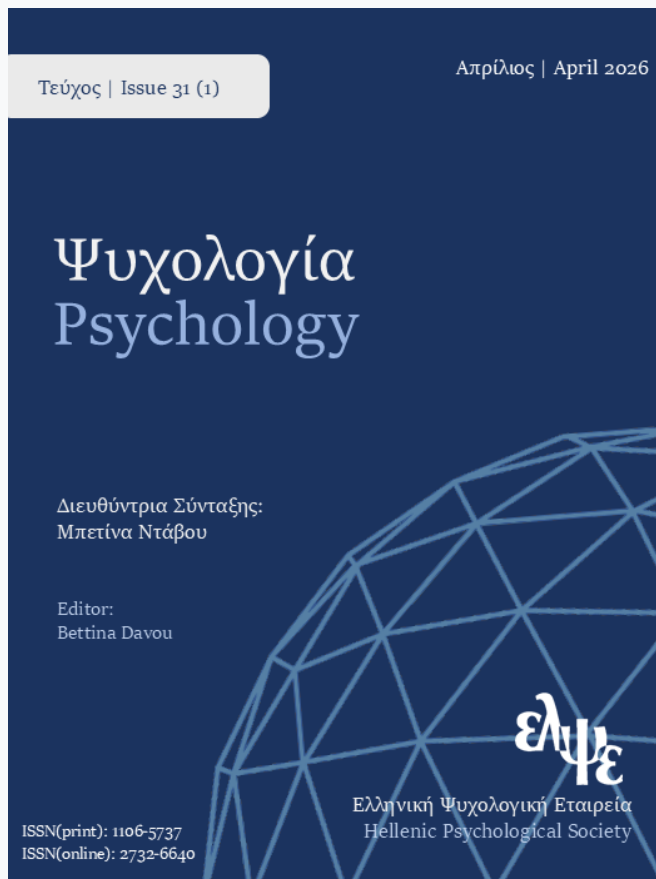


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 31, No 1 (2026)

Special Issue: Counseling and Positive Psychology in dialogue: Encounters, narratives, challenges, a tribute to Professor Anastassios Stalikas



Attributions of difficult behaviors of people with borderline personality disorder from mental health professionals: Self-efficacy and professional quality of life

Ioanna Markozannes, Georgios Kleftaras

doi: [10.12681/psy_hps.45336](https://doi.org/10.12681/psy_hps.45336)

Copyright © 2026, Ioanna Markozannes, Georgios Kleftaras



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Markozannes, I., & Kleftaras, G. (2026). Attributions of difficult behaviors of people with borderline personality disorder from mental health professionals: Self-efficacy and professional quality of life. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 31(1), 342–358. https://doi.org/10.12681/psy_hps.45336



ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | RESEARCH PAPER

Αιτιακές αποδόσεις των δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας: Αυτοαποτελεσματικότητα και ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Ιωάννα ΜΑΡΚΟΖΑΝΝΗΣ¹, Γεώργιος ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ²¹ M.Sc. Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας² Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	ΠΕΡΙΛΗΨΗ
Μετايχμιακή διαταραχή προσωπικότητας Δύσκολες συμπεριφορές Επαγγελματίες ψυχικής υγείας Αιτιακές αποδόσεις Αυτοαποτελεσματικότητα Ποιότητα επαγγελματικής ζωής	Η Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΜΔΠ) αντιμετωπίζεται με προκατάληψη από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, ωστόσο τα ερευνητικά δεδομένα για τους παράγοντες που μπορεί να τους επηρεάζουν είναι ελάχιστα. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αιτιακών αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με ΜΔΠ από Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ειδικότερα, η μελέτη της συσχέτισης μεταξύ των αιτιακών αποδόσεων με το επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας και ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 85 ειδικών ψυχικής υγείας (24 έως 57 ετών). Χορηγήθηκαν τρία ψυχομετρικά εργαλεία: μία τροποποιημένη εκδοχή της Κλίμακας Αιτιακών Αποδόσεων (Causal Attribution Scale), η Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale), η κλίμακα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (Professional Quality of Life 5), καθώς και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές περισσότερο σε εσωτερικούς και σταθερούς παράγοντες του ατόμου, παρά σε εξωτερικούς ή ελεγχόμενους. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα, ενώ η ποιότητα επαγγελματικής ζωής παρουσίασε ορισμένες συσχετίσεις, κυρίως μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνια και της απόδοσης ελέγχου. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η αντίληψη των ΕΨΥ για τις συμπεριφορές ατόμων με ΜΔΠ διαφοροποιείται εν μέρει από τα διεθνή δεδομένα και αναδεικνύουν τη σημασία της ποιότητας επαγγελματικής ζωής για τη διαμόρφωση θετικών και θεραπευτικά χρήσιμων στάσεων.
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	
Ιωάννα Μαρκοζάννης Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής Αργοναυτών & Φιλελλήνων, Βόλος, 38221, Ελλάδα markozannes.ioanna@gmail.com	

