισά κορίτσια κατέγραψαν υψηλά χαρακτηριστικά ΟΔΠ.

Πίνακας 2. Δημογραφικά και Κλινικά χαρακτηριστικά

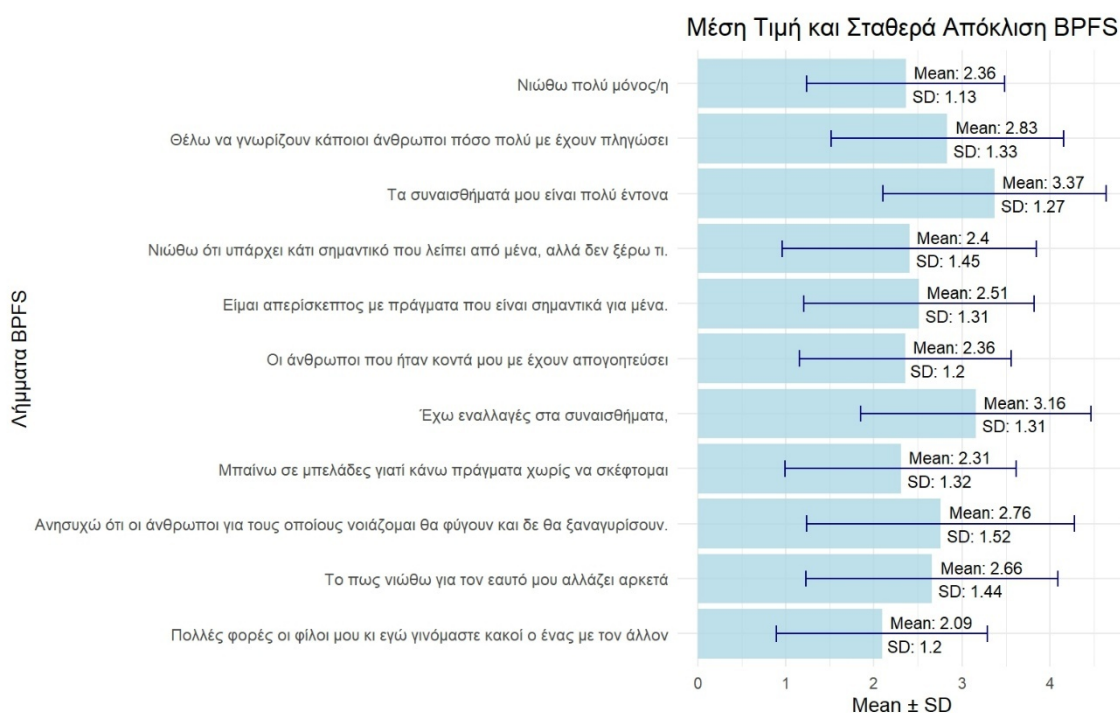
ΦΥΛΟ	N	%
Αγόρι	55	44.4
Κορίτσι	69	55.6
ΗΛΙΚΙΑ	Mean	SD
Ηλικία	12.9	1.12
ΟΔΠ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	N	%
Σύνολο	47	37.9 (% συνόλου)
Αγόρια	9	16.4 (% αγοριών)
Κορίτσια	38	55.1 (% κοριτσιών)

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της οριακής προσωπικότητας οι έφηβοι φαίνεται κυρίως να βαθμολογούν υψηλά τα λήμματα που σχετίζονται με την εναλλαγή και ένταση των συναισθημάτων. Τα χαρακτηριστικά αυτά εκτός της παρουσίας τους στα άτομα με οριακή δομή, αποτελούν και χαρακτηριστικά της εφηβικής ηλικίας. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συχνότητες των απαντήσεων και στο Σχήμα 1 αποτυπώνονται οι μέσες τιμές.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά Οριακής Προσωπικότητας

		<u>Συχνότητα (N, %)</u>				
No	Λήμμα	Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
1	Νιώθω πολύ μόνος/ή	31 (27.6)	31 (27.6)	35 (31.2)	9 (8.0)	6 (5.4)
2	Θέλω να γνωρίζουν κάποιοι άνθρωποι πόσο πολύ με έχουν πληγώσει	24 (21.4)	25 (22.3)	25 (22.3)	23 (20.5)	15 (13.4)
3	Τα συναισθήματά μου είναι πολύ έντονα. Για παράδειγμα, όταν γίνομαι έξαλλος/η, γίνομαι πραγματικά πολύ έξαλλος/η. Όταν είμαι χαρούμενος/η είμαι πολύ πολύ χαρούμενος/η	12 (10.7)	17 (15.4)	24 (20.9)	33 (29.1)	26 (23.6)

4	Νιώθω ότι υπάρχει κάτι σημαντικό που λείπει από μένα, αλλά δεν ξέρω τι	45 (40.2)	21 (18.7)	18 (16.1)	12 (10.7)	16 (14.3)
5	Είμαι απερίσκεπτος με πράγματα που είναι σημαντικά για μένα	35 (31.2)	23 (20.5)	21 (18.7)	25 (22.3)	8 (7.1)
6	Οι άνθρωποι που ήταν κοντά μου με έχουν απογοητεύσει	33 (29.5)	34 (30.4)	24 (21.4)	14 (12.5)	7 (6.2)
7	Έχω εναλλαγές στα συναισθήματα, δηλαδή τη μία είμαι θυμωμένος/η, την άλλη στενοχωρημένος/η, την άλλη χαρούμενος/η	20 (17.9)	12 (10.7)	34 (30.4)	26 (23.2)	20 (17.9)
8	Μπαίνω σε μπελάδες γιατί κάνω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι	40 (35.7)	29 (25.9)	21 (18.7)	11 (9.8)	11 (9.8)
9	Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι για τους οποίους νοιάζομαι θα φύγουν και δε θα ξαναγυρίσουν	37 (33.0)	16 (14.3)	21 (18.7)	14 (12.5)	24 (21.4)
10	Το πως νιώθω για τον εαυτό μου αλλάζει αρκετά	33 (29.5)	23 (20.5)	19 (17.0)	20 (17.8)	17 (15.2)
11	Πολλές φορές οι φίλοι μου κι εγώ γινόμαστε κακοί ο ένας με τον άλλον	44 (39.3)	35 (31.2)	17 (15.2)	8 (7.1)	8 (7.1)



Σχήμα 1. Μέση Τιμή και Σταθερά Απόκλιση Λημμάτων BPFS (Mean ± SD)

Ψυχομετρικές Ιδιότητες της Κλίμακας BPFS-C

Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων

Αξιολογώντας το μονοδιάστατο μοντέλο της κλίμακας BPFS-11, τα αποτελέσματά μας (Πίνακας 4) έδειξαν φτωχή προσαρμογή (RMSEA = 0.093, CFI = 0.953, TLI = 0.942). Η

αφαίρεση του ερωτήματος 3 («Τα συναισθήματά μου είναι πολύ έντονα. Για παράδειγμα, όταν θυμώνω, θυμώνω πάρα πολύ. Όταν χαίρομαι, χαίρομαι πάρα πολύ») βελτίωσε την προσαρμογή, η οποία ωστόσο παραμένει αδύναμη (RMSEA = 0.071, CFI = 0.976, TLI = 0.969). Η αφαίρεση μόνο του ερωτήματος 11 («Πολλές φορές, οι φίλοι μου κι εγώ γινόμαστε κακοί ο ένας με τον άλλον») αποκάλυψε επίσης αδύναμη προσαρμογή (RMSEA = 0.096, CFI = 0.957, TLI = 0.945). Η ταυτόχρονη αφαίρεση των λημμάτων και 11 οδήγησε σε σημαντικά βελτιωμένη προσαρμογή, η οποία μπορεί να θεωρηθεί άριστη (RMSEA = 0.058, CFI = 0.986, TLI = 0.982). Οι παραγοντικές φορτίσεις και οι δείκτες προσαρμογής για όλα τα μοντέλα που εξετάστηκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Αξιοπιστία

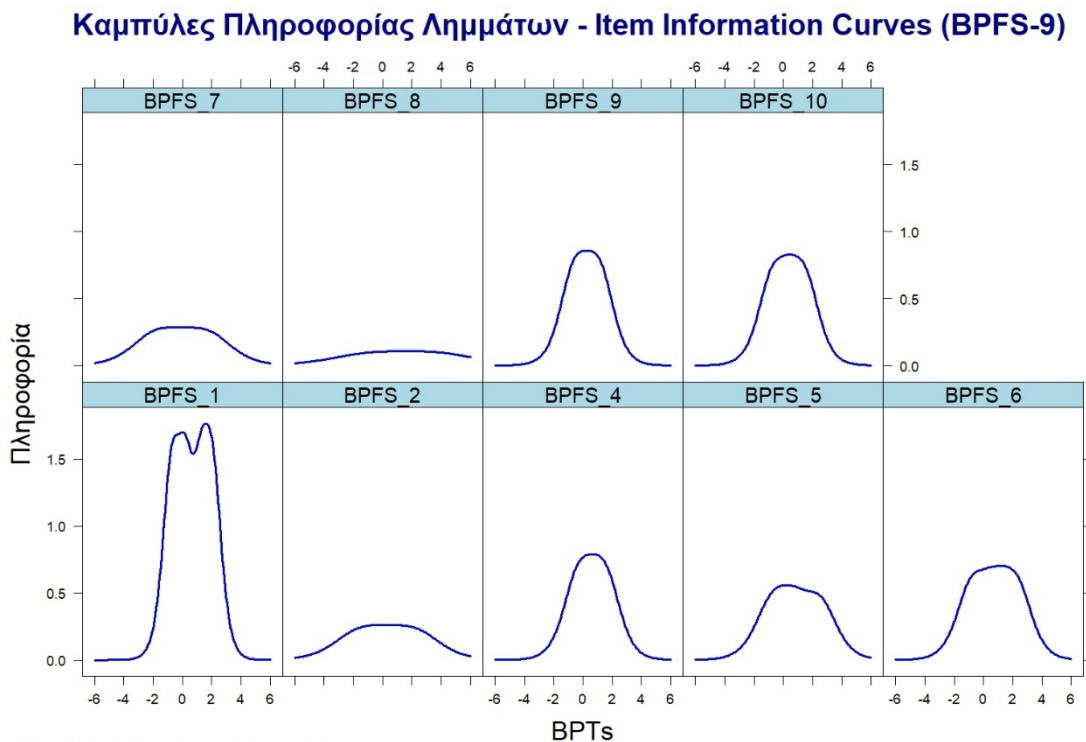
Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας βρέθηκε να είναι υψηλή και, παρόλο που επηρεάστηκε από την αφαίρεση ερωτημάτων (Πίνακας 4), παρέμεινε σε καλό επίπεδο. Η τελική λύση με 9 ερωτήματα εμφάνισε τιμή McDonald's omega = 0.81.

Πίνακας 4. Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων και Συντελεστές Αξιοπιστίας

No	Λήμμα	BPFS 11	BPFS 10 (Χωρίς το 3)	BPFS 10 (Χωρίς το11)	BPFS 9 (Χωρίς 3 και 11)
		Factor loadings	Factor loadings	Factor loadings	Factor loadings
1	Νιώθω πολύ μόνος/ή	0.780	0.802	0.788	0.810
2	Θέλω να γνωρίζουν κάποιοι άνθρωποι πόσο πολύ με έχουν πληγώσει	0.443	0.455	0.427	0.437
3	Τα συναισθήματά μου είναι πολύ έντονα. Για παράδειγμα, όταν γίνομαι έξαλλος/η, γίνομαι πραγματικά πολύ έξαλλος/η. Όταν είμαι χαρούμενος/η είμαι πολύ πολύ χαρούμενος/η	0.455	-	0.450	-
4	Νιώθω ότι υπάρχει κάτι σημαντικό που λείπει από μένα, αλλά δεν ξέρω τι	0.629	0.643	0.644	0.658
5	Είμαι απερίσκεπτος με πράγματα που είναι σημαντικά για μένα	0.583	0.593	0.585	0.594
6	Οι άνθρωποι που ήταν κοντά μου με έχουν απογοητεύσει	0.677	0.691	0.668	0.681
7	Έχω εναλλαγές στα συναισθήματα, δηλαδή τη μία είμαι θυμωμένος/η, την άλλη στενοχωρημένος/η, την άλλη χαρούμενος/η	0.568	0.496	0.548	0.472
8	Μπαίνω σε μελάδες γιατί κάνω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι	0.381	0.335	0.357	0.307
9	Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι για τους οποίους νοιάζομαι θα φύγουν και δε θα ξαναγυρίσουν	0.672	0.677	0.684	0.690
10	Το πως νιώθω για τον εαυτό μου αλλάζει αρκετά	0.657	0.654	0.667	0.664
11	Πολλές φορές οι φίλοι μου κι εγώ γινόμαστε κακοί ο ένας με τον άλλον	0.397	0.390	-	-
Model Fit					
	RMSEA	0.093	0.071	0.096	0.058
	CFI	0.953	0.976	0.957	0.986
	TLI	0.942	0.969	0.945	0.982

Ανάλυση λημμάτων

Η ανάλυση των λημμάτων έδειξε ότι αυτά παρέχουν διαφόρους βαθμούς πληροφοριών στην κλίμακα. Πιο συγκεκριμένα το λήμμα 8 παρέχει ελάχιστες πληροφορίες σε αντίθεση με το λήμμα 1 (Σχήμα 2). Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα λήμματα παρουσιάζουν μέγιστη πληροφορία σε ενδιάμεσες τιμές του λανθάνοντος χαρακτηριστικού (BPTs), υποδεικνύοντας αυξημένη διακριτική ικανότητα σε άτομα με μέτρια προς υψηλά επίπεδα χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας. Το λήμμα 1 («Νιώθω πολύ μόνος/η») διακρίνεται για τη σημαντικά υψηλή πληροφορία που παρέχει στο εύρος -1 έως +2, γεγονός που το καθιστά ιδιαίτερα διακριτικό σε αυτό το φάσμα τιμών. Αντίθετα, λήμματα όπως τα 4, 5, 6 και 9 παρουσιάζουν χαμηλότερη μέγιστη πληροφορία.



Σχήμα 2. Καμπύλες Πληροφορίας Λημμάτων

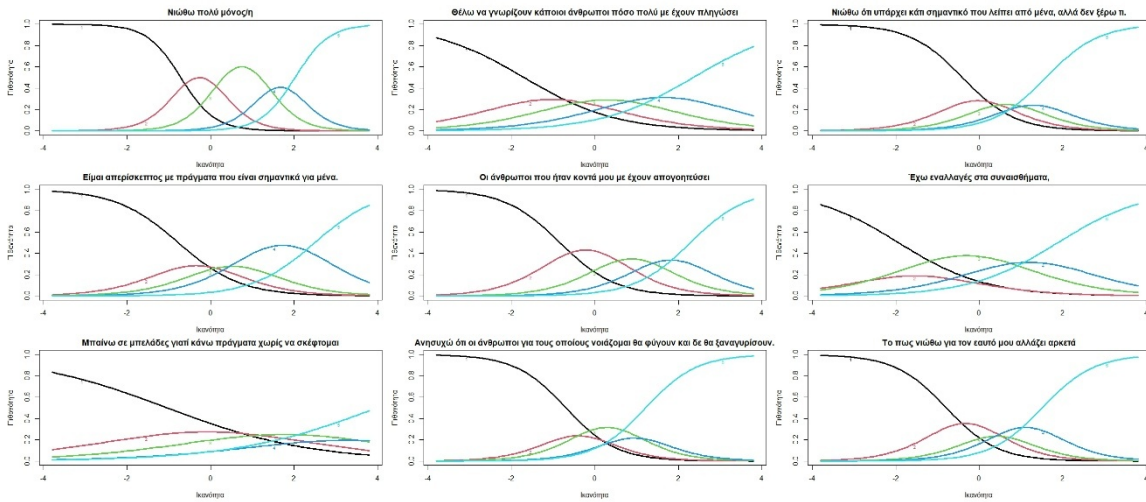
Η ανάλυση των παραμέτρων του Μοντέλου Βαθμιαίας Απόκρισης (GRM) ανέδειξε διαφοροποιήσεις ως προς τη διακριτική ικανότητα και τη χρησιμότητα των επιμέρους

λημμάτων (Πίνακας 5 και Σχήμα 3). Συγκεκριμένα, το λήμμα «Νιώθω πολύ μόνος/η» παρουσίασε την υψηλότερη τιμή διακριτικής ικανότητας ($\alpha = 2.55$, εξαιρετικό), υποδεικνύοντας ισχυρή ικανότητα διάκρισης μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων των BPTs. Αντίθετα, το λήμμα «Μπαίνω σε μπελάδες γιατί κάνω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι» είχε τη χαμηλότερη τιμή διακριτικής ικανότητας ($\alpha = 0.51$), χαρακτηριζόμενο ως αδύναμο και συνεπώς περιορισμένης χρησιμότητας. Τα περισσότερα λήμματα εμφάνισαν τιμές διακριτικής ικανότητας σε αποδεκτά έως υψηλά επίπεδα (από 0.891 έως 1.629), γεγονός που υποστηρίζει τη συνολική αξιοπιστία της κλίμακας. Παράλληλα, οι παράμετροι δυσκολίας (b) κάλυψαν ένα ευρύ φάσμα τιμών, κάτι που διασφαλίζει ότι η κλίμακα είναι ευαίσθητη σε μεγάλο εύρος των BPTs, ενισχύοντας έτσι τη διαγνωστική της χρησιμότητα.

Πίνακας 5. Παράμετροι λημμάτων Μοντέλου Βαθμιαίας Απόκρισης

	Λήμμα	α	Διακριτική Ικανότητα	b_1	b_2	b_3	b_4	Χρησιμότητα
1	Νιώθω πολύ μόνος/η	2.55	Πολύ υψηλή	-0.689	0.176	1.329	1.937	Εξαιρετικό
2	Θέλω να γνωρίζουν κάποιοι άνθρωποι πόσο πολύ με έχουν πληγώσει	0.921	Μέτρια	-1.631	-0.284	0.883	2.323	Ικανοποιητικό
4	Νιώθω ότι υπάρχει κάτι σημαντικό που λείπει από μένα, αλλά δεν ξέρω τι.	1.489	Καλή	-0.362	0.328	1.005	1.635	Πολύ καλό
5	Είμαι απερίσκεπτος με πράγματα που είναι σημαντικά για μένα.	1.348	Καλή	-0.776	0.094	0.886	2.404	Καλό
6	Οι άνθρωποι που ήταν κοντά μου με έχουν απογοητεύσει	1.543	Καλή	-0.791	0.385	1.314	2.291	Καλό
7	Έχω εναλλαγές στα συναισθήματα	0.891	Μέτρια	-1.925	-1.112	0.579	2.025	Μέτριο
8	Μπαίνω σε μπελάδες γιατί κάνω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι	0.51	Πολύ χαμηλή	-1.227	0.971	2.89	4.524	Αδύναμο
9	Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι για τους οποίους νοιάζομαι θα φύγουν και δε θα ξαναγυρίσουν.	1.629	Καλή	-0.628	-0.065	0.65	1.177	Ισχυρό
10	Το πως νιώθω για τον εαυτό μου αλλάζει αρκετά	1.516	Καλή	-0.798	0.047	0.703	1.549	Ισχυρό

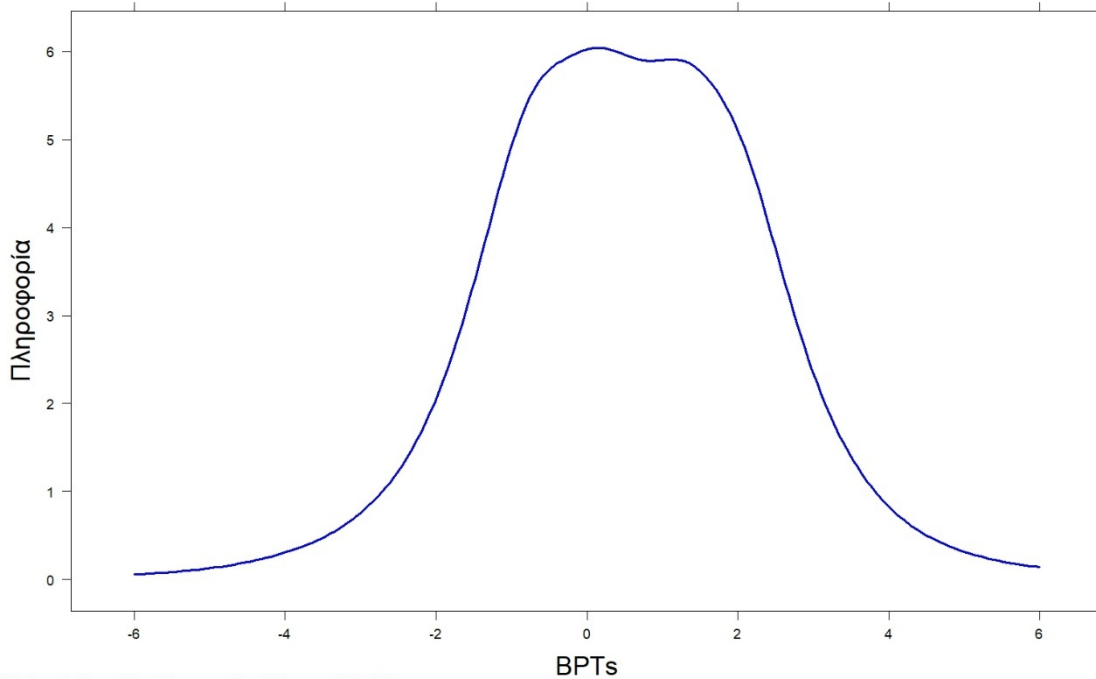
Καμπύλες Χαρακτηριστικών Λημμάτων (Item Characteristic Curves)



Σχήμα 3. Καμπύλες Χαρακτηριστικών Λημμάτων

Το σχήμα 4 απεικονίζει την καμπύλη πληροφορίας της κλίμακας η οποία δείχνει πόσο καλά η εννοιολογική κατασκευή μετράται καθόλο το συνεχές της. Από την εικόνα φαίνεται ότι η κλίμακα καταγράφει καλύτερα τα BPTs στο σημείο μεταξύ των 0.5 SD (Σταθερές Αποκλίσεις) υπό και 1.5 SD άνω του μέσου, υποδεικνύοντας ότι η κλίμακα παρουσιάζει τη μέγιστη διακριτική ικανότητα για άτομα με μέτρια έως αυξημένα επίπεδα χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας. Η πληροφορία της κλίμακας παραμένει ικανοποιητική σε εύρος μεταξύ περίπου -1.5 έως +2, κάτι που ενισχύει τη χρησιμότητά της για πληθυσμούς τόσο χωρίς όσο και με αυξημένο κίνδυνο.

Καμπύλη Πληροφορίας Κλίμακας - Test Information Function (BPFS-9)



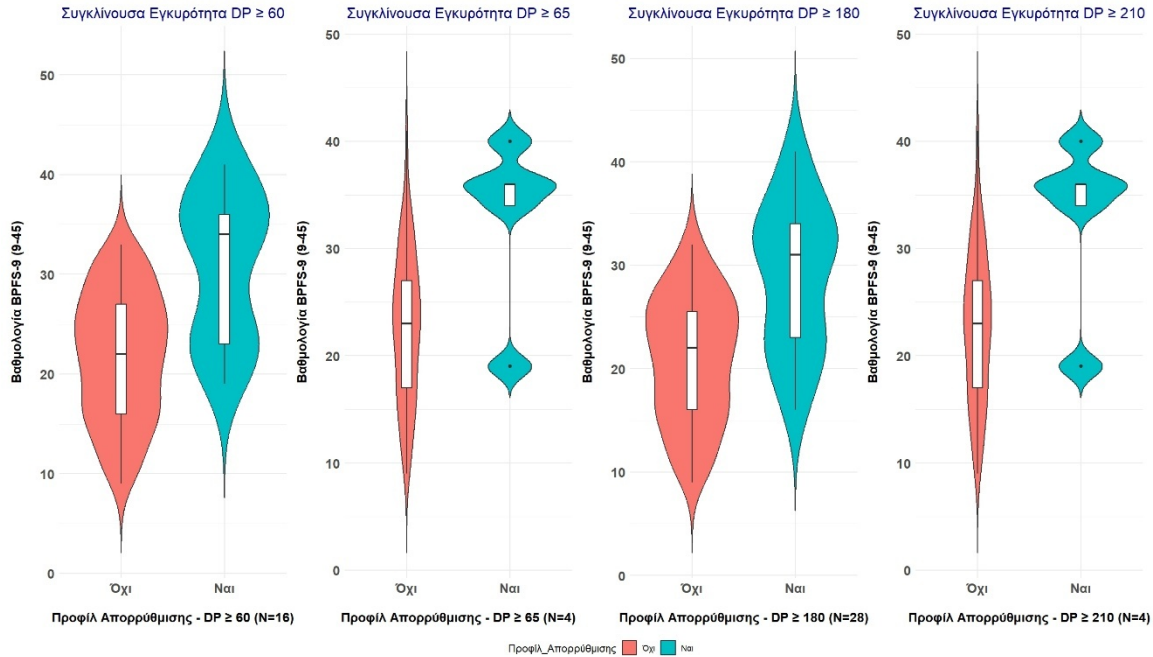
Σχήμα 4. Καμπύλη Πληροφορίας Κλίμακας BPFS-9

Συγκλίνουσα Εγκυρότητα

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα αναδείχθηκε για τη συνολική βαθμολογία του BPFS-9 (Πίνακας 6, Σχήμα 5). Οι έφηβοι με τιμές T-score ≥ 60 στις κλίμακες συνδρόμου του YSR για Άγχος/Κατάθλιψη, Προβλήματα Προσοχής και Επιθετική Συμπεριφορά είχαν κατά 8.59 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία στο BPFS-9 (SMD = 1.15, $t = 4.77$, $p < 0.001$). Όσοι είχαν T-score ≥ 65 είχαν κατά 8.56 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία στο BPFS-9 (SMD = 1.15, $t = 2.35$, $p = 0.02$). Τα ίδια αποτελέσματα προέκυψαν για τους εφήβους με T-score ≥ 210 , καθώς ήταν οι ίδιοι 4 συμμετέχοντες με T-score ≥ 65 . Τέλος, όσοι είχαν άθροισμα T-scores ≥ 180 παρουσίασαν κατά 7.94 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία στο BPFS-9 (SMD = 1.07, $t = 5.58$, $p < 0.001$).

Πίνακας 6. Συσχέτιση Προφίλ Απορρύθμισης με BPFS – 9

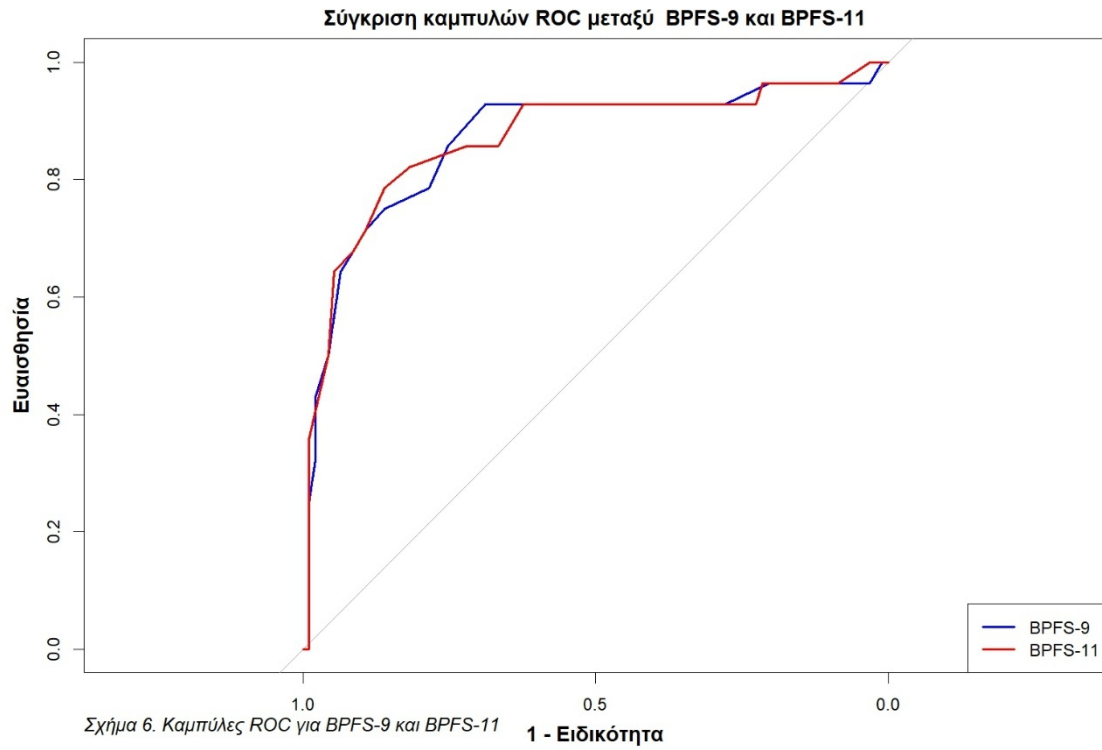
Προφίλ Απορρύθμισης	Συντελεστής	Τυπικό Λάθος	Τιμή t	p
DP ≥ 60	8.59	1.80	4.77	0.001***
DP ≥ 65	8.56	3.64	2.35	0.02*
DP ≥ 180	7.94	1.42	5.58	0.001***
DP ≥ 210	8.56	3.64	2.35	0.02*



Σχήμα 5. Συγκρίνουσα εγκυρότητα συγκρίνοντας τη συνολική βαθμολογία της BPF5 με τα διαφορετικά προφίλ απορύθμισης του YSR

Εγκυρότητα Κριτηρίου

Η ανάλυση ROC χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη του σημείου αποκοπής, της ευαισθησίας και της ειδικότητας της κλίμακας BPF5. Η ανάλυση της καμπύλης ROC (Σχήμα 6) έδειξε καλή διαγνωστική ακρίβεια για την BPF5-9, με εμβαδόν κάτω από την καμπύλη (AUC) ίσο με 0.86 (95% ΔΕ [0.76 – 0.96]), υποδηλώνοντας υψηλή διαγνωστική ικανότητα. Η ανάλυση της ευαισθησίας και της ειδικότητας ανέδειξε ως κατάλληλο σημείο αποκοπής την τιμή 26, προκειμένου να διαχωρίζονται οι έφηβοι με υψηλά BPTs από εκείνους χωρίς τέτοια χαρακτηριστικά. Η ευαισθησία στο σημείο αποκοπής ήταν 0.88, ενώ η ειδικότητα ήταν 0.75 με θετική προγνωστική αξία (PPV) 0.50 και αρνητική προγνωστική αξία (NPV) 0.96 (Πίνακας 7). Ο θετικός λόγος πιθανοφάνειας (LR+) στο εν λόγω σημείο φτάνει το 3.48, υποδεικνύοντας ότι τα άτομα με βαθμολογία ≥ 26 έχουν 3.48 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να ανήκουν στην ομάδα με υψηλά BPTs, σε σχέση με άτομα με βαθμολογία κάτω από αυτό το όριο. Ο αντίστοιχος αρνητικός λόγος πιθανοφάνειας (LR-) είναι 0.16, στοιχείο που ενισχύει την ικανότητα του εργαλείου να αποκλείσει την παρουσία του χαρακτηριστικού σε χαμηλές βαθμολογίες. Η ανάλυση ROC για την έκδοση BPF5-11 έδειξε ότι η διαφορά στο AUC μεταξύ των δύο μοντέλων δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.75$). Το σημείο αποκοπής για την κλίμακα των 11 λημμάτων ήταν 34 (ευαισθησία = 0.8, ειδικότητα = 0.85).



Πίνακας 7. Διαγνωστική ακρίβεια BPFS-9 για διαφορετικά σημεία αποκοπής

Σημείο Αποκοπής	Ευαισθησία	Ειδικότητα	Θετική Προγνωστική Αξία	Αρνητική Προγνωστική Αξία	Ποσοστό Ψευδώς Θετικών	Ποσοστό Ψευδώς Αρνητικών	Θετικός Λόγος Πιθανοφάνειας	Αρνητικός Λόγος Πιθανοφάνειας	Ψευδώς Θετικά	Ψευδώς Αρνητικά
-Inf	1	0	0.22		1	0	1		87	0
9.5	1	0.01	0.23	1	0.99	0	1.01	0	86	0
10.5	0.96	0.03	0.22	0.75	0.97	0.04	0.99	1.16	84	1
11.5	0.96	0.07	0.23	0.86	0.93	0.04	1.03	0.58	81	1
12.5	0.96	0.11	0.24	0.91	0.89	0.04	1.08	0.35	77	1
13.5	0.96	0.13	0.24	0.92	0.87	0.04	1.1	0.32	76	1
14.5	0.96	0.15	0.24	0.93	0.85	0.04	1.13	0.27	74	1
15.5	0.96	0.21	0.26	0.95	0.79	0.04	1.21	0.19	69	1
16.5	0.92	0.26	0.26	0.92	0.74	0.08	1.25	0.3	64	2
17.5	0.92	0.29	0.27	0.93	0.71	0.08	1.29	0.28	62	2
18.5	0.92	0.34	0.29	0.94	0.66	0.08	1.4	0.23	57	2
19.5	0.92	0.39	0.3	0.94	0.61	0.08	1.51	0.2	53	2
20.5	0.92	0.41	0.31	0.95	0.59	0.08	1.57	0.19	51	2
21.5	0.92	0.48	0.34	0.95	0.52	0.08	1.78	0.17	45	2
22.5	0.92	0.55	0.37	0.96	0.45	0.08	2.05	0.14	39	2
23.5	0.92	0.63	0.42	0.96	0.37	0.08	2.5	0.13	32	2
24.5	0.92	0.68	0.45	0.97	0.32	0.08	2.86	0.12	28	2
25.5	0.88	0.75	0.5	0.96	0.25	0.12	3.48	0.16	22	3
26.5	0.8	0.78	0.51	0.93	0.22	0.2	3.66	0.26	19	5
27.5	0.76	0.85	0.59	0.92	0.15	0.24	5.09	0.28	13	6
28.5	0.72	0.89	0.64	0.92	0.11	0.28	6.26	0.32	10	7
29.5	0.68	0.91	0.68	0.91	0.09	0.32	7.4	0.35	8	8
30.5	0.64	0.93	0.73	0.9	0.07	0.36	9.28	0.39	6	9
31.5	0.52	0.95	0.76	0.87	0.05	0.48	11.31	0.5	4	12
32.5	0.44	0.98	0.85	0.86	0.02	0.56	19.14	0.57	2	14
33.5	0.32	0.98	0.8	0.83	0.02	0.68	13.92	0.7	2	17
34.5	0.24	0.99	0.86	0.82	0.01	0.76	20.88	0.77	1	19
35.5	0.2	0.99	0.83	0.81	0.01	0.8	17.4	0.81	1	20
37	0.08	0.99	0.67	0.79	0.01	0.92	6.96	0.93	1	23
39	0.04	0.99	0.5	0.78	0.01	0.96	3.48	0.97	1	24
40.5	0	0.99	0	0.77	0.01	1	0	1.01	1	25
Inf	0	1		0.78	0	1		1	0	25

Μηχανισμοί άμυνας σε παιδιά με υψηλά επίπεδα οριακών χαρακτηριστικών

Η σύγκριση των επιμέρους μηχανισμών άμυνας σε παιδιά με υψηλά χαρακτηριστικά οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Borderline Personality Traits – BPTs) ανέδειξε σημαντικές διαφορές συγκριτικά με τα παιδιά χωρίς αυτά τα χαρακτηριστικά. Όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 8 εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παρακάτω άμυνες με τα παιδιά με υψηλά BPTs να καταγράφουν υψηλότερες βαθμολογίες : προβολή, εκλογίκευση, μετάθεση, εκδραμάτιση, αυτιστική φαντασίωση, απομόνωση, σωματοποίηση, ακύρωση, χιούμορ, παθητική επιθετικότητα και άρνηση. Οι περισσότερες από τις άμυνες αυτές είναι

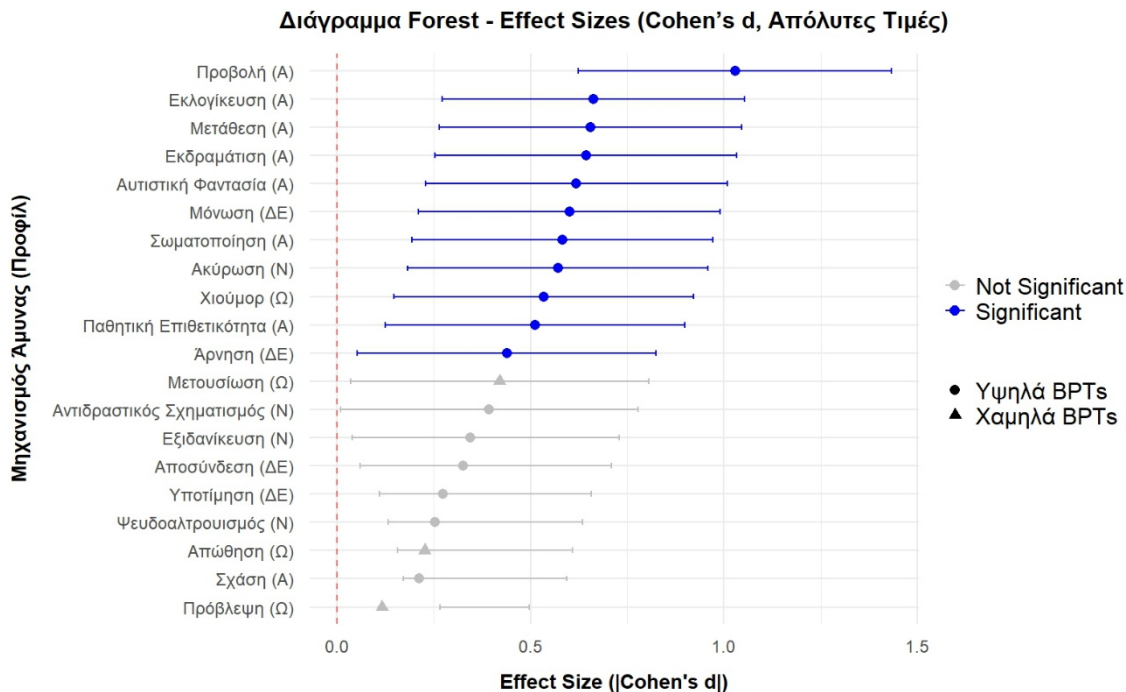
ανώριμες εκτός του χιούμορ που είναι ώριμη άμυνα και την ακύρωση που θεωρείται νευρωτική.

Πίνακας 8. Μηχανισμοί Άμυνας σε παιδιά με και χωρίς υψηλά BPTs

Άμυνα (Προφίλ)	Χαμηλά BPTs (BPFS <26)	Υψηλά BPTs (BPFS ≥26)	P (Bonferroni)	Cohen's d
	Μέση Τιμή			
Μετουσίωση (Ω)	10.73	8.81	0.055	0.420
Χιούμορ (Ω)	6.95	9.31	0.019*	0.534
Πρόβλεψη (Ω)	10.12	9.62	0.560	0.115
Απώθηση (Ω)	8.52	7.66	0.270	0.226
Ακύρωση (N)	7.84	9.97	0.009**	0.570
Ψευδοαλτρουισμός (N)	10.22	11.12	0.233	0.252
Εξιდანίκευση (N)	9.41	10.69	0.107	0.345
Αντιδραστικός Σχηματισμός (N)	6.91	8.33	0.077	0.393
Προβολή (A)	6.63	10.55	0.000***	1.028
Παθητική επιθετικότητα (A)	9.21	11.21	0.022*	0.511
Εκδραμάτιση (A)	6.67	9.55	0.008**	0.643
Μόνωση (ΔΕ)	8.01	10.78	0.009**	0.600
Υποτίμηση (ΔΕ)	8.53	9.57	0.198	0.273
Αυτιστική Φαντασία (A)	8.31	10.57	0.009**	0.618
Άρνηση (ΔΕ)	6.55	8.21	0.049*	0.438
Μετάθεση (A)	6.43	9.21	0.008**	0.655
Αποσύνδεση (ΔΕ)	8.29	9.64	0.122	0.325
Σχάση (A)	8.90	9.83	0.284	0.212
Εκλογίκευση (A)	9.02	11.57	0.008**	0.663
Σωματοποίηση (A)	10.14	12.59	0.009**	0.582

* Στο πίνακα αποτυπώνονται οι απόλυτες τιμές του Cohen's d; Ω = Ωριμο, N = Νευρωτικό, A = Ανώριμο

Αντίστοιχα τα μεγέθη αποτελέσματος σύμφωνα με τον συντελεστή Cohen's d αποδείχτηκαν μεγάλα ($d \geq 0.5$) όπως φαίνεται στον ανωτέρω πίνακα και σχηματικά στο παρακάτω Διάγραμμα Forest (Σχήμα 7) Στις παρενθέσεις των μηχανισμών άμυνας παρατίθεται το προφίλ που ανήκουν, δηλαδή A= Ανώριμο, N = Νευρωτικό, Ω = Ωριμο, ΔΕ = Διαστρέβλωση Εικόνας).



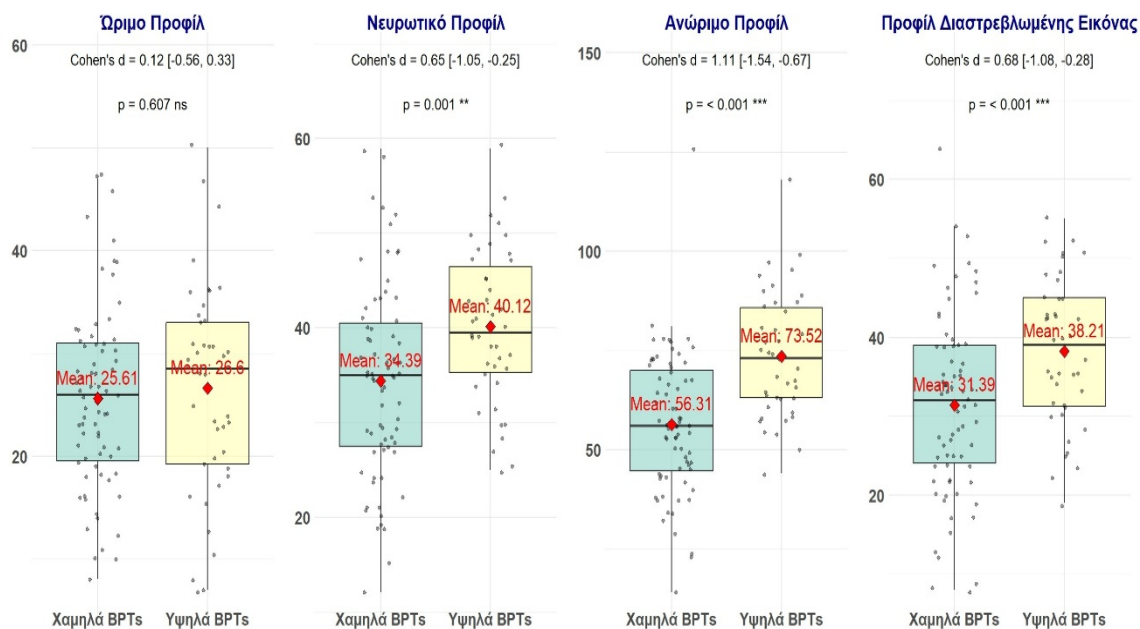
Σχήμα 7. Διάγραμμα Forest των Μηχανισμών Άμυνας στους εφήβους με υψηλά και χαμηλά BPTs. Στο Διάγραμμα απεικονίζονται οι άμυνες και το προφίλ στο οποίο ανήκουν.

Η σύγκριση των τεσσάρων προφίλ άμυνών του DSQ σε παιδιά με υψηλά χαρακτηριστικά οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Borderline Personality Traits – BPTs) ανέδειξε διαφορές στο ανώριμο ($p < 0.001$), νευρωτικό ($p = 0.001$) και προφίλ διαστρεβλωμένης εικόνας ($p < 0.001$), αλλά όχι στο ώριμο ($p = 0.61$) με μεγάλα μεγέθη αποτελέσματος (Πίνακας 9 και Σχήμα 8). Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs χρησιμοποιούν περισσότερο ανώριμες και νευρωτικές άμυνες συγκριτικά με τους εφήβους με χαμηλά BPTs καθώς και άμυνες που εντάσσονται στο προφίλ διαστρεβλωμένης εικόνας.

Πίνακας 9. Αμυντικό Προφίλ σε παιδιά με και χωρίς υψηλά BPTs

Προφίλ	Χαμηλά BPTs (BPFS <26)	Υψηλά BPTs (BPFS ≥26)	p (Bonferroni)	Cohen's d (CIs)
	Μέση Τιμή	Μέση Τιμή		
Ωριμο	25.61	26.60	0.61	0.12 (-0.56 – 0.33)
Νευρωτικό	34.39	40.12	0.001**	0.65 (-1.05 – -0.25)
Ανώριμο	56.31	73.52	0.000***	1.11 (-1.54 – -0.67)
Διαστρεβλωμένης Εικόνας	31.39	38.21	0.001***	0.68 (-1.08 – -0.28)

* Στο πίνακα αποτυπώνονται οι απόλυτες τιμές του Cohen's d ενώ στα CIs αποτυπώνονται οι πραγματικές τιμές



Σχήμα 8. Σύγκριση προφίλ αμυνών του DSQ στους εφήβους με χαμηλά και υψηλά BPTs

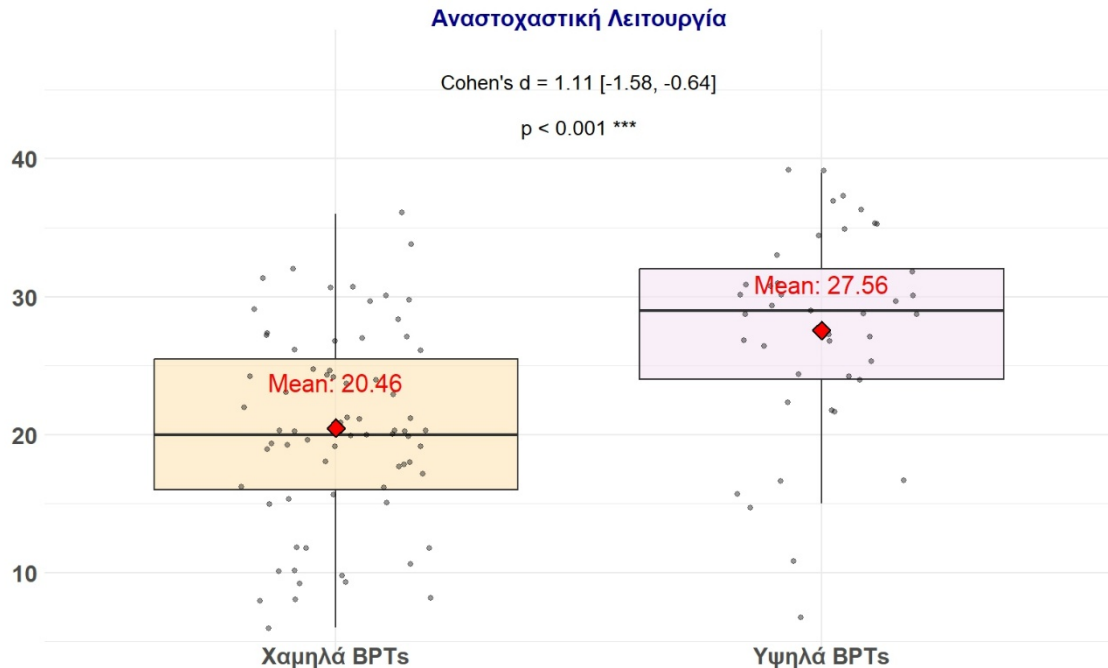
Αναστοχαστική λειτουργία σε εφήβους με υψηλά επίπεδα οριακών χαρακτηριστικών

Όσον αφορά στην αναστοχαστική λειτουργία όπως αξιολογήθηκε από το ερωτηματολόγιο RFQ, οι έφηβοι με υψηλά οριακά χαρακτηριστικά παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά ($p = 0.001$) υψηλότερη βαθμολογία με μεγάλο μέγεθος αποτελέσματος (Πίνακας 10 και Σχήμα 9), υποδεικνύοντας ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση σε αυτή συγκριτικά με τους εφήβους με άλλη ψυχοπαθολογία.

Πίνακας 10. Αναστοχαστική Λειτουργία σε παιδιά με και χωρίς υψηλά BPTs

	Χαμηλά BPTs (BPFS <26)	Υψηλά BPTs (BPFS ≥26)		
	Μέση Τιμή		p (Bonferroni)	Cohen's d (CIs)
Αναστοχαστική Λειτουργία	20.46	27.56	0.001***	1.11 (-1.58 – 0.64)

* Στο πίνακα αποτυπώνονται οι απόλυτες τιμές του Cohen's d ενώ στα CIs αποτυπώνονται οι πραγματικές τιμές



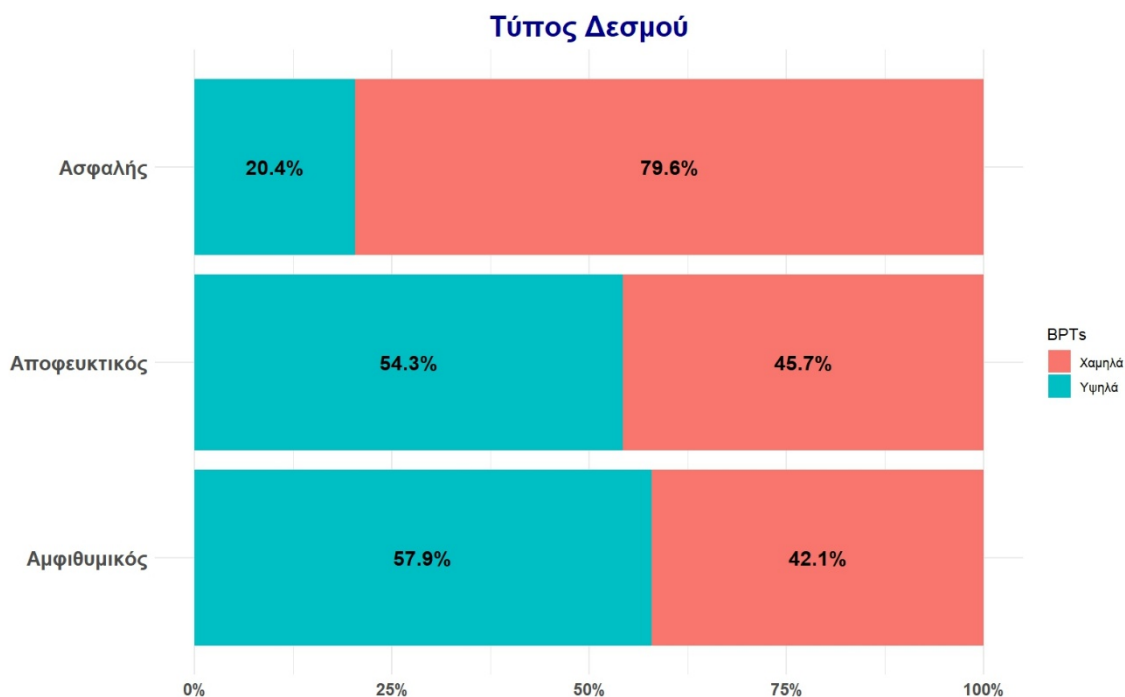
Σχήμα 9. Σύγκριση αναστοχαστικής λειτουργίας RFQ σε εφήβους με υψηλά και χαμηλά BPTs

Τύπος δεσμού και οριακά χαρακτηριστικά

Όσον αφορά στον τύπο δεσμού όπως φαίνεται στον Πίνακα 11 και το Σχήμα 10, από τους συμμετέχοντες που ταξινομούνται στο ασφαλή δεσμό οι περισσότεροι (N=43, 79.6%) έχουν χαμηλά BPTs ενώ το αντίθετο συμβαίνει στον αποφευκτικό (N=19, 54.3%) και τον αμφιθυμικό (N=11, 57.9%) δεσμό. Μεταξύ αυτών των δεσμών υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του ασφαλούς δεσμού και του αποφευκτικού (p=0.006) καθώς και μεταξύ του ασφαλούς και του αμφιθυμικού (p=0.02). Η κατανομή του κάθε τύπου δεσμού στις δύο ομάδες υποδεικνύει ότι οι περισσότεροι έφηβοι με υψηλά BPTs έχουν αποφευκτικό δεσμό ενώ οι περισσότεροι έφηβοι με χαμηλά BPTs έχουν ασφαλή δεσμό (Σχήματα 11 και 12).

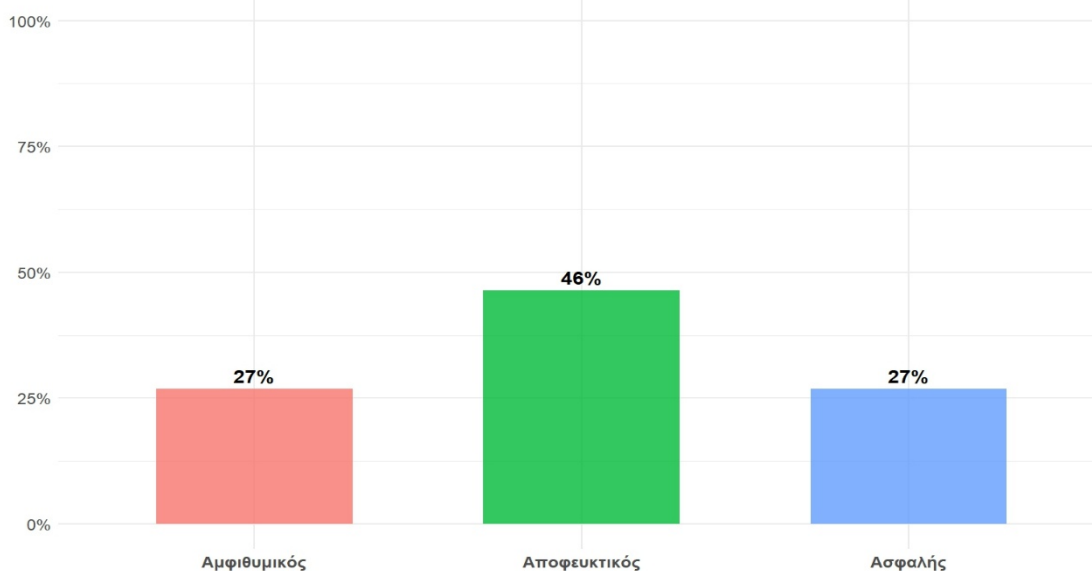
Πίνακας 11. Παιδιά με και χωρίς υψηλά BPTs και τύπος δεσμού

Τύπος Δεσμού	Χαμηλά BPTs (BPFS <26)	Υψηλά BPTs (BPFS ≥26)	p (Bonferroni)
	N, %		
Ασφαλής	43 (79.6)	11 (20.4)	
Αποφευκτικός	16 (45.7)	19 (54.3)	0.006** (vs ασφαλή δεσμό)
Αμφιθυμικός	8 (42.1)	11 (57.9)	0.02* (vs ασφαλή δεσμό)



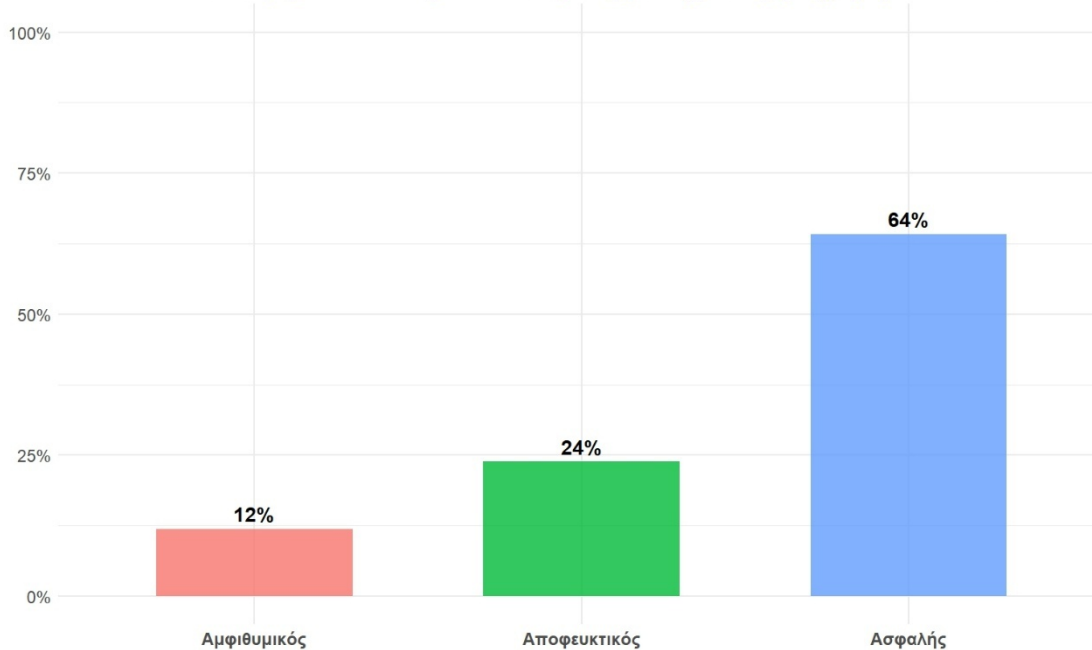
Σχήμα 10. Κατανομή εφήβων με χαμηλά και υψηλά BPTs ανά τύπο δεσμού

Κατανομή Τύπου Δεσμού στους εφήβους με υψηλά BPTs



Σχήμα 11. Κατανομή τύπου δεσμού στους εφήβους με υψηλά BPTs

Κατανομή Στυλ Δεσμού στους συμμετέχοντες με χαμηλά BPTs



Σχήμα 12. Κατανομή τύπου δεσμού στους εφήβους με χαμηλά BPTs

Ψυχοπαθολογία και οριακά χαρακτηριστικά

Η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας ανέδειξε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες αναφορικά με το ποσοστό των εφήβων που παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία εντάσσονται στα κλινικά σύνδρομα σύμφωνα με τα ελληνικά κανονιστικά πρότυπα του YSR. Στον Πίνακα 12, παρουσιάζονται οι απόλυτοι αριθμοί των εφήβων, ενώ και τα Σχήματα 13 και 14 απεικονίζονται τα αντίστοιχα ποσοστά.