Η Μετايχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΜΔΠ) αποτελεί μια σύνθετη κλινική οντότητα, που χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις στη διάθεση, δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων, ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις και αυξημένη παρορμητικότητα (APA, 2013). Οι συμπεριφορές που συνδέονται με τη ΜΔΠ – όπως αυτοτραυματισμός, έντονες εκρήξεις θυμού, απειλές αυτοκτονίας ή αντιφατικές εκδηλώσεις εξάρτησης και απόρριψης – συχνά θεωρούνται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ΕΨΥ) «δύσκολες» ή «προκλητικές» στη διαχείριση (Sansone & Sansone, 2013).

Η φροντίδα των ατόμων με διάγνωση Μετايχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας (ΜΔΠ) έχει αναγνωριστεί ως προβληματική περιοχή για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ΕΨΥ), με κάποιες έρευνες να υποδεικνύουν

ότι η διάγνωση της ΜΔΠ επηρεάζει το επίπεδο και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης του προσωπικού με τους θεραπευόμενους (Deans & Meocenic, 2006). Διεθνώς, η ερευνητική ενασχόληση με τη ΜΔΠ έχει μετακινηθεί από την εστίαση σε χαρακτηρισμούς όπως «χειριστική» ή «εσκεμμένη» συμπεριφορά, προς πιο σύγχρονες προσεγγίσεις που δίνουν έμφαση στις εμπειρίες τραύματος, στις δυσκολίες δεσμού και στις διαδικασίες νοητικοποίησης (Day et al., 2018 ·Luyten et al., 2020 ·Winsper, 2018). Αυτή η αλλαγή στη γλώσσα και στο εννοιολογικό πλαίσιο κατανόησης της νόσου μπορεί να συμβάλει στη μείωση του στίγματος και στην ανάπτυξη πιο ενσυναίσθητων θεραπευτικών στάσεων (Baker, 2020).

Ωστόσο, στις έρευνες που μελετούν τις απόψεις των ίδιων των ατόμων με ΜΔΠ, έχει καταγραφεί ότι νιώθουν πως οι άλλοι τους επιρρίπτουν ευθύνες και τους θεωρούν χειριστικούς, ότι νιώθουν απόρριψη, ότι υπήρχε έλλειψη διαύγειας στη λήψη αποφάσεων θεραπείας, έλλειψη εξέτασης των παραπόνων τους και έλλειψη ολοκληρωμένης διερεύνησης και ότι τους υποτιμούν, τους στιγματίζουν και δεν τους παρέχουν τη φροντίδα που πρέπει (Horn, et al., 2007 ·Molin et al., 2016 ·Nehls, 1998 ·Veysey, 2014)

Αν και η πλειοψηφία των ερευνών σε ειδικούς αναδεικνύει αρνητικές αντιλήψεις και αντιδράσεις των ΕΨΥ προς τους θεραπευόμενους με ΜΔΠ και καθιστά σαφή τη σύνδεση τους με τη θεωρία των στάσεων, φαίνεται ότι μέχρι στιγμής υπάρχει περιορισμός στην περιγραφή της σύνδεσης αυτής, χωρίς να υπάρχει εμβάθυνση που να προσφέρει πολύπλευρη κατανόηση και ερμηνείες στα θέματα που προκύπτουν. Η Fritz (2012) στην έρευνά της για το στίγμα μέσα υπό την οπτική των ειδικών, θέτει το ερώτημα αν οι μελέτες για τις στάσεις των ΕΨΥ βοηθούν να φωτιστούν πλευρές της διάγνωσης και της θεραπείας ή απλά αναπαράγουν το στίγμα, καθώς φαίνεται ότι τα αρνητικά στερεότυπα που σχετίζονται με την ετικέτα της ΜΔΠ στο πεδίο της ψυχικής υγείας επιμένουν. Ακόμη, φαίνεται πως οι παρεμβάσεις για την αλλαγή των στάσεων είχαν περιορισμένη επιτυχία (Dickens et al., 2016).