Πιο συγκεκριμένα, στατιστικώς σημαντικά περισσότεροι έφηβοι με υψηλά επίπεδα χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας (BPTs) εμφάνισαν άγχος/κατάθλιψη ($p < 0.001$), απόσυρση/κατάθλιψη ($p = 0.001$), κοινωνικά προβλήματα ($p < 0.001$), σωματικά ενοχλήματα ($p = 0.048$), προβλήματα προσοχής ($p = 0.002$) και συμπτώματα μετατραυματικού στρες ($p < 0.001$). Αντίστοιχα, υψηλότερα ποσοστά εφήβων με υψηλά BPTs εμφάνισαν εσωτερικευμένα προβλήματα ($p < 0.001$) και άλλα προβλήματα ($p = 0.003$).

Αντιθέτως, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα εξωτερικευμένα προβλήματα ($p = 0.152$), ούτε στα επιμέρους κλινικά σύνδρομα αυτής της κατηγορίας, δηλαδή την παραβατική συμπεριφορά ($p = 0.110$) και την επιθετικότητα ($p = 0.652$). Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα προβλήματα σκέψης ($p = 0.225$).

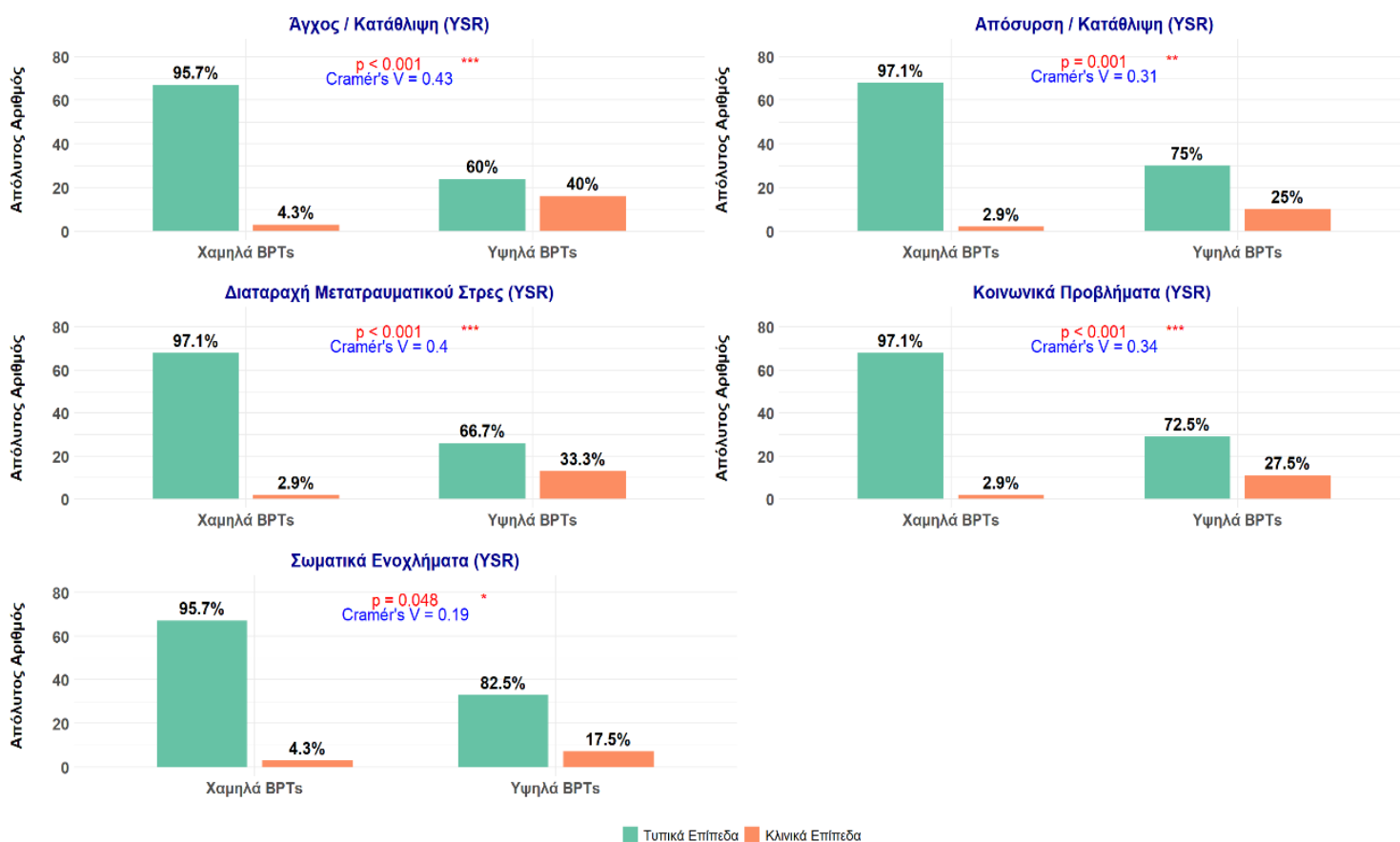
Τέλος, οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν διαφορές ως προς τις συνολικές ικανότητες ($p = 0.409$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η συμμετοχή σε δραστηριότητες, σε οργανώσεις και η κοινωνική επαφή με φίλους δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την παρουσία υψηλών BPTs.

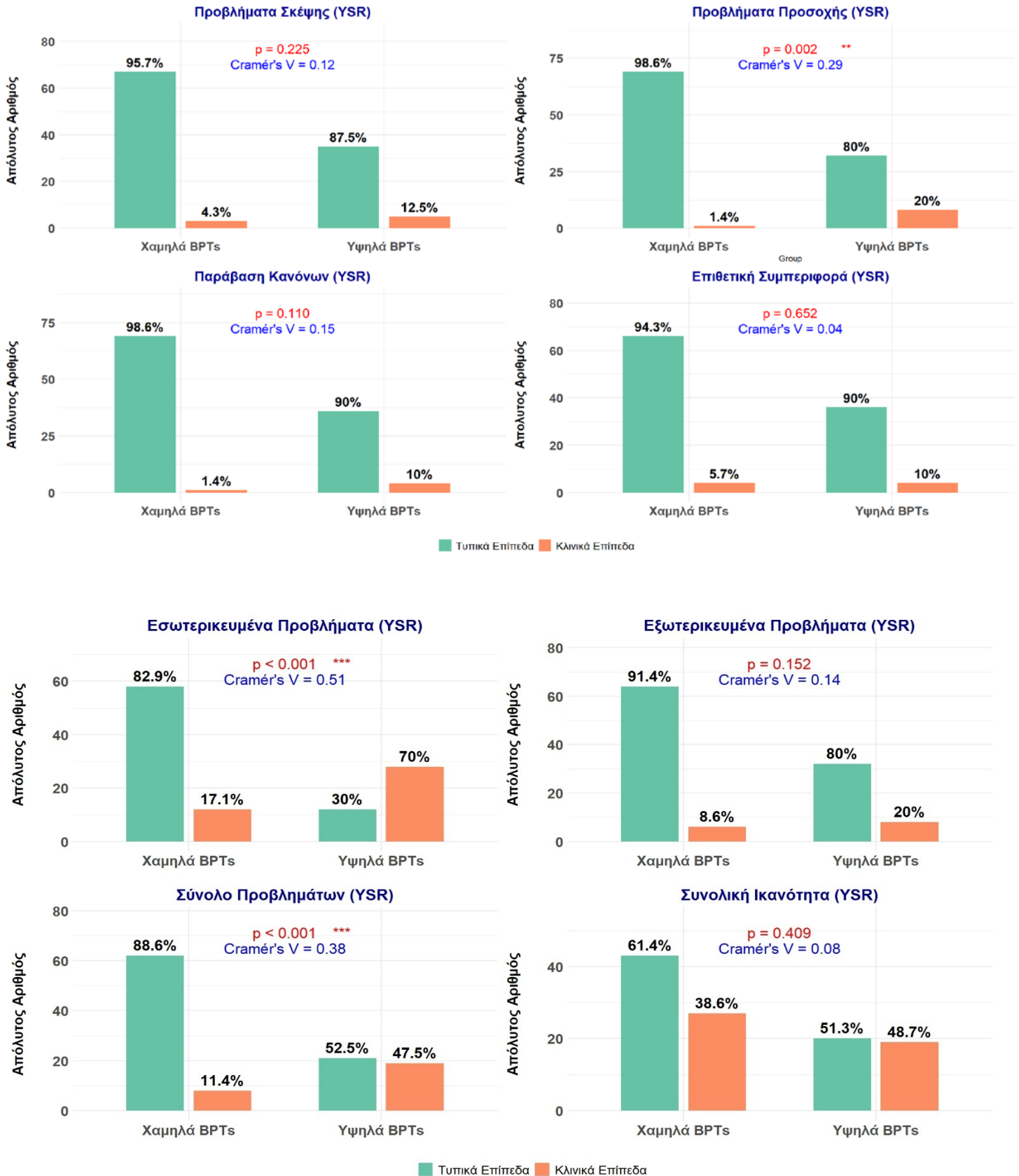
Όσον αφορά στα ποσοστά, υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας στους εφήβους με υψηλά BPTs καταγράφονται στο άγχος/κατάθλιψη (38.5%), στα κοινωνικά προβλήματα (28.2%) ενώ το ποσοστό εμφάνισης κλινικά εσωτερικευμένων συμπτωμάτων είναι 62.9%. Τέλος ένα υψηλό ποσοστό συγκριτικά με τους εφήβους με χαμηλά BPTs εμφανίζει συμπτώματα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (33.3% έναντι 2.9%).

Πίνακας 12. Κλινικά Σύνδρομα σε εφήβους με και χωρίς υψηλά BPTs

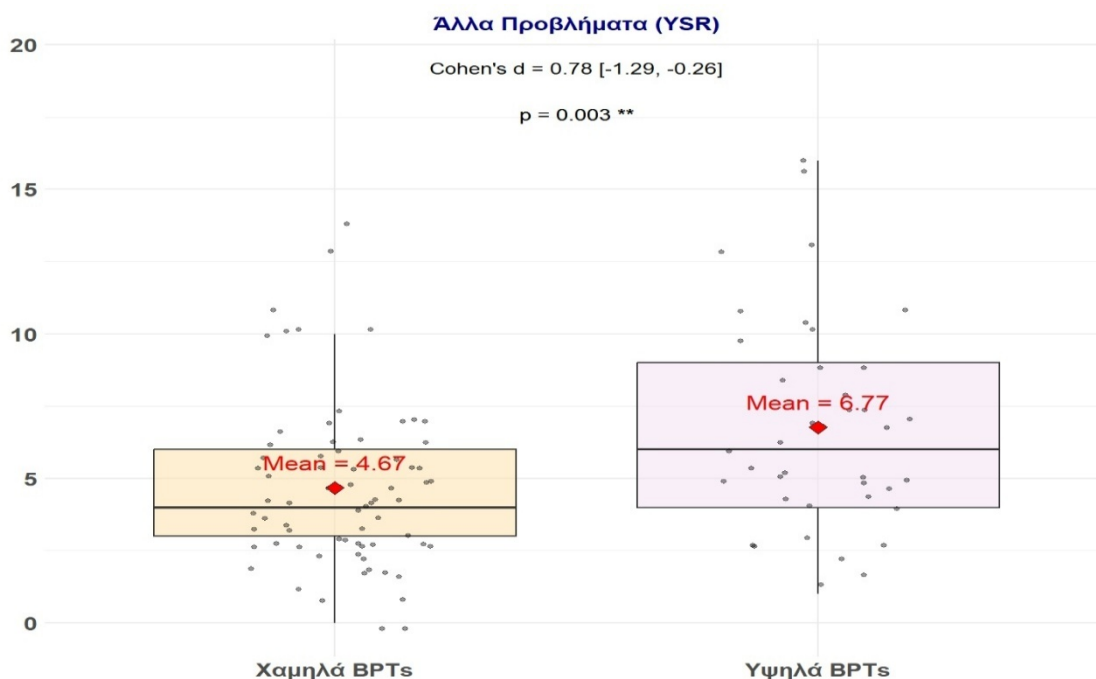
Κλινικό Σύνδρομο YSR	Χαμηλά BPTs (BPFS <26)		Υψηλά BPTs (BPFS ≥26)		p	Cramer's V
	Τυπικά	Κλινικά	Τυπικά	Κλινικά		
Άγχος/Κατάθλιψη	67	3	24	15	0.001***	0.43
Απόσυρση/Κατάθλιψη	68	2	29	10	0.001**	0.31
Σωματικά ενοχλήματα	67	3	33	6	0.048*	0.19
Κοινωνικά προβλήματα	68	2	28	11	0.001***	0.34
Προβλήματα σκέψης	67	3	35	4	0.225	0.12

Προβλήματα προσοχής	69	1	32	7	0.002**	0.29
Παράβαση κανόνων	69	1	35	4	0.110	0.15
Επιθετική συμπεριφορά	66	4	35	4	0.652	0.04
Εσωτερικευμένα	58	12	12	27	0.001***	0.51
Εξωτερικευμένα	64	6	32	7	0.152	0.14
Συνολικά	62	8	21	18	0.001***	0.38
Ικανότητες	43	27	20	19	0.409	0.08
ΔΜΤΣ	68	2	26	13	0.001***	0.4





Σχήμα 13. Ποσοστό και αριθμός εφήβων ανά ομάδα (υψηλά / χαμηλά BPTs) με κλινικά σύνδρομα YSR



Σχήμα 14. Σύγκριση άλλων προβλημάτων YSR σε εφήβους με υψηλά και χαμηλά BPTs

Αναφερομένη από τους γονείς ψυχοπαθολογία και βαθμός συμφωνίας

Η διερεύνηση της αναφερόμενης από τους γονείς ψυχοπαθολογίας ανέδειξε (Πίνακας 15) σχεδόν τις ίδιες διαφορές που καταγράφηκαν και από τους ίδιους τους εφήβους, με ορισμένες τροποποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα και οι γονείς κατέγραψαν ότι περισσότεροι έφηβοι με υψηλά BPTs βρίσκονταν εντός των κλινικών ορίων για άγχος/κατάθλιψη ($p=0.003$), απόσυρση/κατάθλιψη ($p<0.001$), κοινωνικά προβλήματα ($p=0.022$), συμπτώματα ΔΜΤΣ ($p=0.003$), εσωτερικευμένα προβλήματα ($p<0.001$) και συνολικά προβλήματα ($p<0.001$). Ωστόσο, κατέγραψαν διαφορά και στα προβλήματα σκέψης ($p = 0.033$) κάτι που δεν αναφέρθηκε από τους ίδιους τους εφήβους. Αντίθετα, δεν ταυτοποίησαν στον ίδιο βαθμό προβλήματα προσοχής, σωματικά ενοχλήματα και άλλα προβλήματα, ευρήματα που αναφέρθηκαν από τους εφήβους. Συνολικά τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι τόσο οι γονείς όσο και οι έφηβοι καταγράφουν σε μεγαλύτερο βαθμό εσωτερικευμένα προβλήματα όταν εμφανίζουν και υψηλά BPTs.

Πίνακας 15. Κλινικά Σύνδρομα αναφερόμενα από τους γονείς σε εφήβους με και χωρίς υψηλά BPTs

Κλινικό σύνδρομο CBCL	Χαμηλά BPTs (BPFS <26)		Υψηλά BPTs (BPFS ≥26)		p	Cramer's V
	Τυπικά	Κλινικά	Τυπικά	Κλινικά		
Άγχος/Κατάθλιψη	61	8	23	14	0.003**	0.28
Απόσυρση/Κατάθλιψη	62	7	22	15	0.001***	0.33
Σωματικά ενοχλήματα	63	6	31	6	0.399	0.08
Κοινωνικά προβλήματα	62	7	26	11	0.022*	0.22
Προβλήματα σκέψης	65	4	29	8	0.033*	0.21
Προβλήματα προσοχής	65	4	31	6	0.161	0.14
Παράβαση κανόνων	68	1	37	0	1.000	0
Επιθετική συμπεριφορά	63	6	35	2	0.822	0.02
Εσωτερικευμένα	45	24	8	29	0.001***	0.40
Εξωτερικευμένα	56	13	24	13	0.105	0.16
Συνολικά	49	20	13	24	0.001***	0.33
Ικανότητες	40	26	18	17	0.499	0.07
ΔΜΤΣ	59	7	22	13	0.003**	0.29

Τόσο ο συντελεστής ICC (Πίνακας 16) όσο και τα διαγράμματα Bland – Altman (Πίνακας 17 και Σχήμα 18) έδειξαν ότι στους εφήβους με χαμηλά BPTs, η συμφωνία μεταξύ των εργαλείων YSR και CBCL ήταν γενικά ικανοποιητική ICC εσωτερικευμένων = 0.55 και ICC εξωτερικευμένων = 0.67), με τη μέση διαφορά να προσεγγίζει το μηδέν και τα περισσότερα σημεία να βρίσκονται εντός των ορίων συμφωνίας 95%. Αυτό ήταν ιδιαίτερα εμφανές στα εξωτερικευμένα προβλήματα, όπου η διασπορά των διαφορών ήταν περιορισμένη και δεν παρατηρήθηκε συστηματική απόκλιση. Αντιθέτως, στους εφήβους με BPTs παρατηρήθηκαν σημαντικά μεγαλύτερες αποκλίσεις, κυρίως στη διάσταση των εσωτερικευμένων προβλημάτων. Σε αυτή την ομάδα, οι βαθμολογίες του YSR ήταν σημαντικά υψηλότερες από εκείνες του CBCL, με διαφορές που έφταναν ή και ξεπερνούσαν τις 30 μονάδες (Επίπεδο Συμφωνίας = -16.14 – 33.54). Τα δεδομένα ανέδειξαν ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs αναφέρουν αισθητά περισσότερα συμπτώματα εσωτερικευμένων δυσκολιών απ' ό,τι αντιλαμβάνονται οι γονείς τους. Παρόμοια, αν και λιγότερο έντονη, τάση παρατηρήθηκε και στα εξωτερικευμένα προβλήματα.

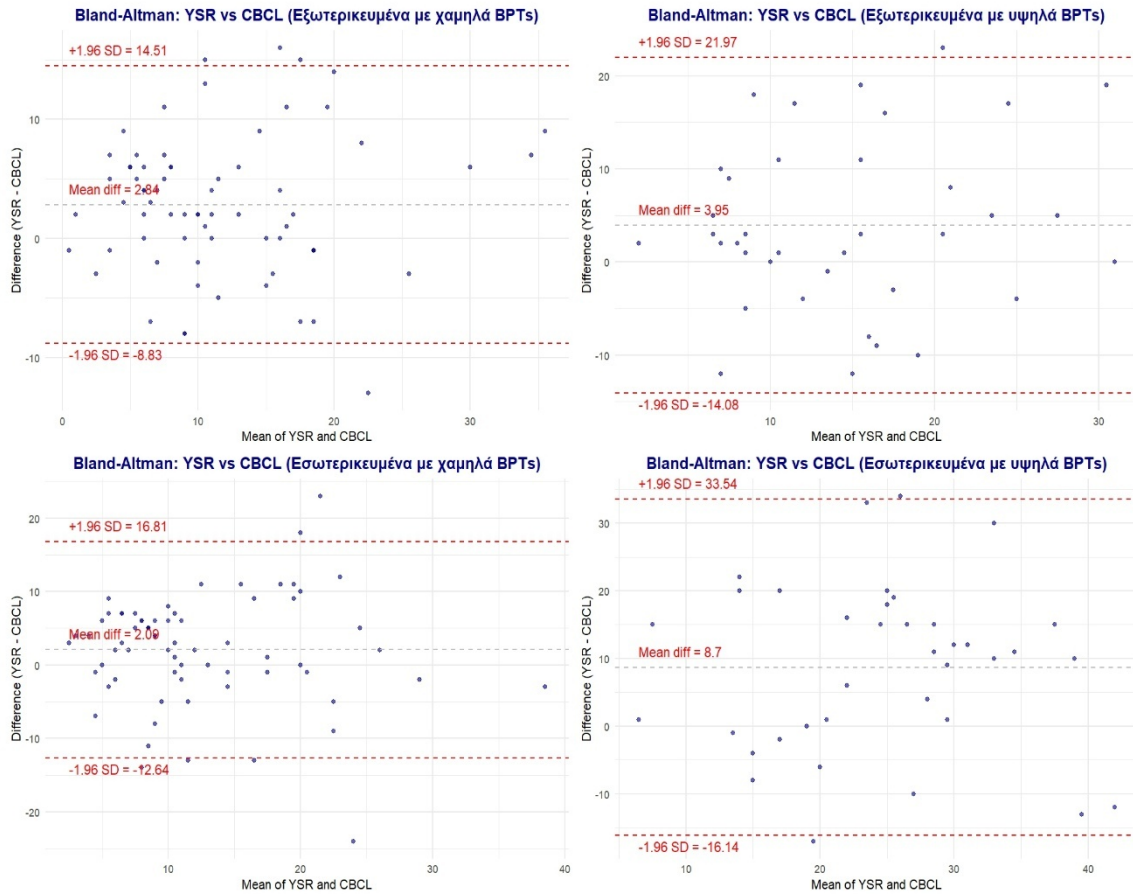
Πίνακας 16. Βαθμός συμφωνίας ICC ψυχοπαθολογίας γονέων και εφήβων με και χωρίς υψηλά BPTs

	Χαμηλά BPTs	Συμφωνία	Υψηλά BPTs	Συμφωνία
	ICC		ICC	
Εσωτερικευμένα	0.55	Μέτρια	0.23	Φτωχή
Εξωτερικευμένα	0.67	Καλή	0.39	Φτωχή

Πίνακας 17. Μέση διαφορά και επίπεδα συμφωνίας ψυχοπαθολογίας γονέων και εφήβων με και χωρίς υψηλά BPTs

	Χαμηλά BPTs			Υψηλά BPTs		
	Μέση Διαφορά	Lower LoA	Upper LoA	ICC	Lower LoA	Upper LoA
Εσωτερικευμένα	2.09	-12.64	16.81	8.07	-16.14	33.54
Εξωτερικευμένα	2.84	-8.83	14.51	3.95	-14.08	21.97

LoA = Level of Agreement = Επίπεδο Συμφωνίας



Σχήμα 18. Διάγραμμα Bland Altman συμφωνίας σε εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα συμπτώματα στις δυο ομάδες (Υψηλά και χαμηλά BPTs). Στον άξονα y αναπαρίστανται οι διαφορές στη συμφωνία γονέα παιδιού έναντι των μέσων τους στον άξονα x. Αν οι κουκίδες βρίσκονται κοντά στη μέση γραμμή μεροληψίας και η διασπορά είναι μικρή, τότε υπάρχει υψηλή συμφωνία. Όσο πιο μεγάλη η διασπορά, τόσο πιο μικρή η συμφωνία.