Στην Ελλάδα, σε συγκριτική μελέτη για τις στάσεις, τη γνώση και την εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού ψυχιατρικής φροντίδας παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρούν τους θεραπευόμενους με ΜΔΠ δύσκολους ως προς τη διαχείριση (Giannouli et al., 2009). Ωστόσο, αυτό δεν αποδόθηκε στη δυσκολία ή αδυναμία θεραπείας, αλλά στην έλλειψη εκπαίδευσης του προσωπικού και κατάλληλων υπηρεσιών. Η πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε επίσης διαθεσιμότητά για περαιτέρω εκπαίδευση, το 49% αναφέρθηκε στην ανάγκη δημιουργίας εξειδικευμένων υπηρεσιών και το 55% στη σημασία των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων (Giannouli et al., 2009). Σύμφωνα με τα παραπάνω, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην αντίληψη των ΕΨΥ για την δυσκολία στη διαχείριση των θεραπευόμενων ΜΔΠ.

Οι Markham και Trower (2003) και ο Forsyth (2007) προσέγγισαν το θέμα μέσω της θεωρίας των αιτιακών αποδόσεων του Weiner (1980, 1985), σύμφωνα με την οποία αρνητικές συμπεριφορές και συναισθήματα συνδέονται με την απόδοση των αιτιών της συμπεριφοράς σε ελεγχόμενους και ασταθείς παράγοντες, ενώ θετικές αντιδράσεις (αισιοδοξία, συμπάθεια, παροχή βοήθειας) συνδέονται με μη ελεγχόμενους και σταθερούς παράγοντες. Στις έρευνες αυτές παρατηρήθηκε ότι οι ΕΨΥ θεωρούν ότι οι θεραπευόμενοι με ΜΔΠ έχουν περισσότερο έλεγχο στη συμπεριφορά τους απ' ότι οι θεραπευόμενοι με άλλες διαγνώσεις, κάτι το οποίο έχει παρατηρηθεί ότι σχετίζεται με τη διάθεση του προσωπικού να παρέχει βοήθεια (Dagnan et al., 1998). Επίσης, υπήρχαν περισσότερες πιθανότητες οι ειδικοί να τους αξιολογούν αρνητικά ως άτομα, να δείχνουν λιγότερη συμπάθεια και λιγότερη αισιοδοξία για αλλαγή. Στην κλινική πράξη, ο διαχωρισμός της αξιολόγησης της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου από την αξιολόγηση του ως άτομο είναι σημαντική στη δημιουργία θετικών θεραπευτικών σχέσεων (Dryden, 1990).

Προηγούμενες έρευνες προτείνουν να διερευνηθεί η πιθανότητα οι ΕΨΥ να αντιλαμβάνονται την επίλυση των δυσκολιών των θεραπευόμενων τους ως δική τους ευθύνη και αυτό να συνδέεται με την προδιάθεση για σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Markham & Trower, 2003). Σχετικά με θεραπευόμενους με ΜΔΠ, οι Cleary, Siegfried και Walter (2002) παρατήρησαν ότι οι ΕΨΥ σε ποσοστό μεγαλύτερο του 82% θεωρούσαν ότι είχαν κάποιο ρόλο στην αξιολόγηση, διαχείριση και παραπομπή των θεραπευόμενων, καθώς επίσης και στην εκπαίδευση και παροχή πληροφοριών. Οι συγγραφείς πρότειναν ότι παρά την αίσθηση αυτοπεποίθησης στη