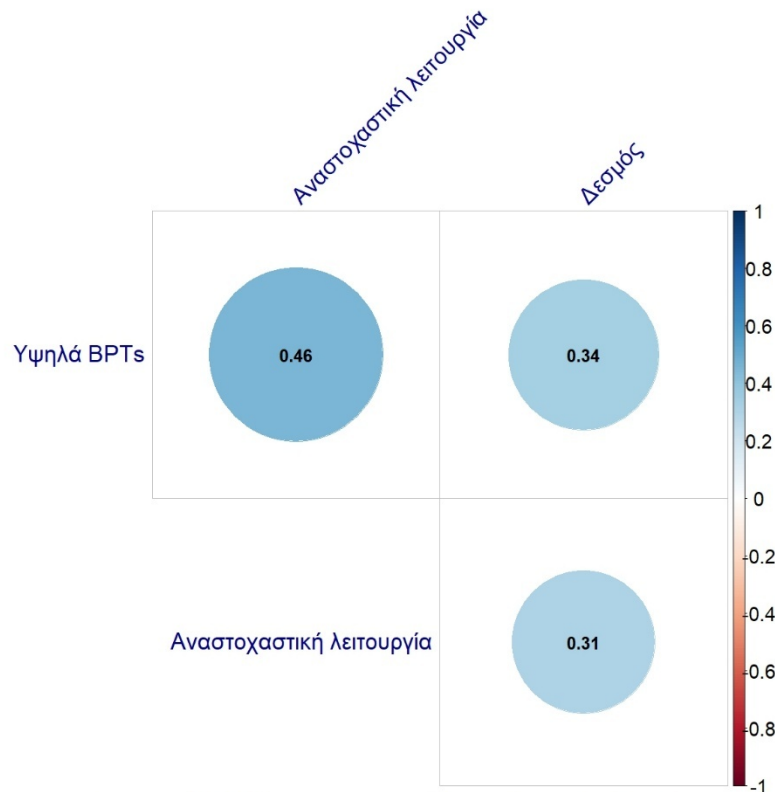
Συσχετίσεις και προβλεπτικοί παράγοντες για υψηλά οριακά χαρακτηριστικά

Από την ανάλυση συσχέτισης βρέθηκε ότι η παρουσία υψηλών επιπέδων χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας σχετίζεται με την αναστοχαστική λειτουργία και το δεσμό προς την αναμενόμενη κατεύθυνση. Πιο συγκεκριμένα η παρουσία υψηλών BPTs σχετίστηκε θετικά με τα ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία και το δεσμό (υποδεικνύοντας ότι οι ανασφαλείς δεσμοί σχετίζονται με αυτά). Όλες οι συσχετίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές με

το συντελεστή Spearman να αναδεικνύει μέτρια συσχέτιση ($r=0.46$) με την αναστοχαστική λειτουργία και ασθενή συσχετίσεις με το δεσμό (Πίνακας 13 και Σχήμα 15)

Πίνακας 13. Συσχετίσεις υψηλών BPTs

Υψηλά BPTs	r	p
Αναστοχαστική Λειτουργία	0.46	<0.001***
Δεσμός	0.34	<0.001***



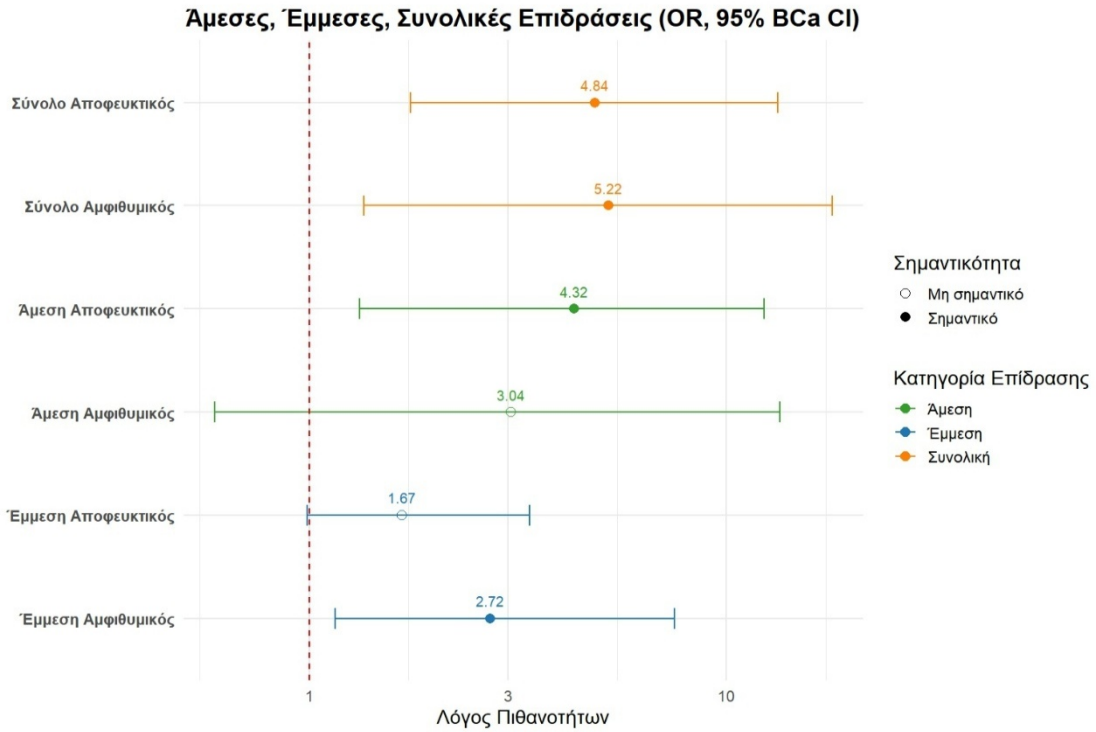
Σχήμα 15. Διάγραμμα συσχετίσεων υψηλών BPTs με αναστοχαστική λειτουργία και τύπο δεσμού

Επιπλέον, η ανάλυση διαμεσολάβησης (Πίνακας 14, Σχήμα 16 και 17) που διεξήχθη για τη διερεύνηση της σχέσης τύπου δεσμού και ΟΔΠ μέσω της αναστοχαστικής λειτουργίας έδειξε ότι σε ορισμένες διαδρομές τόσο οι έμμεσες όσο και οι άμεσες επιδράσεις παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα. Ειδικότερα, η έμμεση επίδραση του αποφευκτικού δεσμού μέσω της αναστοχαστικής λειτουργίας ήταν οριακή ($B = 0.51$, $OR = 1.67$, 95% CI [0.99 – 3.37], $p = 0.042$), ενώ η αντίστοιχη του αμφιθυμικού ήταν σημαντική ($B = 1.00$, $OR = 2.72$, 95% CI [1.16 – 7.51], $p = 0.003$). Όσον αφορά στις άμεσες επιδράσεις, ο αποφευκτικός δεσμός

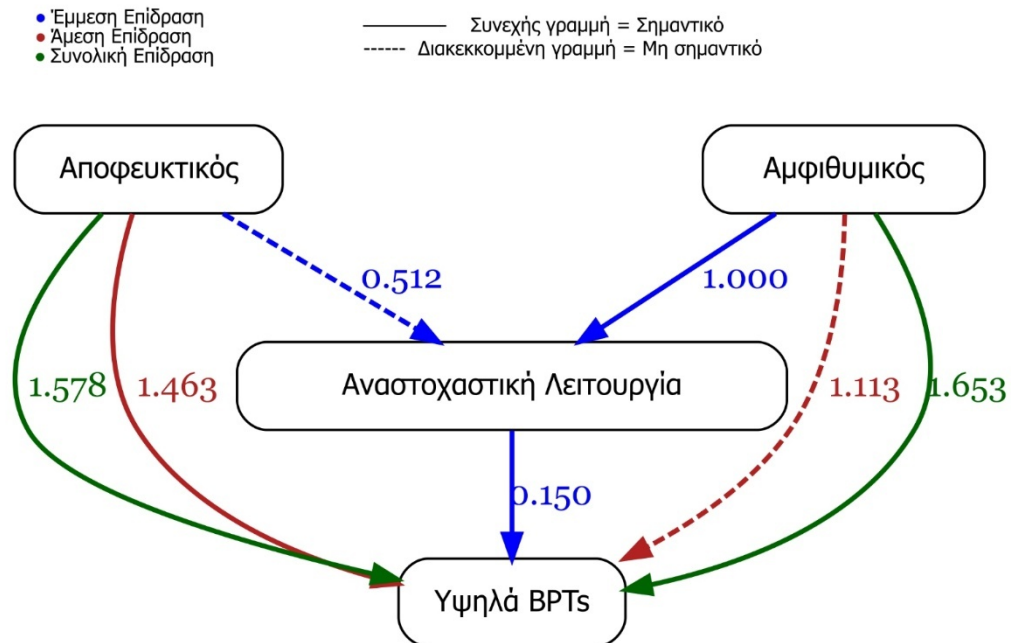
συσχετίστηκε σημαντικά με τα υψηλά BPTs (B = 1.46, OR = 4.32, 95% CI [1.32 – 12.31], p = 0.007), ενώ ο αμφιθυμικός δεσμός δεν ανέδειξε στατιστική σημαντικότητα (B = 1.11, OR = 3.04, 95% CI [0.59 – 13.44], p = 0.160). Τέλος η συνολική επίδραση ανέδειξε ότι τόσο ο αποφευκτικός (B = 1.58, OR = 4.85, 95% CI [1.75 – 13.28], p = 0.002) όσο και ο αμφιθυμικός δεσμός (B = 1.65, OR = 5.22, 95% CI [1.35 – 17.92], p = 0.010) συνδέονταν σημαντικά με την πιθανότητα εκδήλωσης υψηλών BPTs. Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι ανασφαλείς δεσμοί οδηγούν σε υψηλά BPTs είτε άμεσα (μόνο ο αποφευκτικός) είτε έμμεσα (ο αμφιθυμικός) μέσω της επίδρασης τους στην αναστοχαστική λειτουργία.

Πίνακας 14. Ανάλυση Διαμεσολάβησης

	B	OR [95% CI]	p
Έμμεση – Αναστοχαστική Αμφιθυμικός vs Ασφαλής	1.000	2.72 [1.16-7.51]	0.003
Έμμεση – Αναστοχαστική Αποφευκτικός vs Ασφαλής	0.512	1.67 [0.99-3.37]	0.042
Άμεση: Αμφιθυμικός vs Ασφαλής	1.113	3.04 [0.59-13.44]	0.160
Άμεση: Αποφευκτικός vs Ασφαλής	1.463	4.32 [1.32-12.31]	0.007
Σύνολο: Αμφιθυμικός vs Ασφαλής	1.653	5.22 [1.35-17.92]	0.010
Σύνολο: Αποφευκτικός vs Ασφαλής	1.578	4.85 [1.75-13.28]	0.002



Σχήμα 16. Διάγραμμα Forest Ανάλυσης Διαμεσολάβησης Δεσμού -> Αναστοχαστική Λειτουργία -> Υψηλά BPTs



Σχήμα 17. Ανάλυση διαμεσολάβησης: έμμεσες, άμεσες και συνολικές επιδράσεις. Οι τιμές είναι ο συντελεστής Β λογιστικής παλινδρόμησης

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των οριακών χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την αναστοχαστική λειτουργία των εφήβων και της αίσθησης της ποιότητας του δεσμού. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι τα ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία σχετίζονται με παρουσία υψηλών χαρακτηριστικών οριακής προσωπικότητας. Επιπλέον, φάνηκε ότι η αναστοχαστική λειτουργία διαμεσολαβεί στη σχέση δεσμού και υψηλών BPTs. Πιο συγκεκριμένα η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι ο αποφευκτικός και αμφιθυμικός δεσμός (ανασφαλείς δεσμοί) οδηγούν σε υψηλά BPTs είτε άμεσα (μόνο ο αποφευκτικός) είτε έμμεσα (ο αμφιθυμικός) μέσω της επίδρασης τους στην αναστοχαστική λειτουργία. Υποδηλώνεται με αυτό τον τρόπο ότι οι δυσκολίες στην ικανότητα του εφήβου να κατανοεί και να ερμηνεύει τις νοητικές καταστάσεις του εαυτού και των άλλων αποτελούν ένα ενδιάμεσο μονοπάτι που καθιστά τους ανασφαλείς τύπους δεσμού ιδιαίτερα επιβαρυντικούς για την ψυχοπαθολογία της οριακής δομής. Τα αποτελέσματα επίσης επιβεβαίωσαν τη υψηλότερη χρήση ανώριμων μηχανισμών άμυνας σε άτομα με BPTs (συγκριτικά με χαμηλά BPTs), ενισχύοντας τη διεθνή βιβλιογραφία σε ότι αφορά σε εφήβους πρώιμης ηλικίας όπου οι μελέτες είναι ιδιαίτερα περιορισμένες. Τέλος, η παρούσα έρευνα ανέδειξε την υψηλή συνοσηρότητα στους εφήβους με υψηλά BPTs αλλά και την ασυμφωνία μεταξύ των γονέων και των αυτοαναφορών των εφήβων όσον αφορά στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (εσωτερικευμένα κυρίως αλλά και εξωτερικευμένα) συγκριτικά με εφήβους με χαμηλά BPTs.

Οριακά χαρακτηριστικά εφήβων πρώιμης ηλικίας

Στο δείγμα μας καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά οριακών χαρακτηριστικών που είναι αντίστοιχα αυτών που παρατηρούνται σε ενδονοσοκομειακές δομές. Ως ένα βαθμό το ποσοστό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η υπηρεσία που διεξήχθη η έρευνα είναι η μοναδική σε μια μεγάλη περιοχή στην οποία δεν υπάρχουν κλινικές νοσηλείας. Επομένως πολλοί έφηβοι παρακολουθούνται με υψηλή συχνότητα σε εξωτερική βάση μειώνοντας ενδεχομένως την ανάγκη νοσηλείας. Ωστόσο, επειδή το ποσοστό αυτό προέρχεται κυρίως από το δείγμα των κοριτσιών είναι πολύ πιθανό να υπάρχει μεροληψία επιλογής (selection bias) λαμβάνοντας υπόψη ότι το ποσοστό των αγοριών με υψηλά BPTs είναι αντίστοιχο με αυτό των δειγμάτων σε υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Ακόμα και με αυτά τα ποσοστά η αναλογία κοριτσιών : αγοριών παραμένει σχετικά εντός των βιβλιογραφικών δεδομένων (3:1) σε κλινικά δείγματα^{36,37,430}. Αν και ενδέχεται να μην υπάρχουν διαφορές μεταξύ φύλων όσον αφορά τον επιπολασμό της ΟΔΠ⁴³¹, οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (π.χ.

αυτοτραυματισμός με κόψιμο) και η συνολική ψυχολογική δυσφορία μπορεί να διαφοροποιεί τα δύο φύλα μεταξύ τους σε σχέση με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τη συννοσηρότητα με διαταραχές Άξονα I και II, καθώς και το ιστορικό αξιοποίησης θεραπευτικών παρεμβάσεων. Για παράδειγμα εάν οι γυναίκες με ΟΔΠ εκδηλώνουν συχνότερα αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές με κατεύθυνση προς τον εαυτό και, κατά συνέπεια, καταλήγουν σε δομές ψυχικής υγείας συχνότερα από τους άνδρες, τότε το συμπέρασμα των μελετών που ασχολούνται με τον επιπολασμό της διαταραχής ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες σε αυτά τα πλαίσια θα είναι ότι περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες πάσχουν από ΟΔΠ. Αντίστοιχα, εάν περισσότεροι άνδρες σε σχέση με γυναίκες εμφανίζουν διαταραχή χρήσης ουσιών και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα να καταλήγουν σε συναφή θεραπευτικά προγράμματα ή σε δικαστικές παρεμβάσεις, τότε, και πάλι, οι μελέτες που βασίζονται σε δείγματα δομών ψυχικής υγείας θα καταγράψουν αναπόφευκτα χαμηλότερα ποσοστά ανδρών με ΟΔΠ. Αυτές οι διαφορές, οι οποίες έχουν καταγραφεί σε μελέτες ενδέχεται να εξηγούν γιατί οι γυναίκες με ΟΔΠ είναι πιθανότερο να υπερεκπροσωπούνται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ οι άνδρες με ΟΔΠ είναι πιθανότερο να υπερεκπροσωπούνται σε προγράμματα θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών και/ή σε σωφρονιστικά ιδρύματα⁴³¹. Τονίζεται ωστόσο, ότι υπάρχουν έρευνες οι οποίες δίνουν παρόμοια ποσοστά σε κοινοτικά δείγματα σε άνδρες και γυναίκες όμως η επιβάρυνση είναι μεγαλύτερη στο γυναικείο φύλο όπως και ο επιπολασμός στα κλινικά δείγματα ^{287,291,432}. Αναμφίβολα, υπάρχουν έμφυλες προσδοκίες που αφορούν τόσο τη συναισθηματικότητα όσο και το σχεσιακό πλαίσιο της ΟΔΠ. Οι γυναίκες θεωρούνται απλώς ότι είναι πιο συναισθηματικές, περισσότερο ορισμένες μέσα από τις σχέσεις τους και περισσότερο εξαρτημένες από αυτές σε σύγκριση με τους άνδρες. Είναι σαφές ότι τα έμφυλα στερεότυπα επηρεάζουν τις γυναίκες, καθώς και τις εμπειρίες τους (και την έκφραση) της ψυχικής ασθένειας^{433,434}. Παρομοίως μπορεί να υπάρχουν γενετικές ευαλωτότητες και στην ΟΔΠ αντίστοιχες με αυτές που έχουν αναφερθεί για την κατάθλιψη⁴³⁵ μετά από σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (πχ 5-HTT x COMT αλληλεπίδραση). Ο πολύ υψηλός όμως επιπολασμός στα κορίτσια του δείγματος μας αλλά και συγκριτικά με τα αγόρια περιορίζει την αξιόπιστη ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο Widiger εξέτασε τους τρόπους με τους οποίους τα διαφοροποιημένα ποσοστά επικράτησης ανά φύλο για τις διαταραχές προσωπικότητας του DSM-IV —τρεις από τις οποίες (οριακή, εξαρτητική και υστερική) διαγιγνώσκονται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες θα μπορούσαν να αντανakλούν μεροληψία φύλου. Διέκρινε

και περιέγραψε τεκμηρίωση για καθεμία από αυτές τις διαφορετικές μορφές μεροληψίας φύλου, οι οποίες περιλαμβάνουν μεροληπτικές διαγνωστικές κατασκευές, μεροληπτικά όρια διάγνωσης, μεροληπτική δειγματοληψία πληθυσμού, μεροληπτική εφαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων, μεροληπτικά εργαλεία αξιολόγησης και μεροληπτικά διαγνωστικά κριτήρια⁴³⁶.

Ερωτηματολόγιο BPFS – C

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η BPFS αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο που μετρά τα BPTs ως μονοδιάστατη κατασκευή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους κλινικούς στην Ελλάδα. Άλλωστε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει εργαλείο στην Ελλάδα για την αξιολόγηση των BPTs σε εφήβους. Ωστόσο, η λύση των 11 ερωτήσεων εμφάνισε χαμηλή προσαρμογή, ενώ η αφαίρεση δύο συγκεκριμένων λημμάτων, βάσει προηγούμενων μελετών σε άλλες χώρες^{386,387,391}, βελτίωσε το μοντέλο χωρίς να επηρεάζει την αξιοπιστία και τη διαγνωστική του ακρίβεια. Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι η BPFS παρουσιάζει καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα και παρέχει ένα κλινικό σημείο αποκοπής για τον εντοπισμό εφήβων με υψηλά BPTs.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα τροποποιημένο μοντέλο της BPFS με 9 λήμματα εμφάνισε καλή προσαρμογή καθώς η συνολική προσαρμογή της κλίμακας των 11 λημμάτων ήταν φτωχή. Η αφαίρεση του λήμματος 3 («Τα συναισθήματά μου είναι πολύ έντονα. Για παράδειγμα, όταν θυμώνω, θυμώνω πάρα πολύ, και όταν είμαι χαρούμενος, είμαι πολύ χαρούμενος») βελτίωσε την προσαρμογή του μοντέλου, αν και παρέμεινε μέτρια. Στην μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία³⁹¹ αφαιρέθηκε επίσης το ίδιο λήμμα επειδή δεν συσχετιζονταν με τα υπόλοιπα της κλίμακας. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι το λήμμα 3 δεν είναι κατάλληλο για τη μέτρηση χαρακτηριστικών ΟΔΠ σε μονοδιάστατο μοντέλο. Πράγματι, η κλίμακα δεν είχε κατασκευαστεί για να παρέχει πληροφορίες χρήσιμες στην κλινική πρακτική αναφορικά με τις πιθανές διαστάσεις της διαταραχής, επομένως ένα μονοδιάστατο μοντέλο είναι πιο κατάλληλο για κλινική χρήση. Επιπλέον, τόσο στην παρούσα μελέτη όσο και στις μελέτες στάθμισης στην Τουρκία και την Ιταλία^{386,391} βρέθηκε ότι ο μέσος όρος του λήμματος 3 ήταν σημαντικά υψηλότερος σε σχέση με τα υπόλοιπα. Αυτό πιθανόν να εξηγείται από το γεγονός ότι η ένταση των συναισθημάτων είναι χαρακτηριστικό της πρώιμης εφηβείας και δεν σχετίζεται αποκλειστικά με εφήβους με υψηλά BPTs. Η διατήρηση του λήμματος 3 και

η αφαίρεση του 11 («Πολλές φορές εγώ και οι φίλοι μου είμαστε πολύ κακοί ο ένας με τον άλλον») όπως στην πορτογαλική μελέτη³⁸⁷, οδήγησε σε φτωχή προσαρμογή. Αντίθετα, ο μέσος όρος του λήμματος 11 ήταν χαμηλός, υποδεικνύοντας ότι το να είναι κάποιος "κακός" με τους φίλους του δεν χαρακτηρίζει έντονα τους εφήβους με BPTs. Η αφαίρεση και των δύο ερωτήσεων οδήγησε σε ένα μοντέλο 9 λημμάτων με καλή προσαρμογή στα δεδομένα.

Η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν καλή σε όλα τα μοντέλα, αν και μειώθηκε ελαφρώς μετά την αφαίρεση λημμάτων. Ήταν παρόμοια με την αρχική και την γαλλική μελέτη, και υψηλότερη από την πορτογαλική και ιταλική εκδοχή³⁸⁶⁻³⁸⁸.

Όσον αφορά τη συγκλίνουσα εγκυρότητα, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της BPFS-9 και του προφίλ απορρύθμισης που περιλαμβάνει άγχος/κατάθλιψη, διάσπαση προσοχής και επιθετικότητα. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs εμφανίζουν επίσης υψηλά επίπεδα απορρύθμισης, κάτι που είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία³⁹⁸. Ο περιορισμένος αριθμός εφήβων (N=4) με πιο "σοβαρό" προφίλ απορρύθμισης (T-score ≥ 65 και άθροισμα > 210) ίσως εξηγεί τη χαμηλή τιμή r , παρά τη στατιστική της σημαντικότητα και περιορίζει την ερμηνεία.

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν επίσης ότι η BPFS έχει υψηλή ακρίβεια στη διάκριση εφήβων με υψηλά χαρακτηριστικά ΟΔΠ βάσει κλινικής αξιολόγησης. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην ακρίβεια μεταξύ της έκδοσης των 11 και των 9 λημμάτων. Με σημείο αποκοπής το 26, η BPFS-9 παρουσίασε υψηλή ευαισθησία (0.88), μεγαλύτερη από την BPFS-11, αλλά και χαμηλότερη ειδικότητα (0.75), κάτι που οδηγεί σε περισσότερα ψευδώς θετικά περιστατικά. Στο πλαίσιο όμως κοινοτικών κλινικών υπηρεσιών, η προτεραιότητα στην πρώιμη ανίχνευση, ακόμη και με το κόστος ορισμένων ψευδών θετικών, θεωρείται πιο κατάλληλη. Η κλινική αξιολόγηση άλλωστε μπορεί να αποκλείσει τους ψευδώς θετικούς από την BPFS εφήβους. Διερευνώντας το βέλτιστο σημείο αποκοπής για την εκδοχή των 11 λημμάτων, βρέθηκε ίδιο με την αρχική μελέτη των Sharp και συν³⁸⁴ (δηλαδή 34).

Επιπλέον, η κλίμακα φαίνεται να καταγράφει καλύτερα τις υψηλές τιμές χαρακτηριστικών ΟΔΠ, υποστηρίζοντας την υπεροχή της BPFS-9 στη διάγνωση αυτών των περιπτώσεων δηλαδή στην αυξημένη διακριτική ικανότητα σε άτομα με μέτρια προς υψηλά επίπεδα BPTs. Κλινικά, αυτό δείχνει την ανάγκη να δίνεται έμφαση στους εφήβους με υψηλά επίπεδα BPTs με σκοπό την έγκαιρη παρέμβαση. Η διακριτική ικανότητα των περισσότερων λημμάτων ήταν αποδεκτή έως υψηλή γεγονός που υποστηρίζει τη συνολική αξιοπιστία της κλίμακας.

Παράλληλα, λαμβάνοντας υπόψη και τις παραμέτρους δυσκολίας φαίνεται ότι η κλίμακα είναι ευαίσθητη σε μεγάλο εύρος των BPTs, ενισχύοντας έτσι τη διαγνωστική της χρησιμότητα.

Μηχανισμοί Άμυνας και Αμυντικό Προφίλ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs καταγράφουν στατιστικά υψηλότερες τιμές σε ένα πλήθος αμυνών κυρίως ανώριμων και γενικά στο ανώριμο προφίλ. Αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία όπου ήδη από το 1967 από τον Kernberg αλλά και από περισσότερο συγχρόνους συγγραφείς περιγράφεται ότι άτομα με ΟΔΠ εμφανίζουν κυρίως ανώριμους μηχανισμούς άμυνας ^{82,277,437}. Ωστόσο οι μελέτες στη βιβλιογραφία για τους μηχανισμούς άμυνας στην ΟΔΠ δεν είναι πάρα πολλές και ειδικά στους εφήβους είναι ακόμα λιγότερες ⁴³⁸. Ακόμα λιγότερες είναι οι μελέτες που στόχο έχουν να εντοπίσουν αν συγκεκριμένες άμυνες μπορούν να διακρίνουν άτομα με ΟΔΠ από άτομα χωρίς ΟΔΠ ²⁷⁷.

Πιο συγκεκριμένα η προβολή, ένας από τους ανώριμους μηχανισμούς άμυνας, παρουσιάζεται περισσότερο από οποιονδήποτε μηχανισμό στους εφήβους με υψηλά BPTs σε σύγκριση με το υπόλοιπο δείγμα. Αυτό έρχεται σε απόλυτη συνέπεια με τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν κυρίως ενήλικες με ΟΔΠ²⁸¹. Επιπλέον, σε ενήλικες έχει βρεθεί ²⁷⁷ ότι η προβολή, η εκδραμάτιση, η παθητική επιθετικότητα, η σχάση, η προβλητική ταύτιση και η υποχονδρίαση διέκριναν τους ασθενείς με ΟΔΠ συγκριτικά με αυτούς με άλλες διαγνώσεις του Άξονα II. Αν εξαιρεθούν η προβλητική ταύτιση και η υποχονδρίαση που δεν αντιπροσωπεύονται στο DSQ-40, τα ίδια αποτελέσματα αναδείχτηκαν και στην παρούσα μελέτη σχετικά με την προβολή, την εκδραμάτιση και την παθητική επιθετικότητα. Αυτό είναι συνεπές και με την παρατήρηση ότι οι έφηβοι ασθενείς με ΟΔΠ αντιμετωπίζουν περισσότερο συχνά παρορμητικότητα (εκδραμάτιση) και αυτοκτονική συμπεριφορά σε σχέση με τους ενήλικες ασθενείς που δυσκολεύονται στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην διατήρηση μιας καλής λειτουργικότητας ⁴². Ωστόσο, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το εύρημα ότι η σχάση (όπως επίσης και η εξιδανίκευση και η υποτίμηση), δεν φαίνεται να διαφοροποιούν τους εφήβους με υψηλά BPTs από αυτούς με χαμηλά BPTs που είναι τυπικά μηχανισμοί άμυνας που απαντώνται σε ενήλικες με ΟΔΠ ^{82,439}. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να εξηγείται από το ότι και οι έφηβοι με χαμηλά BPTs μπορεί να χρησιμοποιούν αυτούς τους μηχανισμούς άμυνας όπως άλλωστε έχει βρεθεί και σε κοινοτικό πληθυσμό ενηλίκων (χωρίς κάποια έκπτωση στη λειτουργικότητα) όπου το 13.2% μπορεί να κάνει χρήση του μηχανισμού της σχάσης ⁴⁴⁰. Τονίζεται ωστόσο, ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι βαθμολογίες των εφήβων με υψηλά BPTs ήταν υψηλότερες

από αυτές των εφήβων με χαμηλά BPTs αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ακόμη έχει φανεί ότι η σχέση σχετίζεται με τη διάχυση της ταυτότητας στους ασθενείς με ΟΔΠ⁴⁴¹. Συνεπώς λόγω της ατελούς διαμόρφωσης της ταυτότητας σε όλους τους εφήβους του δείγματος λόγω της μικρής τους ηλικίας, η διάχυση ταυτότητας αποτελεί πιθανώς κοινό τόπο και όχι ειδικό χαρακτηριστικό εφήβων με υψηλά BPTs. Επιπλέον, στις περισσότερες έρευνες διερευνάται το αμυντικό προφίλ των ασθενών με ΟΔΠ συγκριτικά με αυτό ασθενών με άλλες διαταραχές του άξονα II ^{279,280}. Στην πρώτη μελέτη του Bond όπου οι ασθενείς με ΟΔΠ συγκρίνονταν με ασθενείς με διάφορες άλλες διαγνώσεις, δεν υπήρχε διαφοροποίηση των ασθενών με ΟΔΠ σε σύγκριση με αυτούς με ευρεία ψυχοπαθολογία όπως ήταν και στο παρόν δείγμα ²⁷⁸. Μια άλλη λιγότερο πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι οι διάφοροι φαινότυποι της ΟΔΠ οι οποίοι μπορεί να εμφανίζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορεί να αντανακλώνται στις άμυνες ⁴⁴². Για παράδειγμα υπάρχουν μελέτες ^{281,443,444} οι οποίες διερευνούν τη συσχέτιση συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας με συγκεκριμένα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά – συμπτώματα (συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα) της ΟΔΠ. Ωστόσο, το μικρό δείγμα ασθενών δεν επιτρέπει την διερεύνηση αυτών των υποπληθυσμών με αξιοπιστία. Τέλος, όπως τονίζεται και στη βιβλιογραφία δεν υποστηρίζουν όλα τα άτομα τη χρήση όλων των αμυνών ενός αμυντικού προφίλ στον ίδιο βαθμό για μια παθολογία⁴⁴⁵. Ενδιαφέρον επίσης εύρημα είναι ότι ανάμεσα στους μηχανισμούς άμυνας που βρέθηκε πως χρησιμοποιούν περισσότερο οι έφηβοι με υψηλά BPTs στην παρούσα έρευνα, είναι το χιούμορ που είναι ένας ώριμος μηχανισμός άμυνας. Ωστόσο, από τη βιβλιογραφία φαίνεται πως περιγράφονται τέσσερις τύποι χιούμορ δύο “θετικοί” τύποι και δύο “αρνητικοί” ^{446,447}. Επομένως ίσως οι εν λόγω έφηβοι του δείγματος να χρησιμοποιούν τέτοιο τύπο χιούμορ που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία φαίνεται πως σχετίζεται θετικά με την ΟΔΠ. Επιπλέον, η απουσία διαφορών στη χρήση του αντιδραστικού σχηματισμού και του ψευδοαλτρουισμού μεταξύ των εφήβων με υψηλά BPTs και αυτών με χαμηλά, υποδηλώνει συγκρίσιμα επίπεδα αξιοποίησης αμυντικών μηχανισμών που εξυπηρετούν τη διατήρηση ενός θετικού, ηθικά αποδεκτού και προσφοράς προς τους άλλους εαυτού, δηλαδή μηχανισμών με έντονα αυτοθυσιαστικά χαρακτηριστικά.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί σχετικά με τους μηχανισμούς άμυνας ότι οι Bond και Vaillant⁴⁴⁸ επισήμαναν δύο σημαντικούς περιορισμούς: αφενός, ότι ορισμένα άτομα ενδέχεται να μην έχουν επίγνωση των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιούν, με αποτέλεσμα να μην τους αναγνωρίζουν κατά την αυτοαναφορά· και αφετέρου, ότι το

ερωτηματολόγιο DSQ 40 ενδέχεται να μην περιλαμβάνει επαρκή αριθμό ερωτημάτων για την ανίχνευση συγκεκριμένων μηχανισμών. Άλλωστε σύμφωνα με την ψυχαναλυτική βιβλιογραφία οι μηχανισμοί άμυνας είναι κατά κύριο λόγο ασυνείδητοι και ενδέχεται σε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς να εκφράζονται οι προσδοκίες για τον εαυτό που θα ανακούφιζαν τους μικρούς εφήβους από τον ψυχικό πόνο που η μεταβατικότητα της ηλικίας τους ενδέχεται να προκαλεί ^{270,449}. Περαιτέρω, η McWilliams ⁴⁵⁰ υποστηρίζει ότι η προτίμηση για συγκεκριμένους αμυντικούς μηχανισμούς συνδέεται με την ιδιοσυγκρασιακή δομή του ατόμου. Οι παρατηρήσεις αυτές ενισχύουν την πιθανότητα τα ευρήματα -και ειδικά αυτά που είναι σε αντίθεση με την αρχική θεωρία του Kernberg ⁸² για τους μηχανισμούς άμυνας στην ΟΔΠ - να σχετίζονται και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας μελέτης και κυρίως με την ηλικία. Η μικρή εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται γενικά από χρήση ανώριμων μηχανισμών άμυνας συγκριτικά με τους πιο μεγάλους σε ηλικία εφήβους ⁴³⁸.

Ψυχοπαθολογία και ΟΔΠ

Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει τη συννοσηρότητα στην ΟΔΠ, όπως και σε ολόκληρη την ψυχιατρική του παιδιού και του εφήβου, όπου αποτελεί τον κανόνα και όχι την εξαίρεση, γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη για πλήρη διαγνωστική αξιολόγηση που περιλαμβάνει το εύρος της ψυχοπαθολογίας⁴⁵¹. Αν και δεν μπορεί να τεθεί διάγνωση με το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας (ASEBA) η εικόνα είναι ενδεικτική. Τόσο οι ίδιοι οι έφηβοι με υψηλά BPTs όσο και οι γονείς τους ανέδειξαν πλήθος ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που εντάσσονται στο κλινικό φάσμα συγκριτικά με τους εφήβους με χαμηλά BPTs, εύρημα συμβατό με την βιβλιογραφία όπου η συννοσηρότητα είναι πιο ισχυρή στην ΟΔΠ από ότι στις άλλες ψυχικές διαταραχές^{430,452-454}. Πιο συγκεκριμένα έφηβοι και γονείς ανέφεραν την παρουσία συμπτωμάτων κυρίως εσωτερικευμένων (άγχος και κατάθλιψη) και όχι εξωτερικευμένων όπως η επιθετική συμπεριφορά και η παράβαση κανόνων. Το παραπάνω αποτυπώθηκε και στις συνολικές κλίμακες του ASEBA όπου παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στον αριθμό των εφήβων που παρουσίαζαν εσωτερικευμένα συμπτώματα στο κλινικό φάσμα (και όχι εξωτερικευμένα) μεταξύ των δυο ομάδων (υψηλά έναντι χαμηλά BPTs). Χαρακτηριστικό είναι επίσης το εύρημα ότι περίπου το 70% των εφήβων του δείγματος μας ανέφερε εσωτερικευμένα συμπτώματα και 20% εξωτερικευμένα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται υψηλή συννοσηρότητα με συναισθηματικές διαταραχές, αγχώδεις

διαταραχές, αποσυνδεδετικές διαταραχές, ΔΕΠΥ, διαταραχές συμπεριφοράς και χρήση ουσιών^{15,455-457}. Η μεγάλη διαφορά στα εσωτερικευμένα με τα εξωτερικευμένα συμπτώματα στο δείγμα μας πιθανώς να εξηγείται από ότι το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων με υψηλά BPTs ήταν κορίτσια και είναι γνωστό ότι οι γυναίκες με ΟΔΠ παρουσιάζουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη ως συννοσηρότητα ενώ οι άνδρες περισσότερο διαταραχές συμπεριφοράς⁴³⁰. Μια άλλη λιγότερο πιθανή εξήγηση είναι ότι λόγω της μικρής ηλικίας δεν έχουν εμπλακεί σε έντονα παραβατικές συμπεριφορές. Πάντως στη βιβλιογραφία είναι σαφές ότι ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων με ΟΔΠ παρουσιάζει σύνθετη συννοσηρότητα με εσωτερικευμένες και εξωτερικευμένες διαταραχές^{296,458,459}. Σημαντικό εύρημα είναι επίσης ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs ανέφεραν (περίπου το 1/3 αυτών) συμπτωματολογία ενδεικτική Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Είναι γεγονός ότι στη βιβλιογραφία αναφέρονται υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας που αγγίζουν μέχρι και το 70%⁴⁶⁰ ενώ η αιτιολογική σύνδεση της ΟΔΠ με το τραύμα έχει αποτελέσει αντικείμενο μεγάλης έρευνας παρέχοντας ενδείξεις για την ισχυρή σχέση τους^{96,102,104}. Έρευνες έχουν δείξει ότι η απουσία διάγνωσης της PTSD σε follow up ενίσχυσε σημαντικά τις πιθανότητες ύφεσης της ΟΔΠ, ενώ η επιδείνωση της PTSD προδιέθετε σε υποτροπή των συμπτωμάτων της ΟΔΠ^{285,461}. Επιπλέον, η παρουσία διάγνωσης PTSD μειώνει τις πιθανότητες ύφεσης της ΟΔΠ ενώ η πορεία των συμπτωμάτων της ΟΔΠ και της PTSD αλληλοπροβλέπεται σε βάθος χρόνου^{88,462,463}. Ο ρόλος του τραύματος είναι καθοριστικός στην αιτιοπαθογένεια της ΟΔΠ και είναι γνωστό ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που βιώνουν τραυματικά γεγονότα, όπως κακοποίηση, παραμέληση ή χρόνια δυσλειτουργία στις ενδοοικογενειακές σχέσεις, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων γενικότερα αλλά και ΟΔΠ ειδικότερα.

Γενικά στο δείγμα μας παρατηρήθηκε, όπως ήταν αναμενόμενο, υψηλή συννοσηρότητα. Αυτό υποδεικνύει την ανάγκη για ολοκληρωμένη αξιολόγηση των εφήβων με χαρακτηριστικά ΟΔΠ ώστε να υπάρχει η κατάλληλη και στοχευμένη παρέμβαση. Η πιο κυρίαρχη εξήγηση για την συννοσηρότητα αυτή αφορά στον παράγοντα p (p factor) της ψυχοπαθολογίας, ο οποίος αποτυπώνει τις κοινές ευαλωτότητες που διατρέχουν διαφορετικές διαταραχές ή ευρύτερους διαδιαγνωστικούς (transdiagnostic) τομείς ψυχοπαθολογίας⁴⁶⁴⁻⁴⁶⁶. Μια άλλη εξήγηση είναι η θεωρία της δυναμικής αμοιβαιότητας όπου η συννοσηρότητα μπορεί να προκύπτει από την αναπτυξιακή αλληλεπίδραση μεταξύ χαμηλότερου επιπέδου συμπτωμάτων όπως των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων δημιουργώντας ένα φαινότυπο παρόμοιο με αυτόν της ΟΔΠ⁴⁵¹.

Επιπλέον, αν και είναι γνωστό ότι υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ γονέων και εφήβων στην παρούσα έρευνα αυτό φάνηκε να είναι ιδιαίτερα εμφανές και διαφορετικό στους εφήβους με υψηλά BPTs ⁴⁶⁷. Είναι πιθανό οι έφηβοι με αυτά τα χαρακτηριστικά να εμφανίζουν έντονη υποκειμενική δυσφορία, δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος και υψηλά επίπεδα συναισθηματικής αντιδραστικότητας που δεν αναγνωρίζεται πάντα από τρίτους. Ως αποτέλεσμα, οι γονείς μπορεί να υποεκτιμούν τη σοβαρότητα των προβλημάτων, οδηγώντας σε μειωμένη συμφωνία στις αξιολογήσεις και μεγαλύτερη συγκριτικά με άλλες παθολογίες. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τον περιορισμένο βαθμό συμφωνίας μεταξύ πληροφόρησης από διάφορους πληροφοριοδότες στους εφήβους με χαρακτηριστικά ΟΔΠ και αναδεικνύουν τη σημασία ενσωμάτωσης της υποκειμενικής εμπειρίας του εφήβου στην κλινική αξιολόγηση, ιδίως στα εσωτερικευμένα προβλήματα που δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμα από τρίτους αλλά και στα εξωτερικευμένα.

Δεσμός και Αναστοχαστική Λειτουργία

Στο δείγμα της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs τοποθετούσαν τον εαυτό τους ως έχοντες ανασφαλή (αποφευκτικό ή αμφιθυμικό) δεσμό σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τους εφήβους που είχαν χαμηλά BPTs. Οι Sharp και συν. ²⁰⁴ αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι ο ανασφαλής δεσμός εκτρέπει την ανάπτυξη της βέλτιστης ικανότητας ενόησης. Η σημασία του δεσμού στην πρόβλεψη των χαρακτηριστικών ΟΔΠ υποδηλώνει ότι οι οικογενειακές επιρροές διαδραματίζουν αιτιολογικό ρόλο — σε συμφωνία με το μοντέλο της αποσταθεροποίησης του Linehan, το μοντέλο εστιασμένο στα σχήματα του Young καθώς και τα ψυχοδυναμικά μοντέλα των Gunderson και Fonagy^{143,331,468,469}.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι έφηβοι με υψηλά BPTs εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στη μονοδιάστατη κλίμακα της αναστοχαστικής λειτουργίας, υποδεικνύοντας έτσι ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση σε αυτή (και πιο συγκεκριμένα στην αβεβαιότητα / υποενόηση) συγκριτικά με τους εφήβους με άλλη ψυχοπαθολογία και χαμηλά BPTs. Στη βιβλιογραφία τονίζεται ότι η έκπτωση στην ενόηση θεωρείται ως πυρηνικό χαρακτηριστικό των διαταραχών προσωπικότητας ^{65,470,471}. Ωστόσο, αναφέρεται ότι τα ελλείμματα στην ενόηση αποτελούν και έναν διαδιαγνωστικό (transdiagnostic) παράγοντα κινδύνου για ψυχοπαθολογία ^{65,144}. Η ΟΔΠ φαίνεται ότι σχετίζεται τόσο με γενικά ελλείμματα στην ενόηση όσο και με πιο ειδικά όπως η αβεβαιότητα και η υποενόηση αλλά και η υπερενόηση ^{182,199,204,207,219,472-474}. Συμβατό με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι το

εύρημα των Duval και συν.¹⁷⁴ σύμφωνα με το οποίο υπάρχει ισχυρότερη σχέση μεταξύ χαρακτηριστικών ΟΔΠ και αβεβαιότητας για τις ψυχικές καταστάσεις συγκριτικά με την σχέση αυτών με την υπερεννόηση. Το παραπάνω υποδεικνύει ότι η αβεβαιότητα για τις ψυχικές καταστάσεις μπορεί να αποτελεί χαρακτηριστικό της ΟΔΠ όπως στο δείγμα της παρούσας μελέτης σε σύγκριση με τις άλλες ψυχοπαθολογίες. Επιπλέον, σε πρόσφατη έρευνα σε ενήλικες⁴⁷⁵ που αξιολογήθηκε μεταξύ άλλων η επίδραση της υποεννόησης και της υπερεννόησης στα συμπτώματα της ΟΔΠ βρέθηκε ότι μόνο η υποεννόηση σχετίστηκε ισχυρά. Ως διαγνωστικό χαρακτηριστικό όμως τα ελλείμματα της εννόησης έχει βρεθεί ότι ανιχνεύονται και στις παθολογίες που χαρακτηρίζονται από εσωτερικευμένα συμπτώματα όπως η κατάθλιψη και το άγχος^{412,476-479}. Το σημείο αυτό ενδεχομένως να περιορίζει την ερμηνεία του ευρήματος μας καθώς στο δείγμα της παρούσας έρευνας οι έφηβοι με υψηλά BPTs παρουσιάζουν και σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό κλινικά χαρακτηριστικά άγχους και κατάθλιψης όπως καταγράφηκαν από τους ίδιους αλλά και τους γονείς τους.

Τα ευρήματα της ανάλυσης διαμεσολάβησης υπογραμμίζουν τον ουσιαστικό ρόλο της αναστοχαστικής λειτουργίας στη σχέση του δεσμού με την παρουσία υψηλών BPTs στους εφήβους. Συγκεκριμένα, η έμμεση επίδραση μέσω της αναστοχαστικής λειτουργίας αναδείχθηκε σημαντική για τον αμφιθυμικό δεσμό ενώ ήταν οριακά σημαντική για τον αποφευκτικό δεσμό. Οι δυσκολίες στην ικανότητα του εφήβου να κατανοεί και να ερμηνεύει τις νοητικές καταστάσεις του εαυτού και των άλλων φαίνεται να αποτελούν ένα ενδιάμεσο μονοπάτι που καθιστά τους ανασφαλείς τύπους δεσμού ιδιαίτερα επιβαρυντικούς για την ψυχοπαθολογία. Το εύρημα αυτό ενισχύει το θεωρητικό σχήμα που έχει προταθεί από τη σχολή της εννόησης, σύμφωνα με το οποίο τα ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία ευνοούν τη δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων, τη διαπροσωπική αστάθεια και τις παρορμητικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την ΟΔΠ. Ωστόσο, οι ανασφαλείς τύποι δεσμού ενισχύουν την εμφάνιση υψηλών BPTs και με αυτόνομο τρόπο. Συνεπώς τα χαρακτηριστικά της ανασφάλειας στον δεσμό, όπως η υπερευαισθησία στην απόρριψη ή η αποφυγή της συναισθηματικής εγγύτητας, μπορεί να έχουν από μόνα τους ισχυρή επίδραση στην ανάπτυξη της εφηβικής ψυχοπαθολογίας, ανεξάρτητα από τις μεταγνωστικές ικανότητες του ατόμου. Επομένως, αυτοί οι τύποι δεσμού μπορούν να θεωρηθούν ως βασικό αναπτυξιακό υπόβαθρο που καλλιεργεί μια γενικευμένη ευαλωτότητα για την εμφάνιση χαρακτηριστικών ΟΔΠ. Με βάση αυτό, θα μπορούσε να υποτεθεί ότι οι διαφορετικοί τύποι ανασφαλούς δεσμού οδηγούν σε διαφορετικές αναπτυξιακές διαδρομές: για παράδειγμα, ο

αμφιθυμικός δεσμός επιθανόν να σχετίζεται περισσότερο με τη δυσκολία στη ρύθμιση της συναισθηματικής έντασης και την αδυναμία νοηματοδότησης των σχέσεων, ενώ ο αποφευκτικός δεσμός ίσως να προδιαθέτει σε ψυχική απόσυρση και σε χρόνια αποστασιοποίηση, που με τη σειρά τους επιβαρύνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη χαρακτηριστικών ΟΔΠ. Είναι γνωστό ότι οι ανασφαλείς τύποι δεσμού σχετίζονται με προβλήματα στην αναστοχαστική λειτουργία και φυσικά υπάρχουν μελέτες που συνδέουν τα ελλείμματα σε αυτή με την ΟΔΠ^{[106][106]}.

Οι έφηβοι με αμφιθυμικό δεσμό κάνουν συνήθως έντονες προσπάθειες να προσελκύσουν το ενδιαφέρον των προσώπων δεσμού με αποτέλεσμα να αυξάνει η διέγερση τους υπό συνθήκες στρες, να δυσκολεύονται οι νοητικές επεξεργασίες και συνεπώς η κατανόηση του εαυτού και των άλλων. Έτσι σύμφωνα με τον Luyten και συν.⁶⁵ τα άτομα αυτά μπορεί να βασίζονται για την λειτουργία τους στις διαπροσωπικές σχέσεις σε αυτόματη εννόηση παρά σε εννόηση που μπορεί να βρίσκεται υπό τον έλεγχό τους. Έτσι οδηγούνται σε μονομερείς ερμηνείες των γεγονότων αντί να αναζητούν εναλλακτικές (πχ ο συμμαθητής μου δεν με πήρε τηλέφωνο γιατί δεν με συμπαθεί πια και όχι ότι μπορεί να είχε κάποια δουλειά με τους γονείς του). Τέτοια πρότυπα συμπεριφοράς είναι χαρακτηριστικά στους εφήβους με υψηλά BPTs όπου οι εμπειρίες βιώνονται ως απόλυτες και μονοδιάστατες που δεν εμπεριέχουν θετικές και αρνητικές πλευρές μαζί^{480,481,483}. Πιθανώς αυτή η υπερβολική διέγερση να υπονομεύει πλήρως την ικανότητα εννόησης και έτσι να εξηγείται η σχεδόν πλήρης διαμεσολάβηση στην παρούσα έρευνα. Από την άλλη οι έφηβοι με αποφευκτικό δεσμό χαρακτηρίζονται από «απενεργοποιημένες» στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και τείνουν να θεωρούν τις νοητικές καταστάσεις των άλλων ως απειλητικές καθώς δεν έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν τα σημάδια που ενισχύουν την αυτοεκτίμησή τους^{483,484}. Με σκοπό την προστασία της αυτοεκτίμησης συχνά δεν νοηματοδοτούν ή κατανοούν τους άλλους. Συνεπώς αναπτύσσουν επίσης μια μονοδιάστατη εικόνα για τους άλλους που μπορεί να οδηγεί σε μοτίβα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ όπως η διάχυση ταυτότητας και η σχάση^{483,485}. Εδώ το χαρακτηριστικό της αποφυγής της συναισθηματικής εμπλοκής για την προστασία της εκτίμησης οδηγεί σε ελλειμματική εννόηση και συνεπώς υπάρχουν και άλλοι δρόμοι που οδηγούν στα υψηλά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ όπως η διαπροσωπική απόσυρση και η αποσύνδεση από τα συναισθήματα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ίδια η συμβολή της αναστοχαστικής λειτουργίας εκτός της διαμεσολάβησης της στο δεσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα μεγαλύτερα

ελλείμματα στην αβεβαιότητα για τις ψυχικές καταστάσεις συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ΟΔΠ. Το εύρημα αυτό συνδέεται με το θεωρητικό πλαίσιο των Fonagy και Luyten σύμφωνα με το οποίο η αποτυχία ανάπτυξης επαρκούς εννόησης οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΟΔΠ^{148,163}. Μελέτες σε εφήβους επιβεβαιώνουν ότι τα ελλείμματα στην ικανότητα να κατανοεί κανείς τον εαυτό και τους άλλους αποτελούν κεντρικό μηχανισμό ευαλωτότητας για την ΟΔΠ. Η απώλεια της ικανότητας εννόησης οδηγεί σε προ-εννοητικές μορφές λειτουργίας (pre-mentalizing modes), όπως η ψυχική ισοδυναμία (psychic equivalence), όπου οι σκέψεις και τα συναισθήματα χάνουν την ποιότητα του «σαν να», και βιώνονται ως απόλυτα πραγματικά, η κατάσταση προσποίησης (pretend mode), μια μορφή αποσύνδεσης κατά την οποία ο εσωτερικός κόσμος βιώνεται ως αποκομμένος από την εξωτερική πραγματικότητα και οι σκέψεις/συναισθήματα καθίστανται σχεδόν χωρίς ουσία και η τελεολογική λειτουργία (teleological mode), όπου οι πράξεις είναι προσανατολισμένες στο αποτέλεσμα και η ορατή, υλική πραγματικότητα γίνεται το μόνο κριτήριο αλήθειας. Αυτές οι προ-εννοητικές μορφές λειτουργίας καθιστούν το άτομο ιδιαίτερα επιρρεπές στην εμπλοκή σε καταστροφικούς διαπροσωπικούς κύκλους με έντονη συναισθηματική απορρύθμιση^{161,162,183,212,470}.

Περιορισμοί και Πλεονεκτήματα

Μολονότι η παρούσα μελέτη συμβάλει ουσιαστικά στην αναγνώριση του ρόλου της αναστοχαστικής λειτουργίας και της έγκαιρης αναγνώρισης της ΟΔΠ στην πρώιμη εφηβεία, έχει ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, το περιορισμένο μέγεθος του δείγματος, περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων ενώ στερείται και σημαντικής ισχύος κατά την CFA της κλίμακας BPFS. Παρά τις ενδείξεις που παρέχουν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητο να διεξαχθούν προοπτικές μελέτες για τη διερεύνηση της ΟΔΠ και της σχέσης της με τις υπόλοιπες ψυχολογικές κατασκευές. Δεύτερον, καθώς το πλαίσιο είναι εξωτερικών ασθενών, δεν επιτρέπει εξαγωγή συμπερασμάτων για τον γενικό πληθυσμό ή για εφήβους σε μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, επομένως απαιτούνται περαιτέρω μελέτες και σε αυτούς τους πληθυσμούς. Τρίτον, η συγχρονική φύση της μελέτης δεν επιτρέπει έλεγχο αξιοπιστίας μέσω επαναληπτικής μέτρησης (test-retest) για την κλίμακα BPFS, ούτε το πως ακριβώς σχετίζεται η ψυχοπαθολογία και η αναστοχαστική λειτουργία με τα BPTs και κυρίως δεν δύναται να ελεγχθεί η σταθερότητα της διάγνωσης. Ενώ τα ευρήματα παρέχουν ενδείξεις για την αλληλεπίδραση δεσμού, εννόησης και ΟΔΠ στην πρώιμη εφηβεία,

δεν είναι αξιόπιστο να υπάρξουν αιτιολογικές υποθέσεις. Επιπλέον, στο δείγμα των εφήβων με υψηλά BPTs δεν λάβαμε υπόψη την συννοσηρότητα (ψυχιατρικών διαταραχών ή άλλων διαταραχών προσωπικότητας πχ ναρκισσιστική) η οποία ήταν σύμφωνα με τις αυτοαναφορές ισχυρή αν και δεν τέθηκε διάγνωση κλινικά ή με τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων. Επιπρόσθετα σε αυτό, δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι τα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης αφορούν ειδικά στην ΟΔΠ, λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή συννοσηρότητα και την ετερογένεια στο κλινικό δείγμα ελέγχου για το οποίο δεν έγινε η αντίστοιχη ανάλυση διαμεσολάβησης. Το δείγμα μας επίσης αν και σχετικά ισόποσα κατανεμημένο σε αγόρια και κορίτσια, ο επιπολασμός εντός της ομάδας των κοριτσιών ήταν ιδιαίτερα υψηλός γεγονός που περιορίζει αρκετά την γενίκευση των αποτελεσμάτων στα αγόρια και θέτει θέματα προκατάληψης (bias) κυρίως όσον αφορά στην αδυναμία ελέγχου των ψυχομετρικών αποτελεσμάτων για τη σταθερότητα ως προς το φύλο.

Ωστόσο, η παρούσα μελέτη έχει και ορισμένα πλεονεκτήματα. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη στην Ελλάδα που διερευνά τις ψυχομετρικές ιδιότητες εργαλείου για τα χαρακτηριστικά ΟΔΠ σε εφήβους. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες για το αμυντικό προφίλ των εφήβων με χαρακτηριστικά ΟΔΠ, δεδομένα που δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστούν σε άλλες μελέτες στη βιβλιογραφία. Το δείγμα αντλήθηκε από κοινοτική δομή που αποτελεί την συνήθη πρακτική πρώτης επαφής με παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες στη χώρα μας και η οποία είναι η μοναδική σε μια ευρεία περιοχή με αστικό και μη πληθυσμό, γεγονός που ως ένα βαθμό μπορεί να αντιπροσωπεύει και άλλες παρόμοιες υπηρεσίες. Επιπλέον, περιλαμβάνει εφήβους πρώιμης ηλικίας με στενό ηλικιακό εύρος, ομάδα για την οποία η πρώιμη ανίχνευση είναι κρίσιμη και που οι μελέτες διεθνώς είναι ιδιαίτερα περιορισμένες¹². Ενισχύει επίσης, τα περιορισμένα για αυτή την ηλικιακή ομάδα, υπάρχοντα δεδομένα άλλων χωρών και μεγαλύτερων εφήβων για τη σχέση της οριακής προσωπικότητας με το δεσμό και την αναστοχαστική λειτουργία. Τέλος, η κλινική αξιολόγηση έγινε από την ίδια ψυχίατρο παιδιών και εφήβων σε όλους τους εφήβους, γεγονός που ενισχύει τη διαγνωστική ακρίβεια και η οποία δεν γνώριζε τα αποτελέσματα της BPFS .

Συμπεράσματα και κλινική εφαρμογή

Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε την εγκυρότητα της κλίμακας BPFS, καλύπτοντας το κενό στην αξιολόγηση των BPTs στους Έλληνες εφήβους. Η πρώιμη ανίχνευση είναι κρίσιμη για την έγκαιρη παρέμβαση. Είναι γνωστό ότι η ΟΔΠ είναι μια από τις πιο επιβαρυντικές

ψυχικές διαταραχές και η τυπική της εμφάνιση στην εφηβεία δυσκολεύει την επίτευξη των αναπτυξιακών οροσήμων οδηγώντας σε κοινωνικές και προσωπικές δυσκολίες ⁴⁸⁶. Παρουσιάζει αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό και η επιβάρυνση για τους φροντιστές και την οικογένεια είναι μεγάλη^{39,487}. Λαμβάνοντας υπόψη και τον υψηλό επιπολασμό στα κλινικά πλαίσια η ΟΔΠ θεωρείται βασικός «στόχος» πρώιμης διάγνωσης και παρέμβασης ³²³. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν τη χρήση της BPF5-9 σε πρώιμους εφήβους, καθώς παρουσιάζει ικανοποιητική προσαρμογή και ευαισθησία με σημείο αποκοπής το 26. Η διάθεση στους Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας ενός σύντομου, εύχρηστου εργαλείου με εύκολη βαθμολόγηση, μπορεί να διευκολύνει τη διάγνωση και παρέμβαση σε αυτή την κρίσιμη αναπτυξιακή φάση, μειώνοντας παράλληλα τον δισταγμό και το στίγμα που αφορά στη διάγνωση της διαταραχής προσωπικότητας στην εφηβεία ^{488,489}. Είναι χαρακτηριστικό το εύρημα στην μελέτη των Laurensen και συν. ⁴⁹⁰ όπου μόνο το 8.7% των ψυχολόγων έθεσαν τη διάγνωση της διαταραχής προσωπικότητας αν και το 57.8% την αναγνώριζε. Η έγκαιρη διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς είναι αυτή που θα καθοδηγήσει τους εφήβους και τις οικογένειες τους στην επιστημονικά τεκμηριωμένη παρέμβαση. Άλλωστε υπάρχουν ήδη ενδείξεις στη βιβλιογραφία ⁴⁹¹ για την αποτελεσματικότητα της πρώιμης παρέμβασης από την ηλικία των 12 ετών και μάλιστα αναλογικά της ηλικίας: προλαμβάνει την ΟΔΠ παθολογία στους εφήβους πρώιμης ηλικίας και την μειώνει στους μεγαλύτερους. Με βάση αυτά ήδη υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες σε χώρες όπως η Γερμανία, η Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο για την πρώιμη παρέμβαση από την ηλικία των 12 ή 14 ετών ⁴⁹². Επίσης, αν και τόσο η καθολική όσο και η εκλεκτική πρόληψη στην ΟΔΠ δεν υποστηρίζονται ερευνητικά, η ανίχνευση ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών στην πρώιμη ηλικία που εντοπίστηκαν και στην παρούσα έρευνα και που μπορεί να συνδέονται με ΟΔΠ (πχ ΔΕΠΥ, άγχος, κατάθλιψη) μπορεί να αποτελέσει μια ένδειξη για περαιτέρω αξιολόγηση κατά την πορεία της τυπικής κλινικής φροντίδας. Η αντιμετώπιση επίσης των χαρακτηριστικών ΟΔΠ στηρίζεται και στο θεωρητικό υπόβαθρο ότι οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν κλινική επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου αν μείνουν χωρίς παρέμβαση και η σταδιοποίηση είναι σημαντική. Σταδιοποίηση έχει περιγραφεί και για την ΟΔΠ και σε διάφορες έρευνες ταυτοποιείται ως «υποκλινική», «υποουδική» και «σε κίνδυνο» (subclinical, subthreshold, at-risk). Χρειάζεται να τονιστεί ότι αυτού του τύπου η «ενδεδειγμένη» πρόληψη αφορά κυρίως εφήβους που αναζητούν βοήθεια στις υπηρεσίες και έχουν ήδη επηρεαστεί από την

συμπτωματολογία και τη συννοσηρότητα εμφανίζοντας ψυχική δυσφορία και διαπροσωπικές δυσκολίες^{493,494}.

Τέλος, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την ανάγκη για συστηματική διερεύνηση του δεσμού σε εφήβους με οριακή συμπτωματολογία (ή και οποιαδήποτε άλλη ψυχοπαθολογία), καθώς και για αξιολόγηση της εννόησης ως βασικού μηχανισμού που μπορεί να αποτελέσει στόχο παρέμβασης. Από ψυχοδυναμική και αναπτυξιακή σκοπιά, τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν διαφορετικούς μηχανισμούς ανάλογα με το είδος του δεσμού. Ο αμφιθυμικός δεσμός, που χαρακτηρίζεται από αστάθεια, υπερβολική εξάρτηση και φόβο εγκατάλειψης, οδηγεί σε έντονη δυσκολία στη νοηματοδότηση των σχέσεων και στη ρύθμιση των συναισθημάτων, με αποτέλεσμα η έντονα ελλειμματική αναστοχαστική λειτουργία να αποτελεί τον κύριο δίαυλο εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Αντιθέτως, στον αποφευκτικό δεσμό, η τάση απόσυρσης, συναισθηματικής αποστασιοποίησης και καταστολής των αναγκών φαίνεται να επιβαρύνει την ψυχοπαθολογία τόσο άμεσα, μέσω των δυσπροσαρμοστικών προτύπων σχέσεων, όσο και έμμεσα, μέσω της αναστοχαστικής λειτουργίας. Η διάκριση αυτή έχει σημαντικές κλινικές προεκτάσεις, καθώς υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις σε εφήβους με αμφιθυμικό δεσμό θα πρέπει να στοχεύουν κατά κύριο λόγο στην ενίσχυση της ικανότητας αναστοχασμού, ενώ σε εφήβους με αποφευκτικό δεσμό είναι απαραίτητη η ταυτόχρονη αντιμετώπιση τόσο των άμεσων διαπροσωπικών δυσκολιών όσο και της ελλιπούς αναστοχαστικής λειτουργίας. Συνεπώς ενισχύεται η καθιερωμένη θεραπευτική πρακτική όπου προσεγγίσεις που εστιάζουν στη βελτίωση της εννόησης, όπως η MBT μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ΟΔΠ στην εφηβεία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2021 Oct;398(10310):1528–40.
2. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline Personality Disorder. *JAMA*. 2023 Feb 28;329(8):670.
3. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018 May 24;4(1):18029.
4. Stern A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q*. 1938 Oct 10;7(4):467–89.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision*. 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association Publishing Inc.; 2022.
6. Bondurant H, Greenfield B, Tse SM. Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. 2004 Aug;13(3):53–7.
7. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008 Jul;28(6):969–81.
8. Chanen A, Jovev M, McCutcheon L, Jackson H, McGorry P. Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Curr Psychiatry Rev*. 2008 Feb 1;4(1):48–57.
9. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*. 2014 Oct 1;134(4):782–93.

10. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:1266–88.
11. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*. 2009 Nov 14;21(4):1335–53.
12. Tackett JL, Sharp C. A Developmental Psychopathology Perspective on Personality Disorder: Introduction to the Special Issue. *J Pers Disord*. 2014 Feb;28(1):1–4.
13. Stepp SD, Pilkonis PA, Hipwell AE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Stability of Borderline Personality Disorder Features in Girls. *J Pers Disord*. 2010 Aug;24(4):460–72.
14. Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognit Ther Res*. 2011 Feb 21;35(1):30–9.
15. Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna IA, Parzer P, Chanen A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2013;46(1):55–62.
16. Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bull Menninger Clin*. 2007 Jul;71(2):85–114.
17. Westen D, Betan E, DeFife JA. Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2011 Feb 24;23(1):305–13.
18. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, Van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21:51.
19. Nakar O, Brunner R, Schilling O, Chanen A, Fischer G, Parzer P, et al. Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *J Affect Disord*. 2016;197:231–8.
20. Kramer U, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M, et al. Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder: Psychosocial functioning in adolescent BPD. *Personal Ment Health*. 2017;11:164–70.
21. Daley SE, Burge D, Hammen C. Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:451–60.
22. Crawford TN, Cohen P, Johnson JG, Sneed JR, Brook JS. The Course and Psychosocial Correlates of Personality Disorder Symptoms in Adolescence: Erikson's Developmental Theory Revisited. *J Youth Adolesc*. 2004;33:373–87.
23. Reuter TR, Sharp C, Temple JR, Babcock JC. The relation between borderline personality disorder features and teen dating violence. *Psychol Violence*. 2015;5:163–73.

24. Sharp C, Vanwoerden S. Hypermentalizing in borderline personality disorder: a model and data. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2015;14:33–45.
25. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zanarini MC. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder: Suicide attempts and self-injurious behaviours. *Personal Ment Health*. 2017;11:157–63.
26. Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham-Scottet A, Corcos M, Speranza M. Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: The mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*. 2021;21:393.
27. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42:482–7.
28. Zanarini MC, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M. Prevalence rates of borderline symptoms reported by adolescent inpatients with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adult inpatients with BPD. *Personal Ment Health*. 2017 Aug 28;11(3):150–6.
29. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV Borderline Personality Disorder in Two Community Samples: 6,330 English 11-Year-Olds and 34,653 American Adults. *J Pers Disord*. 2011 Oct;25(5):607–19.
30. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993 Aug;150(8):1237–43.
31. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry*. 1996 Aug;153(8):1089–91.
32. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-Year Stability of Personality Disorder in Older Adolescent Outpatients. *J Pers Disord*. 2004 Dec;18(6).
33. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for Borderline Personality Disorder in Outpatient Youth. *J Pers Disord*. 2008 Aug;22(4):353–64.
34. Greenfield B, Henry M, Lis E, Slatkoff J, Guilé JM, Dougherty G, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Apr 2;24(4):397–406.
35. Klinkby IMI, Hastrup LH, Bo S, Storebø OJ, Simonsen E, Kongerslev MT. Prevalence and incidence of personality disorders among children and adolescents in Danish mental health services: a nationwide register study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Jun 11;33(6):1731–40.
36. Yen S, Gagnon K, Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personal Ment Health*. 2013 May 28;7(2):89–101.

37. Aouidad A, Cohen D, Mirkovic B, Pellerin H, Garny de La Rivière S, Consoli A, et al. Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2020 Dec 4;20(1):525.
38. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018 Dec;41(4):561–73.
39. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry*. 2019 Jan 22;80(1).
40. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *J Pers Disord*. 2004 Jun;18(3):226–39.
41. Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*. 2019 Dec 24;56(1):75–83.
42. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Nov 14;24(11):1307–20.
43. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000 Nov;41(6):416–25.
44. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgersen S, et al. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for DSM-IV Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Dec 1;65(12):1438.
45. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. 2008 Sep 8;38(9):1219–29.
46. Wertz J, Caspi A, Ambler A, Arseneault L, Belsky DW, Danese A, et al. Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct;59(10):1165-1177.e2.
47. Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol*. 2012 Feb 31;24(1):251–65.
48. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011 Jan;377(9759):74–84.

49. Witt SH, Streit F, Jungkunz M, Frank J, Awasthi S, Reinbold CS, et al. Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 2017 Jun 20;7(6):e1155–e1155.
50. Hankin BL, Barrocas AL, Jenness J, Oppenheimer CW, Badanes LS, Abela JRZ, et al. Association between 5-HTTLPR and Borderline Personality Disorder Traits among Youth. *Front Psychiatry*. 2011;2.
51. Stepp SD, Lazarus SA. Identifying a borderline personality disorder prodrome: Implications for community screening. *Personal Ment Health*. 2017 Aug 7;11(3):195–205.
52. Vogel AC, Geselowitz B, Tillman R, Barch DM, Luby JL, Whalen DJ. Developmental trajectories of anger and sadness dysregulation in childhood differentially predict later borderline symptoms. *Dev Psychopathol*. 2024 Aug 21;36(3):1410–25.
53. Robin M, Douniol M, Pham-Scottet A, Gicquel L, Delvenne V, Nezelof S, et al. Specific Pathways From Adverse Experiences to BPD in Adolescence: A Criteria-Based Approach of Trauma. *J Pers Disord*. 2021 Jun;35(Supplement B):94–110.
54. Fleck L, Fuchs A, Moehler E, Williams K, Koenig J, Resch F, et al. Child versus adolescent borderline personality disorder traits: Frequency, psychosocial correlates, and observed mother–child interactions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2023 Mar;14(2):196–206.
55. Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN, Zalewski M, Loeber R, Hipwell AE. Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Dev Psychopathol*. 2014 May 20;26(2):361–78.
56. Franssens R, Abrahams L, Brenning K, Van Leeuwen K, De Clercq B. Unraveling Prospective Reciprocal Effects between Parental Invalidation and Pre-Adolescents' Borderline Traits: Between- and Within-Family Associations and Differences with Common Psychopathology-Parenting Transactions. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021 Oct 21;49(10):1387–401.
57. Winsper C. The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Curr Opin Psychol*. 2018 Jun;21:105–10.
58. Chanen AM, Velakoulis D, Carison K, Gaunson K, Wood SJ, Yuen HP, et al. Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2008 Jul;163(2):116–25.
59. Höper S, Kröller F, Heinze AL, Bardtke KF, Kaess M, Koenig J. Prefrontal cortex activation under stress as a function of borderline personality disorder in female adolescents engaging in non-suicidal self-injury. *BJPsych Open*. 2024 Sep 8;10(5):e142.
60. Koenig J, Höper S, van der Venne P, Mürner-Lavanchy I, Resch F, Kaess M. Resting state prefrontal cortex oxygenation in adolescent non-suicidal self-injury – A near-infrared spectroscopy study. *Neuroimage Clin*. 2021;31:102704.

61. Koenig J, Thayer JF, Kaess M. Psychophysiological concomitants of personality pathology in development. *Curr Opin Psychol.* 2021 Feb;37:129–33.
62. Drews E, Fertuck EA, Koenig J, Kaess M, Arntz A. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019 Jan;96:316–34.
63. Chanen A, Sharp C, Hoffman P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry.* 2017 Jun 12;16(2):215–6.
64. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan’s theory. *Psychol Bull.* 2009;135(3):495–510.
65. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2020 May 7;16(1):297–325.
66. Ruocco AC, Amirthavasagam S, Zakzanis KK. Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2012 Mar;201(3):245–52.
67. Brunner R, Henze R, Parzer P, Kramer J, Feigl N, Lutz K, et al. Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: Is it disorder specific? *Neuroimage.* 2010 Jan;49(1):114–20.
68. Whittle S, Chanen AM, Fornito A, McGorry PD, Pantelis C, Yücel M. Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2009 May;172(2):155–60.
69. Goodman M, Hazlett EA, Avedon JB, Siever DR, Chu KW, New AS. Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *J Psychiatr Res.* 2011 Jun;45(6):803–7.
70. Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser J. The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Aug;22(3):212–9.
71. New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ. Recent Advances in the Biological Study of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America.* 2008 Sep;31(3):441–61.
72. Chanen AM, Kaess M. Developmental Pathways to Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Feb 19;14(1):45–53.
73. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Jul 1;56(7).

74. Cohen P, Chen H, Gordon K, Johnson J, Brook J, Kasen S. Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol.* 2008 Apr 21;20(2):633–50.
75. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol.* 2009 Aug 7;21(3):1013–30.
76. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res.* 2013 Apr;206(2–3):273–81.
77. Conway CC, Hammen C, Brennan PA. Adolescent Precursors of Adult Borderline Personality Pathology in a High-Risk Community Sample. *J Pers Disord.* 2015 Jun;29(3):316–33.
78. Lyons-Ruth K, Brumariu LE, Bureau JF, Hennighausen K, Holmes B. Role Confusion and Disorientation in Young Adult-Parent Interaction Among Individuals With Borderline Symptomatology. *J Pers Disord.* 2015 Oct;29(5):641–62.
79. Vanwoerden S, Kalpakci A, Sharp C. The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Res.* 2017 Nov;257:462–71.
80. Wilkinson Richard, Pickett Kate. *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone.* London: Penguin; 2010.
81. Kernberg Paulina, Weiner Alan, Bardenstein Karen. *Personality Disorders in children and adolescents.* New York: Basic Books; 2000.
82. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc.* 1967 Jul 1;15(3):641–85.
83. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger.* London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
84. Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. The relational context of aggression in borderline personality disorder: using adult attachment style to predict forms of hostility. *J Clin Psychol.* 2008 Jan 26;64(1):67–82.
85. Fonagy P. Male Perpetrators of Violence Against Women: An Attachment Theory Perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies.* 1999 Jan;1(1):7–27.
86. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord.* 2004 Apr;18(2):193–211.
87. YEN S, SHEA MT, BATTLE CL, JOHNSON DM, ZLOTNICK C, DOLAN-SEWELL R, et al. TRAUMATIC EXPOSURE AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN BORDERLINE,

SCHIZOTYPAL, AVOIDANT, AND OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSONALITY DISORDERS: FINDINGS FROM THE COLLABORATIVE LONGITUDINAL PERSONALITY DISORDERS STUDY. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Aug;190(8):510–8.

88. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2006 May;163(5):827–32.
89. van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, van Son M, van der Heijden P, Bühring M. Affect Dysregulation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Under- and Over-Regulation. *J Pers Disord.* 2010 Jun;24(3):296–311.
90. Hughes AE, Crowell SE, Uyeji L, Coan JA. A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *J Abnorm Child Psychol.* 2012 Jan 16;40(1):21–33.
91. Mainali P, Rai T, Rutkofsky IH. From Child Abuse to Developing Borderline Personality Disorder Into Adulthood: Exploring the Neuromorphological and Epigenetic Pathway. *Cureus.* 2020 Jul 30;
92. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr.* 1993;137:201–16.
93. Bornovalova MA, Gratz KL, Delany-Brumsey A, Paulson A, Lejuez CW. Temperamental and Environmental Risk Factors for Borderline Personality Disorder Among Inner-City Substance Users in Residential Treatment. *J Pers Disord.* 2006 Jun;20(3):218–31.
94. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1998 Dec 1;155(12):1733–9.
95. Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry.* 2019 Oct 9;10.
96. Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA, Crick NR. Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Dev Psychopathol.* 2014 Aug 22;26(3):805–15.
97. Godbout N, Briere J, Sabourin S, Lussier Y. Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse Negl.* 2014 Feb;38(2):317–25.
98. Barnow S, Aldinger M, Arens EA, Ulrich I, Spitzer C, Grabe HJ, et al. Maternal Transmission of Borderline Personality Disorder Symptoms in the Community-Based Greifswald Family Study. *J Pers Disord.* 2013 Dec;27(6):806–19.
99. Herzog JI, Schmahl C. Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Front Psychiatry.* 2018 Sep 4;9.

100. Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing ; 2014.
101. Gunderson J. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing ; 2008.
102. GUZDER J, PARIS J, ZELKOWITZ P, MARCHESSAULT K. Risk Factors for Borderline Pathology in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Jan;35(1):26–33.
103. Winsper C, Zanarini M, Wolke D. Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychol Med*. 2012 Nov 5;42(11):2405–20.
104. Ibrahim J, Cosgrave N, Woolgar M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2018 Jan 15;23(1):57–76.
105. Stepp SD, Scott LN, Jones NP, Whalen DJ, Hipwell AE. Negative emotional reactivity as a marker of vulnerability in the development of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*. 2016 Feb 30;28(1):213–24.
106. Geselowitz B, Whalen DJ, Tillman R, Barch DM, Luby JL, Vogel A. Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 May;60(5):612–22.
107. Horesh N, Ratner S, Laor N, Toren P. A Comparison of Life Events in Adolescents with Major Depression, Borderline Personality Disorder and Matched Controls: A Pilot Study. *Psychopathology*. 2008;41(5):300–6.
108. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zerkowicz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Aug;20(3):168–74.
109. Venta A, Kenkel-Mikelonis R, Sharp C. A preliminary study of the relation between trauma symptoms and emerging BPD in adolescent inpatients. *Bull Menninger Clin*. 2012 Jun;76(2):130–46.
110. Infurna MR, Brunner R, Holz B, Parzer P, Giannone F, Reichl C, et al. The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2016;30:177–92.
111. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, Aguirre B, Galen G, Auerbach RP. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Compr Psychiatry*. 2016 Nov;71:86–94.
112. Rajan G, Syding S, Ljunggren G, Wändell P, Wahlström L, Philips B, et al. Health care consumption and psychiatric diagnoses among adolescent girls 1 and 2 years after a first-time registered child sexual abuse experience: a cohort study in the Stockholm Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Nov 1;30(11):1803–11.

113. Sengutta M, Gawęda Ł, Moritz S, Karow A. The mediating role of borderline personality features in the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in a sample of help-seeking non-psychotic adolescents and young adults. *European Psychiatry*. 2019 Dec 31;56(1):84–90.
114. Jovev M, McKenzie T, Whittle S, Simmons JG, Allen NB, Chanen AM. Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;22:220–9.
115. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jul 1;56(7):600.
116. Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:846–55.
117. Bozzatello P, Rocca P, Bellino S. Trauma and psychopathology associated with early onset BPD: an empirical contribution. *J Psychiatr Res*. 2020;131:54–9.
118. Stassen Berger K. Update on bullying at school: science forgotten? *Developmental Review*. 2007;27:90–126.
119. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Read Montague P. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science (1979)*. 2008;321:806–10.
120. Lupien SJ, Maheu F, Tu M, Fiocco A, Schramek TE. The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for the field of brain and cognition. *Brain Cogn*. 2007;65:209–37.
121. Wagner S, Baskaya Ö, Lieb K, Dahmen N, Tadić A. The 5-HTTLPR Polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 2009;43:1067–72.
122. Perroud N, Zewdie S, Stenz L, Adouan W, Bavamian S, Prada P, et al. Methylation of serotonin receptor 3A in ADHD, Borderline personality, and bipolar disorders: Link with severity of the disorders and childhood maltreatment. *Depress Anxiety*. 2016;33:45–55.
123. Santangelo P, Bohus M, Ebner-Priemer UW. Ecological Momentary Assessment in Borderline Personality Disorder: A Review of Recent Findings and Methodological Challenges. *J Pers Disord*. 2014 Aug;28(4):555–76.
124. Schmahl C, Herpertz SC, Bertsch K, Ende G, Flor H, Kirsch P, et al. Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1(1):12.

125. Ludäscher P, Bohus M, Lieb K, Philipsen A, Jochims A, Schmahl C. Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2007 Jan;149(1–3):291–6.
126. Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, Behm R, Mohse M, Lammers C -H., et al. Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Feb 19;117(2):139–47.
127. Hawes DJ, Helyer R, Herlianto EC, Willing J. Borderline Personality Features and Implicit Shame-Prone Self-Concept in Middle Childhood and Early Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2013 May 1;42(3):302–8.
128. Lis S, Bohus M. Social Interaction in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 Feb 10;15(2):338.
129. Bungert M, Liebke L, Thome J, Haeussler K, Bohus M, Lis S. Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: effects of childhood maltreatment and self-esteem. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015 Dec 20;2(1):4.
130. Staebler K, Renneberg B, Stopsack M, Fiedler P, Weiler M, Roepke S. Facial emotional expression in reaction to social exclusion in borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2011 Sep 9;41(9):1929–38.
131. Domsalla M, Koppe G, Niedtfeld I, Vollstädt-Klein S, Schmahl C, Bohus M, et al. Cerebral processing of social rejection in patients with borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2014 Nov;9(11):1789–97.
132. Lawrence KA, Chanen AM, Allen JS. The Effect of Ostracism upon Mood in Youth with Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2011 Oct;25(5):702–14.
133. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Taking stock to move forward: Where the field of developmental psychopathology might be heading. *Dev Psychopathol.* 2024 Dec 23;36(5):2056–65.
134. Fonagy Peter, Luyten Patrick. A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In: Cicchetti Dante, editor. *Development and psychopathology: Maladaptation and psychopathology.* 3rd ed. New York: Wiley; 2016. p. 726–92.
135. Winter D, Herbert C, Koplin K, Schmahl C, Bohus M, Lis S. Negative Evaluation Bias for Positive Self-Referential Information in Borderline Personality Disorder. *PLoS One.* 2015 Jan 22;10(1):e0117083.
136. von Ceumern-Lindenstjerna IA, Brunner R, Parzer P, Mundt C, Fiedler P, Resch F. Attentional Bias in Later Stages of Emotional Information Processing in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology.* 2010;43(1):25–32.
137. Jovev M, Green M, Chanen A, Cotton S, Coltheart M, Jackson H. Attentional processes and responding to affective faces in youth with borderline personality features. *Psychiatry Res.* 2012 Aug;199(1):44–50.

138. von Ceumern-Lindenstjerna IA, Brunner R, Parzer P, Mundt C, Fiedler P, Resch F. Initial Orienting to Emotional Faces in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2010;43(2):79–87.
139. Jovev M, Chanen A, Green M, Cotton S, Proffitt T, Coltheart M, et al. Emotional sensitivity in youth with borderline personality pathology. *Psychiatry Res*. 2011 May;187(1–2):234–40.
140. Robin M, Pham-Scottet A, Curt F, Dugre-Le Bigre C, Speranza M, Sapinho D, et al. Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res*. 2012 Dec;200(2–3):417–21.
141. Sharp C, Mosko O, Chang B, Ha C. The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in a community sample of boys. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011 Jul 4;16(3):335–49.
142. Schneider P, Hannusch C, Schmahl C, Bohus M, Spanagel R, Schneider M. Adolescent peer-rejection persistently alters pain perception and CB1 receptor expression in female rats. *European Neuropsychopharmacology*. 2014 Feb;24(2):290–301.
143. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*. 1991;72:639–56.
144. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, et al. Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8;11(7):e0158678.
145. Kim S. The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6:356–65.
146. Quek J, Melvin GA, Bennett C, Gordon MS, Saeedi N, Newman LK. Mentalization in Adolescents with Borderline Personality Disorder: A Comparison with Healthy Controls. *J Pers Disord*. 2019;33:145–63.
147. Sharp C, Fonagy P. The parent’s capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*. 2008;17:737–54.
148. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6:366–79.
149. Tomasello M. Great Apes and Human Development: A Personal History. *Child Dev Perspect*. 2018;12:189–93.
150. Tomasello M, Vaish A. Origins of Human Cooperation and Morality. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:231–55.
151. Gergely G, Csibra G. Teleological reasoning in infancy: The naive theory of rational action. *Trends Cogn Sci*. 2003;7:287–92.

152. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond Ser B Biol Sci.* 2003;358:459–73.
153. Wimmer H. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition.* 1983;13:103–28.
154. Miller SA. Children's understanding of second-order mental states. *Psychol Bull.* 2009;135:749–73.
155. Filippova E, Astington JW. Further Development in Social Reasoning Revealed in Discourse Irony Understanding. *Child Dev.* 2008;79:126–38.
156. Blakemore SJ. The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9:267–77.
157. Poznyak E, Morosan L, Perroud N, Speranza M, Badoud D, Debbané M. Roles of age, gender and psychological difficulties in adolescent mentalizing. *J Adolesc.* 2019;74:120–9.
158. Lieberman MD, Eisenberger NI, Crockett MJ, Tom SM, Pfeifer JH, Way BM. Putting Feelings Into Words. *Psychol Sci.* 2007;18:421–8.
159. Ripoll LH, Snyder R, Steele H, Siever LJ. The Neurobiology of Empathy in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15:344.
160. Brass M, Ruby P, Spengler S. Inhibition of imitative behaviour and social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.* 2009;364:2359–67.
161. Fonagy P, Bateman A. The Development of Borderline Personality Disorder—A Mentalizing Model. *J Pers Disord.* 2008;22:4–21.
162. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq.* 2013;33:595–613.
163. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2009;21:1355–81.
164. Górska D, Marszał M. Mentalization and theory of mind in borderline personality organization: Exploring the differences between affective and cognitive aspects of social cognition in emotional pathology. *Psychiatr Pol.* 2014;48:503–13.
165. Sloover M, Van Est LA, Janssen PG, Hilbink M, Van Ee E. A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. *J Anxiety Disord.* 2022;92:102641.
166. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse Negl.* 2022;132:105815.
167. Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. *Compr Psychiatry.* 2016;64:59–66.
168. Greenberg DM, Baron-Cohen S, Rosenberg N, Fonagy P, Rentfrow PJ. Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLoS One.* 2018;13:e0203886.

169. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Godbout N, Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2017 Jan 12;18(1):11–30.
170. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press. 2002;
171. Huang YL, Fonagy P, Feigenbaum J, Montague PR, Nolte T. Multidirectional Pathways between Attachment, Mentalizing, and Posttraumatic Stress Symptomatology in the Context of Childhood Trauma. *Psychopathology*. 2020;53(1):48–58.
172. Ensink K, Berthelot N, Bernazzani O, Normandin L, Fonagy P. Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Front Psychol*. 2014 Dec 17;5.
173. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*. 2015 Jun 8;33(2):203–17.
174. Duval J.; Ensink K; NL; SC; FP. Measuring Reflective Functioning in Adolescents: Relations to Personality Disorders and Psychological Difficulties. *Adolesc Psychiatry*. 2018;8:5–20.
175. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Lacharité C, Muzik M. The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse Negl*. 2019 Sep;95:104065.
176. Borelli JL, Ensink K, Gillespie ML, Falasiri E, Bernazzani O, Fonagy P, et al. Mothers' Self-focused Reflective Functioning Interacts with Childhood Experiences of Rejection to Predict Current Romantic Relationship Quality and Parenting Behavior. *Fam Process*. 2021 Sep 7;60(3):920–34.
177. Blakemore SJ. Development of the Social Brain during Adolescence. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 2008 Jan 1;61(1):40–9.
178. Taylor SJ, Barker LA, Heavey L, McHale S. The typical developmental trajectory of social and executive functions in late adolescence and early adulthood. *Dev Psychol*. 2013 Jul;49(7):1253–65.
179. Braehler C, Schwannauer M. Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2012 Mar 17;85(1):48–67.
180. Hauser ST, Golden E, Allen JP. Narrative in the Study of Resilience. *Psychoanal Study Child*. 2006 Jan;61(1):205–27.
181. Sharp C, Williams LL, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R, et al. The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bull Menninger Clin*. 2009 Dec;73(4):311–38.

182. Duval J, Ensink K, Normandin L, Fonagy P. Mentalizing Mediates the Association Between Childhood Maltreatment and Adolescent Borderline and Narcissistic Personality Traits. *Adolesc Psychiatry*. 2019 Jan 31;8(3):156–73.
183. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Ment Health J*. 2011;32:47–69.
184. Agrawal H.R.; Gunderson J; HBM; LRK. Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12:94–104.
185. Carlson E.A.; Egeland B; SLA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*. 2009;21:1311–1334.
186. Euler S.; Nolte T; CM; GJ; MPR; FP; P, Network MDR. Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations with Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. *J Personal Disord*. 2021;35:177–193.
187. Euler S.; Wrege J; BM; LHJ; SD; LUE; GJ; WM. Exclusion-Proneness in Borderline Personality Disorder Inpatients Impairs Alliance in Mentalization-Based Group Therapy. *Front Psychol*. 2018;9:824.
188. Herpertz S.C.; Bertsch K. The social-cognitive basis of personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27:73–77.
189. Sandi C.; Haller J. Stress and the social brain: Behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16:290–304.
190. Lupien S.J.; McEwen BS; GMR; HC. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10:434–445.
191. Chen Y.; Baram TZ. Toward Understanding How Early-Life Stress Reprograms Cognitive and Emotional Brain Networks. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41:197–206.
192. Fertuck E.A.; Jekal A; SI; WB; MMC; WST; BBS; SB. Enhanced ‘Reading the Mind in the Eyes’ in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychol Med*. 2009;39:1979–1988.
193. Frick C.; Lang S; KB; SS; DBR; BM; VS; EM; BS. Hypersensitivity in Borderline Personality Disorder during Mindreading. *PLoS One*. 2012;7:e41650.
194. Arntz A.; Bernstein D; OM; SP. Theory of Mind in Borderline and Cluster-C Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:801–807.
195. Fonagy P.; Luyten P; BA. Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal Disord Theory Res Treat*. 2015;6:380–392.
196. Dziobek I.; Fleck S; KE; RK; HJ; BM; KJ; WJK; WOT; CA. Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition. *J Autism Dev Disord*. 2006;36:623–636.
197. McLaren V.; Gallagher M; HCJ; SC. Hypermentalizing and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analytic Review. *Am J Psychother*. 2022;75:21–31.

198. Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J, et al. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:563–73.
199. Sharp C, Ha C, Carbone C, Kim S, Perry K, Williams L, et al. Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and associations with borderline traits. *J Pers Disord*. 2013;27:3–18.
200. Yeomans FE, Levy KN. An object relations perspective on borderline personality. *Acta Neuropsychiatr*. 2002 Apr 24;14(2):76–80.
201. Levy KN, Beeney JE, Temes CM. Attachment and its Vicissitudes in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Feb 23;13(1):50–9.
202. Holmes J. Borderline Personality Disorder and the Search for Meaning: An Attachment Perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003 Oct 1;37(5):524–31.
203. Sharp C.; Pane H; HC; VA; PAB; SJ; FP. Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents with Borderline Traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:563–573.e1.
204. Sharp C, Venta A, Vanwoerden S, Schramm A, Ha C, Newlin E, et al. First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2016 Jan;64:4–11.
205. Quek J.; Bennett C; MGA; SN; GMS; NLK. An investigation of the mentalization-based model of borderline pathology in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2018;84:87–94.
206. Goueli T.; Nasreldin M; MN; DI; FM. Social cognition in adolescent females with borderline personality traits. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2020;93:739–753.
207. Somma A.; Ferrara M; TA; FC; AI; SC; FA. Hypermentalizing as a marker of borderline personality disorder in Italian adolescents: A cross-cultural replication of Sharp and colleagues' (2011) findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019;6:5.
208. Aival-Naveh E.; Rothschild-Yakar L; KJ. Keeping culture in mind: A systematic review and initial conceptualization of mentalizing from a cross-cultural perspective. *Clin Psychol Sci Pract*. 2019;26:e12300.
209. Fonagy P, Steele H, Steele M, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J*. 1991;12:201–18.
210. Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Dev*. 2002;73:1715–26.
211. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*. 1996;77:1181–212.

212. Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*. 2007;16:83–101.
213. Macfie J, Strimpfel JM. Parenting and the development of borderline personality disorder. In: Sharp C, Tackett JL, editors *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. 2014;277–91.
214. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:648–51.
215. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154:1101–6.
216. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000;14:264–73.
217. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:359–64.
218. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan 2;27(1):281–95.
219. Bo S, Kongerslev M. Self-reported patterns of impairments in mentalization, attachment, and psychopathology among clinically referred adolescents with and without borderline personality pathology. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4:4.
220. Dumontheil I, Apperly IA, Blakemore S. Online usage of theory of mind continues to develop in late adolescence. *Dev Sci*. 2010 Mar 2;13(2):331–8.
221. Meinhardt-Injac B, Daum MM, Meinhardt G. Theory of mind development from adolescence to adulthood: Testing the two-component model. *British Journal of Developmental Psychology*. 2020 Jun 20;38(2):289–303.
222. Luyten P, Malcorps S, Fonagy P. Adolescent brain development and the development of mentalizing. In T Rossouw, M Wiwe, & I Vrouva (Eds), *Mentalization based treatment for adolescents (MBT-A) A practical treatment guide*. 2021;25–40.
223. Sharp C, Vanwoerden S, Wall K. Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018 Dec;41(4):669–83.
224. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.
225. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.

226. Hofer MA. Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J, editors. *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 1995. p. 203–30.
227. Sroufe LA. *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press; 1996.
228. Ainsworth MDS. Attachments across the lifespan. *Bull N Y Acad Med*. 1985;61:792–812.
229. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum; 1978. 391, xviii, 391–xviii p.
230. Grossman KE, Grossmann K, Schwan A. Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth’s Strange Situation. In: Izard CE, Read PB, editors. *Measuring Emotions in Infants and Children*. New York: Cambridge University Press; 1986. p. 124–71.
231. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg M, Cicchetti D, Cummings E, editors. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. The University of Chicago Press; 1990. p. 121–60.
232. Chisolm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Russian orphanages. *Child Dev*. 1998;69:1092–106.
233. Owen MT, Cox MJ. Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*. 1997;11:152–64.
234. Carlsson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald KG. Disorganised/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Dev Psychol*. 1989;25:525–31.
235. Collins NR, Read SJ. Representations of attachment: The structure and function of working models. In: Bartholomew K, Perlman D, editors. *Advances in Personal Relationships, Vol 5: Attachment Process in Adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1994. p. 53–90.
236. Crittenden PM. Internal representational models of attachment relationships. *Infant Ment Health J*. 1990;11:259–77.
237. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder H. The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1993;34:410–3.
238. Shachnow J, Clarkin J, DiPalma CS, Thurston F, Hull J, Shearin E. Biparental Psychopathology and Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*. 1997 May 28;60(2):171–81.
239. Dutton DG, Saunders K, Starzomski A, Bartholomew K. Intimacy-anger and insecure attachments as precursors of abuse in intimate relationships. *J Appl Soc Psychol*. 1994;24:1367–86.

240. Broussard ER. Infant attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1995;25:211–9.
241. Kernberg OF, Clarkin JF. Developing a disorder-specific manual: The treatment of borderline character disorder. In: Miller NE, Barber JP, Docherty JP, editors. *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice.* New York: Basic Books; 1993. p. 227–46.
242. Higgitt A, Fonagy P. The psychotherapeutic treatment of borderline and narcissistic personality disorder. *British Journal of Psychiatry.* 1992;161:200–13.
243. Fonagy P, Target M. Understanding the violent patient. *International Journal of Psychoanalysis.* 1995;76:487–502.
244. Holmes J. Disorganized attachment and borderline personality disorder: a clinical perspective. *Attach Hum Dev.* 2004;6:181–90.
245. Gunderson JG. Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2007;164:1637–40.
246. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman MW, editors. *Affective Development in Infancy.* Westport, CT: Ablex Publishing; 1986. p. 95–124.
247. Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy.* 2004;41:472–86.
248. Beebe B, Jaffe J, Markese S, Buck K, Chen H, Cohen P, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attach Hum Dev.* 2010;12:3–141.
249. Bernard K, Dozier M. Examining infants' cortisol responses to laboratory tasks among children varying in attachment disorganization. *Dev Psychol.* 2010;46:1771–8.
250. Putnam KM, Silk KR. Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17:899–925.
251. Jacobsen T, Huss M, Fendrich M, Kruesi MJP, Ziegenhain U. Children's ability to delay gratification: longitudinal relations to mother–child attachment. *Journal of Genetic Psychology.* 1997;158:411–26.
252. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol.* 1997;9:855–79.
253. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J.* 2008;29:203–18.
254. Main M. Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J, editors. *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives.* Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.; 1995. p. 407–74.

255. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1999;64:67–96.
256. George C, Solomon J. The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd Edn. New York, NY: Guilford Press; 2008. p. 833–56.
257. Schuengel C. *Attachment, Loss, and Maternal Behavior: A Study on Intergenerational Transmission.* Leiden, The Netherlands: University of Leiden Press; 1997.
258. Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Frightening maternal behaviors linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67:54–63.
259. Liotti G. Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J, George C, editors. *Attachment Disorganization.* New York: Guilford; 1999. p. 291–317.
260. Main M, Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6. *Dev Psychol.* 1988;24:415–26.
261. Cassidy J, Marvin RS. *Attachment organization in preschool children: Coding guidelines.* Seattle; 1992.
262. George C, Solomon J. Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. In: George C, Solomon J, editors. *Defining the Caregiving System: Infant Mental Health Journal*, Volume 17. New York: John Wiley; 1996. p. 198–216.
263. Solomon J, George C. Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. In: George C, Solomon J, editors. *Defining the Caregiving System (Infant Mental Health Journal, Vol 17).* New York: John Wiley; 1996. p. 183–97.
264. Lyons-Ruth K, Bureau J, Easterbrooks MA, Obsuth I, Hennighausen K, Vulliez-Coady L. Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attach Hum Dev.* 2013;15(5–6):562–82.
265. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry.* 1996;153:752–8.
266. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc.* 2000;48:1129–46.
267. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America.* 2000;23:103–22.
268. Euler S, Stalujanis E, Allenbach G, Kolly S, de Roten Y, Despland JN, et al. Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research.* 2019;29:1074–85.

269. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*. 2013;76:32–52.
270. Vaillant GE, Drake RE. Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis II personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:597–601.
271. Babl A, Holtforth MG, Perry JC, Schneider N, Dommann E, Heer S, et al. Comparison and changes of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2019;252:212–20.
272. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161:1665–71.
273. Di Giuseppe M, Perry JC, Petraglia J, Janzen J, Lingiardi V. Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *J Clin Psychol*. 2014;70:452–65.
274. Perry JC, Knoll M, Tran V. Motives, defenses, and conflicts in the dynamic formulation for psychodynamic psychotherapy using the idiographic conflict formulation method. In: Kramer U, editor. *Case Formulation for Personality Disorders*. New York: Elsevier; 2019. p. 203–24.
275. Rachão I, Campos RC. Personality styles and defense mechanisms in a community sample of adolescents: An exploratory study. *Bull Menninger Clin*. 2015;79:14–40.
276. Strandholm T, Kiviruusu O, Karlsson L, Miettunen J, Marttunen M. Defense mechanisms in adolescence as predictors of adult personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016;204:349–54.
277. Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. Defense Mechanisms Associated With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2009 Apr;23(2):113–21.
278. Bond M. Are ‘borderline defenses’ specific for borderline personality disorders? *J Pers Disord*. 1990;4(3):251–6.
279. Bond M, Paris J, Zweig-Frank H. Defense styles and borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1994;8(1):28–31.
280. Paris J, Zweig-Frank H, Bond M, Guzder J. Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996;184(3):153–8.
281. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, New AS, Goodman M, Silverman J, et al. Are the Interpersonal and Identity Disturbances in the Borderline Personality Disorder Criteria Linked to the Traits of Affective Instability and Impulsivity? *J Pers Disord*. 2001 Aug;15(4):358–70.

282. Bond M. Manual for the Defense Style Questionnaire. Montreal, Quebec, Canada: Sir Mortimer B. Davis – Jewish General Hospital; 1991.
283. Perry JC, Cooper SH. A Preliminary Report on Defenses and Conflicts Associated with Borderline Personality Disorder. *J Am Psychoanal Assoc.* 1986 Aug 1;34(4):863–93.
284. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism.* New York: Jason Aronson, Inc.; 1975.
285. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *American Journal of Psychiatry.* 2004 Nov 1;161(11):2108–14.
286. Soloff PH, Chiappetta L. Time, Age, and Predictors of Psychosocial Outcome in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2020 Apr;34(2):145–60.
287. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007 Sep;62(6):553–64.
288. Lavvaf S, Bagheri-Nesami M, Nasiri M, Hosseini SH. Childhood trauma and Axis I disorders in borderline personality disorder: a correlational study. *Middle East Current Psychiatry.* 2025 Mar 5;32(1):19.
289. Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res.* 2010 Dec;44(16):1190–8.
290. Shen CC, Hu LY, Hu YH. Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017 Jan 11;17(1):8.
291. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008 Apr;69(4):533–45.
292. Lavvaf S, Bagheri-Nesami M, Nasiri M, Hosseini SH. Childhood trauma and Axis I disorders in borderline personality disorder: a correlational study. *Middle East Current Psychiatry.* 2025 Mar 5;32(1):19.
293. Harned MS, Valenstein HR. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000Prime Rep.* 2013;5:15.
294. Frías Á, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord.* 2016 Sep;202:210–9.
295. Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Jun 30;15(2):155–69.

296. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive Functioning and Psychiatric Symptoms in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68:297–306.
297. Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I Dissociative Disorder Comorbidity in Borderline Personality Disorder and Reports of Childhood Trauma. *J Clin Psychiatry*. 2006 Oct 15;67(10):1583–90.
298. Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM, Weiss RD. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction (Abingdon, England)*. 2011 Feb;106(2):342–8.
299. Dulit RA, Fyer MR, Haas GL, Sullivan T, Frances AJ. Substance use in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1990 Aug;147(8):1002–7.
300. Rohde P, Lewinsohn PM, Kahler CW, Seeley JR, Brown RA. Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:83–90.
301. Thatcher DL, Cornelius JR, Clark DB. Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality. *Addictive Behaviors*. 2005;30:1709–24.
302. Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemsen G, Boomsma DI. Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol Med*. 2011;41:849–60.
303. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:416–20.
304. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156:1529–35.
305. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1752–9.
306. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:239–47.
307. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148:1647–8.
308. Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):1051–70.

309. Arens EA, Grabe HJ, Spitzer C, Barnow S. Testing the biosocial model of borderline personality disorder: Results of a prospective 5-year longitudinal study. *Personal Ment Health.* 2011;5:29–42.
310. Burt KB, Roisman GI. Competence and psychopathology: Cascade effects in the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Dev Psychopathol.* 2010;22:557–67.
311. Cleverley K, Szatmari P, Vaillancourt T, Boyle M, Lipman E. Physical and indirect aggression trajectories from childhood to adolescents in males and females and association with maladjustment in emerging adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:1037–51.
312. Moilanen KL, Shaw DS, Maxwell KL. Developmental cascades: Externalizing, internalizing and academic competence from middle childhood to early adolescence. *Dev Psychopathol.* 2010;22:635–53.
313. Vaillancourt T, Brittain HL, McDougall P, Duku E. Longitudinal links between childhood peer victimization, internalizing and externalizing problems, and academic functioning: Developmental cascades. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41:1203–15.
314. Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirgianian S, Brook JS. Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry.* 1996;153:907–12.
315. Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40:7–20.
316. Helgeland MI, Torgersen S. Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2004 Mar;45(2):138–47.
317. Geiger TC, Crick NR. A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. In: Ingram RE, Price JM, editors. *Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan.* New York: Guilford Press; 2001. p. 57–102.
318. Ostrov JM, Houston RJ. The utility of forms and functions of aggression in emerging adulthood: Association with personality disorder symptomatology. *J Youth Adolesc.* 2008;37:1147–58.
319. Schmeelk KM, Sylvers P, Lilienfeld SO. Trait correlates of relational aggression in a nonclinical sample: DSM-IV personality disorders and psychopathy. *J Pers Disord.* 2008;22:269–83.
320. Werner NE, Crick NR. Relational aggression and social-psychological adjustment in a college sample. *J Abnorm Psychol.* 1999;108:615.
321. Vaillancourt T, Brittain HL, McDougall P, Krygsman A, Boylan K, Duku E, et al. Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychopathol.* 2014 Aug 22;26(3):817–30.

322. Crick NR. Engagement in gender normative versus nonnormative forms of aggression: Links to social-psychological adjustment. *Dev Psychol.* 1997;33:610.
323. Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *British Journal of Psychiatry.* 2013 Jan 2;202(s54):s24–9.
324. Jørgensen MS, Storebø OJ, Bo S, Poulsen S, Gondan M, Beck E, et al. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021 May 9;30(5):699–710.
325. Muratori P, Ciacchini R, Batini A, Corso ED, Milone A, Sabbatini S, et al. Mindful Parenting per Madri Di Bambini Con Disturbi Del Comportamento: Studio Pilota. *Psicol Clin Svilupp.* 2022;26:151–64.
326. Fowler JC, Clapp JD, Madan A, Allen JG, Frueh BC, Fonagy P, et al. A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *J Affect Disord.* 2018 Aug 1;235:323–31.
327. Rosenbach C, Heinrichs N, Kumsta R, Schneider S, Renneberg B. Study protocol for a multi-center RCT testing a group-based parenting intervention tailored to mothers with borderline personality disorder against a waiting control group (ProChild*-SP1). *Trials.* 2022 Jul 23;23(1):589.
328. Van Gemert TM, Ringrose HJ, Schuppert M, Wiersema HM. *Emotieregulatietraining Een programma voor adolescenten met emotieregulatieproblemen.* Amsterdam: Boom; 2009.
329. Blum N, Pfohl B, John D St., Monahan P, Black DW. STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Compr Psychiatry.* 2002 Jul;43(4):301–10.
330. Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract.* 2009;15:163–72.
331. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press; 1993.
332. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.* New York: Guilford Press. 2007;
333. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1563–9.
334. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008;165:631–8.

335. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(12):1304–1313.e3.
336. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry.* 2010;9:11–5.
337. Ilagan G.S., Choi-Kain LW. General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline per-sonality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2021;37:1–6.
338. McLaughlin SPB, Barkowski S, Burlingame GM, Strauss B, Rosendahl J. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy (Chic).* 2019 Jun;56(2):260–73.
339. Burlingame GM, McClendon DT, Yang C. Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic).* 2018 Dec;55(4):384–98.
340. Wockel L, Goth K, Matic N, Zepf FD, Holtmann M, Poustka F. Psychopharmakotherapie einer ambulanten und stationären Inanspruchnahmepopulation adoleszenter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2010;38:37–49.
341. Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Pham-Scottetz A, et al. Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord.* 2013;27:252–9.
342. Biskin RS. Treatment of borderline personality disorder in youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:230–4.
343. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018 Nov;Volume 9:199–210.
344. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs.* 2021 Oct;35(10):1053–67.
345. Chanen AM, Thompson KN. Prescribing and borderline personality disorder. *Aust Prescr.* 2016 Apr;39(2):49–53.
346. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribeiro J, Kongerslev MT, Völm BA, Mattivi JT, et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Nov 14;11(11):CD012956.
347. Golubchik P, Sever J, Zalsman G, Weizman A. Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008 Jul;23(4):228–31.

348. Leone M, Kuja-Halkola R, Lagerberg T, Bjureberg J, Butwicka A, Chang Z, et al. Melatonin use and the risk of self-harm and unintentional injuries in youths with and without psychiatric disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023 Jul;64(7):1027–36.
349. Gunderson JG. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:827.
350. Lenzenweger MF. Stability and Change in Personality Disorder Features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1009.
351. Stepp SD, Keenan K, Hipwell AE, Krueger RF. The impact of childhood temperament on the development of borderline personality disorder symptoms over the course of adolescence. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1(1):18.
352. Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Curr Opin Psychol*. 2021 Feb;37:94–7.
353. Aleva A, Laceulle OM, Denissen JJ, Hessels CJ, van Aken MA. Adolescence as a peak period of borderline personality features? A meta-analytic approach. *Eur J Pers*. 2023 Nov 21;37(6):669–85.
354. De Fruyt F, De Clercq B. Antecedents of Personality Disorder in Childhood and Adolescence: Toward an Integrative Developmental Model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014 Mar 28;10(1):449–76.
355. Geselowitz B, Whalen DJ, Tillman R, Barch DM, Luby JL, Vogel A. Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 May;60(5):612–22.
356. Wertz J, Caspi A, Ambler A, Arseneault L, Belsky DW, Danese A, et al. Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct;59(10):1165-1177.e2.
357. Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016;7:316–23.
358. Chanen AM, Andrewes HE, Nicol K, Jackson HJ, Cotton SM, Gleeson J, et al. Baseline correlates of functional impairment at 12 months in young people with borderline personality disorder: findings from the MOBY trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025 May 28;
359. Goodman M, Patil U, Triebwasser J, Hoffman P, Weinstein ZA, New A. Parental Burden Associated with Borderline Personality Disorder in Female Offspring. *J Pers Disord*. 2011 Feb;25(1):59–74.
360. Hartley S, Baker C, Birtwhistle M, Burgess JL, Chatburn E, Cobbaert L, et al. Commentary: Bringing together lived experience, clinical and research expertise – a commentary on the

- May 2022 debate (should <scp>CAMH</scp> professionals be diagnosing personality disorder in adolescence?). *Child Adolesc Ment Health*. 2022 Sep 22;27(3):246–9.
361. Courtney DB, Makinen J. Impact of Diagnosis Disclosure on Adolescents with Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(3):177–84.
 362. Tedesco V, Day NJS, Lucas S, Grenyer BFS. Diagnosing borderline personality disorder: Reports and recommendations from people with lived experience. *Personal Ment Health*. 2024 May 23;18(2):107–21.
 363. Cannon J, Gould I. Debate: “The-Diagnosis-That-Must-Not-Be-Named” – Professionals’ fear of BPD is failing their patients. *Child Adolesc Ment Health*. 2022 May 18;27(2):201–2.
 364. Schmeck K. Debate: Should CAMHs professionals be diagnosing personality disorder in adolescents – ‘No rationale to deprive adolescents of effective treatment.’ *Child Adolesc Ment Health*. 2022 May 17;27(2):192–3.
 365. Elvins R, Kaess M. Editorial: Should child and adolescent mental health professionals be diagnosing personality disorder in adolescence? *Child Adolesc Ment Health*. 2022 May 18;27(2):101–2.
 366. Kingsley D. Debate: Child and adolescent mental health professionals have a responsibility to diagnose Personality Disorder. *Child Adolesc Ment Health*. 2022 May 2;27(2):196–8.
 367. Garralda ME. Commentary: Against the widespread use of other types of PD diagnosis - a commentary on the May 2022 debate (should CAMH professionals be diagnosing personality disorder in adolescence?). *Child Adolesc Ment Health*. 2022 Sep;27(3):250–2.
 368. Cavelti M, Sharp C, Chanen AM, Kaess M. Commentary: Commentary on the Twitter comments evoked by the May 2022 debate on diagnosing personality disorders in adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. 2023 Feb;28(1):186–91.
 369. Allison S, Bastiampillai T, Looi JC, Mulder R. Adolescent borderline personality disorder: Does early intervention ‘bend the curve’? *Australasian Psychiatry*. 2022 Dec 5;30(6):698–700.
 370. Collado A, Felton JW, MacPherson L, Lejuez CW. Longitudinal trajectories of sensation seeking, risk taking propensity, and impulsivity across early to middle adolescence. *Addictive behaviors*. 2014 Nov;39(11):1580–8.
 371. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, et al. Adolescent Personality Disorders Associated With Violence and Criminal Behavior During Adolescence and Early Adulthood. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Sep 1;157(9):1406–12.
 372. Roberts BW, DelVecchio WF. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2000 Jan;126(1):3–25.

373. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personal Disord.* 2013 Jan;4(1):23–32.
374. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM, Skodol AE, Markon KE, Grant BF, et al. Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychol Med.* 2011;41:1041–50.
375. James LM, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *Br J Clin Psychol.* 2008 Nov;47(Pt 4):361–80.
376. Bailey AJ, Finn PR. Borderline Personality Disorder Symptom Comorbidity Within a High Externalizing Sample: Relationship to the Internalizing-Externalizing Dimensional Structure of Psychopathology. *J Pers Disord.* 2020 Dec;34(6):814–26.
377. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020 Jan;141(1):6–20.
378. McKenzie K, Gregory J, Hogg L. Mental Health Workers' Attitudes Towards Individuals With a Diagnosis of Borderline Personality Disorder: A Systematic Literature Review. *J Pers Disord.* 2022 Feb;36(1):70–98.
379. Sheehan L, Gaurean B, Corrigan PW. Debate: Stigma implications for diagnosing personality disorders in adolescents. *Child Adolesc Ment Health.* 2022 May 15;27(2):203–5.
380. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The Stigma of Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Jan;18(1):11.
381. Corrigan PW, Bink AB, Fokuo JK, Schmidt A. The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Res.* 2015 Mar 30;226(1):186–91.
382. Corrigan P, Shah B. Understanding and Addressing the Stigma Experienced by People with First Episode Psychosis. 2017.
383. Sulzer SH, Muenchow E, Potvin A, Harris J, Gigot G. Improving patient-centered communication of the borderline personality disorder diagnosis. *J Ment Health.* 2016;25(1):5–9.
384. Sharp C, Steinberg L, Temple J, Newlin E. An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: Refinement of the BPFSC using IRT. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2014;5(1):70–8.
385. Choussiada Christina, Gonidakis Frangiskos. Investigation of borderline personality traits in adolescents seeking treatment for anxiety and depressive disorders [Internet]. [Athens]: National and Kapodistrian University of Athens; 2021 [cited 2025 Feb 2]. Available from: <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/el/browse/2937468>

386. Fossati A, Sharp C, Borroni S, Somma A. Psychometric Properties of the Borderline Personality Features Scale for Children-11 (BPFSC-11) in a Sample of Community Dwelling Italian Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*. 2019 Jan;35(1):70–7.
387. Carreiras D, Loureiro M, Cunha M, Sharp C, Castilho P. Validation of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFSC-C) and for Parents (BPFSC-P) for the Portuguese Population. *J Child Fam Stud*. 2020 Nov 19;29(11):3265–75.
388. Ensink K, Bégin M, Kotiuga J, Sharp C, Normandin L. Psychometric Properties of the French Version of the Borderline Personality Features Scale for Children and Adolescents. *Adolesc Psychiatry*. 2020 Apr 24;10(1):48–58.
389. Bibi H, Kazmi SF. Urdu Translation and Validation of 11-Item Measure to Assess Borderline Personality Features in Pakistani Adolescents. *Sage Open*. 2021 Jan 6;11(1):215824402098615.
390. Zhuo C, Chen G, Lin C, Jia F, Yang L, Zhang Q, et al. A borderline personality assessment for adolescents: Validity and reliability of the Chinese languages borderline personality features scale (short form version) for adolescents/children. *Front Psychiatry*. 2022 Dec 15;13.
391. Coskun F, Akca OF, Bilgic A, Sharp C. The Validity and Reliability of Borderline Personality Features Scale for Children-Short Form in Turkish Adolescents. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2020;
392. Calvo N, Marin JL, Vidal R, Sharp C, Duque JD, Ramos-Quiroga JA, et al. Discrimination of Borderline Personality Disorder (BPD) and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adolescents: Spanish version of the Borderline Personality Features Scale for Children-11 Self-Report (BPFSC-11) Preliminary results. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2023 May 16;10(1):15.
393. Sharp C, Cano K, Kassin M, Goth K. First psychometric evaluation of the Mexican Spanish version of the 11-item BPFSC-11 and convergence with maladaptive self and interpersonal functioning. *Personal Ment Health*. 2025 Feb 18;19(1).
394. Muris P, Meesters C, van Melick M, Zwambag L. Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Pers Individ Dif*. 2001 Apr;30(5):809–18.
395. Achenbach T, Rescorla L. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-informant Assessment*. Vermont: ASEBA; 2000.
396. Roussos A, Karantanos G, Richardson C, Hartman C, Karajiannis D, Kyprianos S, et al. Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Oct 15;8(3):165–72.
397. Roussos A, Francis K, Zoubou V, Kiprianos S, Prokopiou A, Richardson C. The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Mar 21;10(1):47–53.

398. Dölitzsch C, Kölch M, Fegert JM, Schmeck K, Schmid M. Ability of the Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile and the Youth Self Report-Dysregulation Profile to identify serious psychopathology and association with correlated problems in high-risk children and adolescents. *J Affect Disord.* 2016 Nov;205:327–34.
399. Sesso G, Milone A, Drago F, Viglione V, Berloffia S, Boldrini S, et al. A novel multidimensional questionnaire for the assessment of emotional dysregulation in adolescents: Reactivity, Intensity, Polarity and Stability questionnaire–youth version (RIPoSt–Y). *J Affect Disord.* 2021 Aug;291:359–67.
400. Deutz MHF, Geeraerts SB, van Baar AL, Deković M, Prinzie P. The Dysregulation Profile in middle childhood and adolescence across reporters: factor structure, measurement invariance, and links with self-harm and suicidal ideation. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Apr 31;25(4):431–42.
401. Evans SC, Bonadio FT, Bearman SK, Ugueto AM, Chorpita BF, Weisz JR. Assessing the Irritable and Defiant Dimensions of Youth Oppositional Behavior Using CBCL and YSR Items. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [Internet]. 2020 Nov 1;49(6):804–19. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1622119>
402. Rescorla LA, Blumenfeld MC, Ivanova MY, Achenbach TM, Consortium IA. International Comparisons of the Dysregulation Profile Based on Reports by Parents, Adolescents, and Teachers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [Internet]. 2019 Nov 2;48(6):866–80. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1469090>
403. Jordan P, Rescorla LA, Althoff RR, Achenbach TM. International Comparisons of the Youth Self-Report Dysregulation Profile: Latent Class Analyses in 34 Societies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Dec;55(12):1046–53.
404. Aitken M, Battaglia M, Marino C, Mahendran N, Andrade BF. Clinical utility of the CBCL Dysregulation Profile in children with disruptive behavior. *J Affect Disord.* 2019 Jun;253:87–95.
405. ANDREWS G, SINGH M, BOND M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1993;181(4). Available from: https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/1993/04000/the_defense_style_questionnaire.6.aspx
406. Andrews G. The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry.* 1989 May 1;46(5):455.
407. Giovazolias T, Karagiannopoulou E, Mitsopoulou E. Can the factor structure of Defense Style Questionnaire (DSQ-40) contribute to our understanding of parental acceptance/rejection, bullying, victimization and perceived well-being in Greek early adolescents? *Eur J Psychol.* 2017 May 31;13(2):269–85.
408. Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M. The French Version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity Data for Adolescents and Adults and Its Association with Non-Suicidal Self-Injury. *PLoS One.* 2015 Dec 29;10(12):e0145892.

409. Bizzi F, Riva A, Borelli JL, Charpentier-Mora S, Bomba M, Cavanna D, et al. The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity within a sample of adolescents and associations with psychological problems and alexithymia. *J Clin Psychol*. 2022 Apr 17;78(4):503–16.
410. Morandotti N, Brondino N, Merelli A, Boldrini A, De Vidovich GZ, Ricciardo S, et al. The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS One*. 2018 Nov 1;13(11):e0206433.
411. Park M, Song H. Validity of primary screening reflective function questionnaire for youth in Korean adolescents. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders (Korea)* . 2018;34(2):115–31.
412. Seyed Mousavi PS, Vahidi E, Ghanbari S, Khoshroo S, Sakkaki SZ. Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): Psychometric Properties of the Persian Translation and Exploration of Its Mediating Role in the Relationship between Attachment to Parents and Internalizing and Externalizing Problems in Adolescents. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2021 Jul 3;20(3):313–30.
413. Spitzer C, Zimmermann J, Brähler E, Euler S, Wendt L, Müller S. [The German Version of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): A Psychometric Evaluation in the General Population]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2021 Mar;71(3–04):124–31.
414. Woźniak-Prus M, Gambin M, Cudo A, Sharp C. Investigation of the Factor Structure of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-8): One or Two Dimensions? *J Pers Assess*. 2022;104(6):736–46.
415. Müller S, Wendt LP, Spitzer C, Masuhr O, Back SN, Zimmermann J. A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *J Pers Assess*. 2022;104(5):613–27.
416. Ruiz-Parra E, Manzano-García G, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Lahera G, Moreno-Pérez AI, et al. The Spanish version of the reflective functioning questionnaire: Validity data in the general population and individuals with personality disorders. *PLoS One*. 2023 Apr 6;18(4):e0274378.
417. Griva F, Pomini V, Gournellis R, Doumos G, Thomakos P, Vaslamatzis G. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of Reflective Functioning Questionnaire. *Psychiatriki*. 2020 Oct 1;31(3):216–24.
418. Brown T. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research (Methodology in the Social Sciences Series)*. Second ed. New York: The Guilford Press; 2015.
419. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res*. 1992 Nov 1;21(2):230–58.
420. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999 Jan;6(1):1–55.

421. Introduction to SAS. UCLA: Statistical Consulting Group [Internet]. [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://stats.oarc.ucla.edu/sas/modules/introduction-to-the-features-of-sas/>
422. Samejima F. Estimation of Latent Ability Using a Response Pattern of Graded Scores. *Psychometrika*. 1969 Mar 1;34(S1):1–97.
423. Beck E, Sharp C, Poulsen S, Bo S, Pedersen J, Simonsen E. The mediating role of mentalizing capacity between parents and peer attachment and adolescent borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017 Dec 24;4(1):23.
424. Stagaki M, Nolte T, Feigenbaum J, King-Casas B, Lohrenz T, Fonagy P, et al. The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse Negl*. 2022 Jun;128:105576.
425. Knapen SRY, Mensink W, Hoogendoorn AW, Swildens WE, Duits P, Hutsebaut J, et al. Associations between Childhood Trauma and Epistemic Trust, Attachment, Mentalizing, and Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2025 Jan 14;58(3):187–98.
426. Kurt Y, Çakır Z. Childhood maltreatment and borderline personality organization: The mediating roles of attachment and mentalizing. *Pers Individ Dif*. 2025 Aug;242:113218.
427. Bach B, Mulder R. Empirical foundation of the ICD-11 classification of personality disorders. In: *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era*. Washington: American Psychological Association; 2022. p. 27–52.
428. Cicchetti D V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994 Dec;6(4):284–90.
429. De Wet HC; TCB; MLB; KDL. *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. 1st ed. Cambridge University Press: Cambridge; 2011.
430. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024 Feb 12;23(1):4–25.
431. Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2011 May;8(5):16–20.
432. Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: A Biology × Sex × Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Dev Psychopathol*. 2009 Aug 7;21(3):735–70.
433. Wright N, Owen S. Feminist conceptualizations of women’s madness: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 2001 Oct 7;36(1):143–50.

434. Bjorklund P. NO MAN'S LAND: GENDER BIAS AND SOCIAL CONSTRUCTIVISM IN THE DIAGNOSIS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *Issues Ment Health Nurs.* 2006 Jan 9;27(1):3–23.
435. Mandelli L, Serretti A, Marino E, Pirovano A, Calati R, Colombo C. Interaction between serotonin transporter gene, catechol-O-methyltransferase gene and stressful life events in mood disorders. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2007 Aug;10(4):437–47.
436. Widiger TA. Invited Essay: Sex Biases in the Diagnosis of Personality Disorders. *J Pers Disord.* 1998 Jun;12(2):95–118.
437. LINGIARDI V, LONATI C, DELUCCHI F, FOSSATI A, VANZULLI L, MAFFEI C. Defense Mechanisms and Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1999 Apr;187(4):224–8.
438. Di Giuseppe M, Perry JC, Conversano C, Gelo OCG, Gennaro A. Defense Mechanisms, Gender, and Adaptiveness in Emerging Personality Disorders in Adolescent Outpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease.* 2020 Dec;208(12):933–41.
439. Paulina Kernberg, Alan S. Weiner, K. Personality disorders in children and adolescents. *Nord J Psychiatry.* 2000;
440. Blanco C, Kampe L, Wall MM, Liu SM, Wang S, Caligor E, et al. Approximating defense mechanisms in a national study of adults: prevalence and correlates with functioning. *Transl Psychiatry.* 2023 Jan 23;13(1):21.
441. Leichsenring F. Splitting: An empirical study. *Bull Menninger Clin.* 1999;63(4):520–37.
442. Hallquist MN, Pilkonis PA. Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2012 Jul;3(3):228–46.
443. Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice G. Defense Mechanisms Reported by Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects Over 16 Years of Prospective Follow-Up: Description and Prediction of Recovery. *American Journal of Psychiatry.* 2013 Jan;170(1):111–20.
444. Lee YJ, Keum MS, Kim HG, Cheon EJ, Cho YC, Koo BH. Defense Mechanisms and Psychological Characteristics According to Suicide Attempts in Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Investig.* 2020 Aug 25;17(8):840–9.
445. Ungerer JA, Waters B, Barnett B, Dolby R. Defense Style and Adjustment in Interpersonal Relationships. *J Res Pers.* 1997 Sep;31(3):375–84.
446. Meyer NA, Helle AC, Tucker RP, Lengel GJ, DeShong HL, Wingate LR, et al. Humor styles moderate borderline personality traits and suicide ideation. *Psychiatry Res.* 2017 Mar;249:337–42.
447. Schermer JA, Martin RA, Martin NG, Lynskey MT, Trull TJ, Vernon PA. Humor styles and borderline personality. *Pers Individ Dif.* 2015 Dec;87:158–61.

448. Bond MP. An Empirical Study of the Relationship Between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry*. 1986 Mar 1;43(3):285.
449. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: Routledge; 1992.
450. Nancy McWilliams. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. 2nd ed. The Guilford Press; 2011.
451. Choate AM, Fatimah H, Bornovalova MA. Comorbidity in borderline personality: understanding dynamics in development. *Curr Opin Psychol*. 2021 Feb;37:104–8.
452. Konvalin F, Grosse-Wentrup F, Nenov-Matt T, Fischer K, Barton BB, Goerigk S, et al. Borderline Personality Features in Patients With Persistent Depressive Disorder and Their Effect on CBASP Outcome. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 12;12.
453. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 Dec;41(4):583–93.
454. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australas Psychiatry*. 2019 Dec;27(6):573–7.
455. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottet A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2011;11:158.
456. Guilé JM, Zavaglia E, Berthiaume C, Bergeron L. Prevalence and comorbidity of borderline personality traits in the Quebec general population aged 12-14 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021 Nov;56(11):2053–62.
457. Chanen AM, Berk M, Thompson K. Integrating Early Intervention for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(5):330–41.
458. Zanarini MC, Athanasiadi A, Temes CM, Magni LR, Hein KE, Fitzmaurice GM, et al. Symptomatic Disorders in Adults and Adolescents With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2021 Jun;35(Suppl B):48–55.
459. Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric Comorbidity in Hospitalized Adolescents With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014 May 15;75(05):e457–64.
460. Frías Á, Palma C. Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology*. 2015;48(1):1–10.
461. Keuroghlian AS, Gunderson JG, Pagano ME, Markowitz JC, Ansell EB, Shea MT, et al. Interactions of Borderline Personality Disorder and Anxiety Disorders Over 10 Years. *J Clin Psychiatry*. 2015 Nov 25;76(11):1529–34.
462. Masland SR, Cummings MH, Null KE, Woynowski KM, Choi-Kain LW. Changes in post-traumatic stress disorder symptoms during residential treatment for borderline personality disorder: a longitudinal cross-lagged study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2019 Dec 6;6(1):15.

463. Barnicot K, Crawford M. Posttraumatic Stress Disorder in Patients With Borderline Personality Disorder: Treatment Outcomes and Mediators. *J Trauma Stress*. 2018 Dec 6;31(6):899–908.
464. Shields AN, Giljen M, España RA, Tackett JL. The p factor and dimensional structural models of youth personality pathology and psychopathology. *Curr Opin Psychol*. 2021 Feb;37:21–5.
465. Oltmanns JR, Smith GT, Oltmanns TF, Widiger TA. General Factors of Psychopathology, Personality, and Personality Disorder: Across Domain Comparisons. *Clin Psychol Sci*. 2018 Jul;6(4):581–9.
466. Forbes MK, Tackett JL, Markon KE, Krueger RF. Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Dev Psychopathol*. 2016 Nov;28(4pt1):971–86.
467. De Los Reyes A, Thomas SA, Goodman KL, Kundey SMA. Principles Underlying the Use of Multiple Informants' Reports. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013 Mar 28;9(1):123–49.
468. Young EJ, Klosko SJ, Weishaar EM. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2006.
469. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord*. 2008 Feb;22(1):22–41.
470. Bateman AW, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2019.
471. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017 Dec 11;4(1):11.
472. Vahidi E, Ghanbari S, Behzadpoor S. The relationship between mentalization and borderline personality features in adolescents: mediating role of emotion regulation. *Int J Adolesc Youth*. 2021 Jan 1;26(1):284–93.
473. Penner F, McLaren V, Leavitt J, Akca OF, Sharp C. Implicit and Explicit Mentalizing Deficits in Adolescent Inpatients: Specificity and Incremental Value of Borderline Pathology. *J Pers Disord*. 2020 Sep;34(Supplement B):64–83.
474. Martin-Gagnon G, Normandin L, Fonagy P, Ensink K. Adolescent mentalizing and childhood emotional abuse: implications for depression, anxiety, and borderline personality disorder features. *Front Psychol*. 2023 Jul 19;14.
475. Devi KD, Bhola P, Chandra PS. Uncertain reflective functioning, anxious attachment, and cumulative impact of early relational trauma as predictors of severity in borderline personality disorder. *Ind Psychiatry J*. 2024;33(2):245–52.

476. Belvederi Murri M, Ferrigno G, Penati S, Muzio C, Piccinini G, Innamorati M, et al. Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child Adolesc Ment Health*. 2017 May 25;22(2):69–76.
477. Chevalier V, Simard V, Achim J. Meta-analyses of the associations of mentalization and proxy variables with anxiety and internalizing problems. *J Anxiety Disord*. 2023 Apr;95:102694.
478. Chevalier V, Simard V, Achim J, Burmester P, Beaulieu-Tremblay T. Reflective Functioning in Children and Adolescents With and Without an Anxiety Disorder. *Front Psychol*. 2021 Sep 20;12.
479. Ballespí S, Vives J, Sharp C, Tobar A, Barrantes-Vidal N. Hypermentalizing in Social Anxiety: Evidence for a Context-Dependent Relationship. *Front Psychol*. 2019 Jul 9;10.
480. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Mentalization as Mediator between Adult Attachment and Interpersonal Distress. *Psychopathology*. 2019;52(1):10–7.
481. Dimitrijević A, Hanak N, Altaras Dimitrijević A, Jolić Marjanović Z. The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *J Pers Assess*. 2018 May 4;100(3):268–80.
482. Brugnera A, Zarbo C, Compare A, Talia A, Tasca GA, de Jong K, et al. Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*. 2021 Feb 17;31(2):247–57.
483. Mikulincer M, Shaver RP. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2016.
484. Mikulincer M, Shaver R. Philip. Adult attachment and affect regulation. In: The Guilford, editor. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2008. p. 503–31.
485. Redondo I, Luyten P. The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bull Menninger Clin*. 2018 Sep;82(3):202–23.
486. Sharp C, Wall K. Borderline personality disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2018;27(1):125–38.
487. Courey L, Hyndman D, Sheasgreen C, McCay E. What we know — and want to know — about Family Connections: a review from the perspective of lived experience. *Curr Opin Psychol*. 2021 Feb;37:44–8.
488. Chanen AM, McCutcheon LK. Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personal Ment Health*. 2008 Feb 12;2(1):35–41.
489. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):3.

490. Laurensen EM, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van BJJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7:3.
491. Kaess M, Thomson M, Lerch S, Koenig J, Fischer-Waldschmidt G, Reichl C, et al. Age dependent effects of early intervention in borderline personality disorder in adolescents. *Psychol Med*. 2024 Jul;54(9):2033–41.
492. Kaess M, Cavelti M. Research Review: What we have learned about early detection and intervention of borderline personality disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2025 Jul 14;
493. Hutsebaut J, Videler AC, Verheul R, Van Alphen SPJ. Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019 Jul;10(4):309–16.
494. Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017 Dec 7;4(1):7.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Τα εργαλεία της μελέτης

Πως νιώθω για τον εαυτό μου και για τους άλλους

Οδηγίες: Εδώ θα δεις κάποιες δηλώσεις που αφορούν τον τρόπο που νιώθεις για τον εαυτό σου και για τους άλλους. Βάλε ένα Χ στο κουτί που θεωρείς ότι ισχύει για εσένα.

1. Νιώθω πολύ μόνος/η

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

2. Θέλω να γνωρίζουν κάποιοι άνθρωποι πόσο πολύ με έχουν πληγώσει

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

3. Τα συναισθήματά μου είναι πολύ έντονα. Για παράδειγμα, όταν γίνομαι έξαλλος/η, γίνομαι πραγματικά πολύ έξαλλος/η. Όταν είμαι χαρούμενος/η είμαι πολύ πολύ χαρούμενος/η.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

4. Νιώθω ότι υπάρχει κάτι σημαντικό που λείπει από μένα, αλλά δεν ξέρω τι.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

5. Είμαι απερίσκεπτος με πράγματα που είναι σημαντικά για μένα.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

6. Οι άνθρωποι που ήταν κοντά μου με έχουν απογοητεύσει.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

7. Έχω εναλλαγές στα συναισθήματα, δηλαδή τη μία είμαι θυμωμένος/η, την άλλη στενοχωρημένος/η, την άλλη χαρούμενος/η.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

8. Μπαίνω σε μπελάδες γιατί κάνω πράγματα χωρίς να σκέφτομαι.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

9. Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι για τους οποίους νοιάζομαι θα φύγουν και δε θα ξαναγυρίσουν.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

10. Το πως νιώθω για τον εαυτό μου αλλάζει αρκετά.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

11. Πολλές φορές οι φίλοι μου κι εγώ γινόμαστε κακοί ο ένας με τον άλλον.

Δεν ισχύει ποτέ	Πολύ σπάνια ισχύει	Κάποιες φορές ισχύει	Συχνά ισχύει	Πάντα ισχύει
-----------------	--------------------	----------------------	--------------	--------------

Παρακαλούμε να κοιτάξεις τις ακόλουθες 8 προτάσεις. Για κάθε πρόταση διάλεξε έναν αριθμό μεταξύ του 1 και του 7 για να δηλώσεις πόσο διαφωνείς ή συμφωνείς με την πρόταση και σημείωσε τον, πριν την κάθε πρόταση. Μην το σκεφτείς πολύ- συνήθως η αρχική σου απάντηση είναι η καλύτερη.

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ απόλυτα

___ Το πώς σκέφτονται οι άλλοι είναι για μένα ένα μυστήριο

___ Δεν ξέρω πάντα γιατί κάνω ό,τι κάνω

___ Όταν είμαι θυμωμένος/η, λέω πράγματα χωρίς να ξέρω πραγματικά γιατί τα λέω

___ Όταν είμαι θυμωμένος/η λέω πράγματα που μετά μετανιώνω

___ Αν νιώσω ανασφάλεια μπορεί να συμπεριφερθώ με τρόπο που εκνευρίζει τους άλλους

___ Μερικές φορές κάνω πράγματα χωρίς να ξέρω πραγματικά γιατί

___ Ξέρω πάντα τι νιώθω

___ Τα έντονα συναισθήματα συχνά θολώνουν τη σκέψη μου

Διάλεξε τον αριθμό που καλύτερα αντιπροσωπεύει το πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με κάθε πρόταση.

1. Με ευχαριστεί να βοηθάω τους άλλους και θα με λυπούσε πολύ αν μου το στερούσαν.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Μπορώ να βγάλω ένα πρόβλημα από το νου μου ώσπου να βρω χρόνο να ασχοληθώ με αυτό.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι εποικοδομητικό και δημιουργικό, όπως το να αθλούμαι, να παίζω μουσική ή να τακτοποιώ τα πράγματά μου κτλ.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. Καταφέρνω να δικαιολογώ κάθε πράξη μου .

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Μπορώ πολύ εύκολα να διασκεδάζω με τα λάθη μου (να σκέφτομαι τα λάθη μου και να γελώ).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Νιώθω ότι οι άνθρωποι (έχουν την τάση να) μου φέρονται άσχημα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Αν κάποιος με λήστευε στο δρόμο, θα προτιμούσα να γίνουν προσπάθειες να βοηθηθεί παρά να τιμωρηθεί.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Οι άλλοι λένε πως έχω την τάση να αγνοώ (παραβλέπω) τα δυσάρεστα γεγονότα, σαν να μην έγιναν ποτέ.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Αψηφώ τον κίνδυνο σαν να ήμουν ο σούπερμαν.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Είμαι περήφανος/η για την ικανότητά μου να δείχνω στους ανθρώπους ότι δεν είναι τόσο σπουδαίοι όσο φαντάζονται.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Συχνά αντιδρώ παρορμητικά όταν κάτι με ενοχλεί.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Μπορεί να αρρωστήσω όταν τα πράγματα δεν μου πηγαίνουν καλά.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

13. Είμαι ένα πολύ συνεσταλμένο άτομο.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

14. Παίρνω περισσότερη ικανοποίηση από τις φαντασιώσεις μου απ' ό,τι από την πραγματική μου ζωή.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

15. Έχω κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες που μου επιτρέπουν να ζω χωρίς προβλήματα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

16. Πάντα κάτι φταίει όταν τα πράγματα δεν μου πάνε καλά.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

17. Ζω περισσότερα πράγματα ονειροπολώντας παρά στην πραγματική ζωή μου.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

18. Δεν φοβάμαι τίποτα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

19. Μερικές φορές νοιώθω ότι είμαι ένας άγγελος και άλλες ότι είμαι ένας διάβολος.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

20. Γίνομαι άμεσα επιθετικός όταν πληγώνομαι.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

21. Πάντα νοιώθω πως κάποιος άνθρωπος που γνωρίζω είναι κάτι σαν φύλακας

άγγελος για μένα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

22. Για μένα, οι άνθρωποι είναι ή καλοί ή κακοί.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

23. Αν ο δάσκαλός μου μου έκανε τη ζωή δύσκολη, μπορεί με τη σειρά μου να

συμπεριφερόμουν με τρόπο που θα έκανε τη δική του ζωή δύσκολη.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

24. Γνωρίζω κάποιο άτομο που μπορεί να κάνει τα πάντα και είναι απολύτως έντιμος/η και δίκαιος/η.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

25. Μπορώ να καταπιέζω τα συναισθήματά μου, αν νοιώθω ότι παρεμποδίζουν ό,τι κάνω.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

26. Συνήθως, μπορώ να δω την αστεία πλευρά μιας κατά τα άλλα δυσάρεστης κατάστασης.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

27. Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μου αρέσει.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

28. Συχνά πιάνω τον εαυτό μου να είμαι πολύ καλός με ανθρώπους που θα είχα κάθε λόγο να είμαι θυμωμένος μαζί τους.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

29. Σίγουρα η ζωή μου φέρεται σκληρά.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

30. Όταν ξέρω ότι θα πρέπει να αντιμετωπίσω μια δύσκολη κατάσταση, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα είναι και σχεδιάζω έναν τρόπο να τα βγάλω πέρα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

31. Όταν πάω στο γιατρό, νιώθω ότι δεν καταλαβαίνει τι μου συμβαίνει (τι δεν πάει καλά σε μένα).

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

32. Αφού αγωνιστώ για τα δικαιώματά μου, μετά έχω την τάση να απολογούμαι για τον ευθύ και έντονο τρόπο μου.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

33. Όταν είμαι αγχωμένος ή στενοχωρημένος, το να τρώω με κάνεina νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

34. Συχνά μου λένε ότι δεν δείχνω τα συναισθήματά μου.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

35. Όταν μπορώ να προβλέψω ότι θα στενοχωρηθώ, μπορώ να το αντιμετωπίσω καλύτερα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

36. Όσο κι αν παραπονούμαι, δεν βρίσκω ποτέ την ανταπόκριση που με ικανοποιεί.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

37. Συχνά ανακαλύπτω ότι δεν νοιώθω τίποτα σε καταστάσεις που θα δικαιολογούσαν έντονα συναισθήματα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

38. Το να ασχολούμαι με προσήλωση με μια συγκεκριμένη εργασία, με προστατεύει από το άγχος και τη στενοχώρια.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

39. Αν αντιμετωπίζω μια κρίση, θα αναζητούσα κάποιο άλλο πρόσωπο που θα είχε το ίδιο πρόβλημα με μένα.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

40. Αν κάνω κάποια επιθετική σκέψη, νοιώθω την ανάγκη να κάνω κάτι για να εξιλεωθώ.

Διαφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

Ακολουθούν οι περιγραφές 3 διαφορετικών τρόπων σχετίζεσθαι που συνήθως αναφέρουν τα παιδιά της ηλικίας σου. Κύκλωσε το γράμμα που σε περιγράφει καλύτερα ή είναι πιο κοντά σε εσένα.

A. Μου είναι εύκολο να κάνω στενές φιλίες με άλλα παιδιά. Τα εμπιστεύομαι και νιώθω άνετα να βασίζομαι σε αυτά. Δεν ανησυχώ ότι θα με εγκαταλείψουν ή ότι θα γίνω στενή/ός φίλη/ος με κάποιο άλλο παιδί.

B. Νοιώθω άβολα να κάνω στενές φιλίες με αλλά παιδιά. Το βρίσκω δύσκολο να τα εμπιστεύομαι πλήρως, δύσκολο να βασιστώ σε αυτά. Νοιώθω αγωνία όταν ένα άλλο παιδί θέλει να γίνει στενός μου φίλος. Οι φίλοι συχνά έρχονται πιο κοντά συναισθηματικά σε μένα από ότι θέλω.

Γ. Συχνά διαπιστώνω ότι τα άλλα παιδιά δεν θέλουν να έρθουν τόσο κοντά μου συναισθηματικά όσο εγώ θα ήθελα. Συχνά ανησυχώ ότι η/ο καλύτερη/ος φίλη/ος δεν με συμπαθεί πραγματικά και ότι θέλει να τερματίσει τη φιλία μας. Προτιμώ να κάνω τα πάντα μαζί με την/τον καλύτερη/ο φίλη/ο. Ωστόσο αυτή η επιθυμία μου συχνά τρομάζει τα άλλα παιδιά και τα διώχνει μακριά.