διαχείριση των θεραπευόμενων, οι ΕΨΥ χρειάζονταν περισσότερη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εξάσκηση, το οποίο συμβαδίζει με την ελληνική έρευνα που προαναφέρθηκε (Giannouli et al., 2009). Οι προσδοκίες των ΕΨΥ για την αντιμετώπιση και διαχείριση των δύσκολων συμπεριφορών μπορεί να επηρεάζουν τις ερμηνείες τους για τις συμπεριφορές των θεραπευόμενων. Θεραπευόμενοι με ΜΔΠ έχει παρατηρηθεί ότι προκαλούν συναισθήματα ανεπάρκειας στους επαγγελματίες και τους κάνουν να νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένοι με το θεραπευτικό τους ρόλο (Sansone & Sansone, 2013). Επιπλέον, όταν οι θεραπευόμενοι δεν βελτιώνονται, το προσωπικό μπορεί να χάνει την εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και να νιώθει απόγνωση (Main, 1957). Η αίσθηση «ανικανότητας να βοηθήσουν» έχει προταθεί ως ένας από τους κύριους λόγους που το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τους θεραπευόμενοι με ΜΔΠ αρνητικά (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Τίθεται το ερώτημα αν η έλλειψη διάθεσης του προσωπικού να προσφέρει βοήθεια προκύπτει από την αντίληψη ότι οι θεραπευόμενοι δεν μπορούν να βελτιωθούν, συνεπώς δεν έχει νόημα η φροντίδα που τους παρέχεται (Nehls, 2000) ή από την αντιλαμβανόμενη έλλειψη ικανότητας των ίδιων των επαγγελματιών να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της θεραπείας των θεραπευόμενων με ΜΔΠ.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι ΕΨΥ εκδηλώνουν συμπεριφορές ενδεικτικές επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως μειωμένη διάθεση παροχής βοήθειας, θυμό, προσπάθεια αποστασιοποίησης, απάθεια και έλλειψη ενσυναίσθησης. Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πιθανό κόστος της παροχής φροντίδας. Ωστόσο, υπάρχει κι ένα άλλο πιθανό κόστος, γνωστό ως Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (ΔΤΣ) (Stamm, 2002), το οποίο αναφέρεται στο τραύμα και τις τραυματικές αντιδράσεις που βιώνει ο επαγγελματίας λόγω έκθεσης στο τραύμα και τη δυσφορία του θεραπευόμενου. Καθώς η εμφάνιση της ΜΔΠ έχει σχετιστεί με ακραίους αγχογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, η εργασία με τους θεραπευόμενους αυτούς μπορεί να οδηγήσει στην έκθεση σε τραυματικό υλικό και πιθανό δευτερογενή τραυματισμό. Ωστόσο, όπως αναφέρει η Stamm (2002): «Παράλληλα με το κόστος της φροντίδας υπάρχουν και θετικές αποζημιώσεις που προκύπτουν από την παροχή φροντίδας». Για να περιγράψει τις θετικές αυτές πλευρές της παροχής φροντίδας, η Stamm χρησιμοποίησε τον όρο «Ικανοποίηση από τη συμπόνια» (ΙΣ), που σημαίνει ότι ο επαγγελματίας νιώθει ευχαρίστηση να βοηθά τους άλλους μέσω της δουλειάς του. Η διάθεση των ΕΨΥ να προσφέρουν βοήθεια σε θεραπευόμενους με ΜΔΠ πιθανώς επηρεάζεται από την ΙΣ, δηλαδή την ευχαρίστηση που νιώθουν όταν παρέχουν βοήθεια.

Με βάση τα παραπάνω, οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις ερμηνείες των ΕΨΥ ενδέχεται να είναι η ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης ή/και ΔΤΣ, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση των δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με ΜΔΠ και η ικανοποίηση από το θεραπευτικό ρόλο, ως κάποιος που παρέχει βοήθεια. Οι έννοιες της επαγγελματικής εξουθένωσης, του ΔΤΣ και της ΙΣ περιγράφονται ως Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής όπως έχει προτείνει η Stamm (2002).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει το που αποδίδουν οι ΕΨΥ στην Ελλάδα τις δύσκολες συμπεριφορές θεραπευόμενων με ΜΔΠ, καθώς και το αν και πώς οι αποδόσεις αυτές σχετίζονται με την ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής και τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητάς τους. Οι υποθέσεις που διατυπώθηκαν είναι οι εξής:

1. Οι ΕΨΥ στην Ελλάδα αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές ατόμων με ΜΔΠ στο ίδιο το άτομο.
2. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων αυτοαποτελεσματικότητας των ΕΨΥ και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο.
3. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής των ΕΨΥ και των αποδόσεων των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο.

Μέθοδος

Διαδικασία και δείγμα

Απευθύνθηκε αίτημα σε ανώτερα διευθυντικά στελέχη και/ή επιστημονικούς υπεύθυνους δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών, όπως γενικά νοσοκομεία, νοσοκομεία ψυχικής υγείας και κέντρα ψυχικής υγείας

προκειμένου να εξασφαλιστούν οι απαραίτητες άδειες. Στη συνέχεια, οι υπεύθυνοι έπρεπε να ενημερώσουν το προσωπικό και να τους ζητήσουν να συμπληρώσουν μια φόρμα ενημερωμένης συγκατάθεσης. Επιλέχθηκε δείγμα επαγγελματιών από διαφορετικές ειδικότητες, συμπεριλαμβανομένων ψυχολόγων, ψυχιάτρων, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών, λόγω της ανάγκης για μια διεπιστημονική ομάδα στη θεραπεία της ΜΔΠ. Μετά τη λήψη άδειας και τη συλλογή των εντύπων ενημερωμένης συγκατάθεσης, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε όσους συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Ενόψει των περιορισμών του COVID-19, προέκυψε η ανάγκη δημιουργίας και μιας ψηφιακής μορφής των ερωτηματολογίων, για την οποία χρησιμοποιήθηκε ένας σύνδεσμος google forms. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Δεκεμβρίου 2019 και Δεκεμβρίου 2020. Ο χρόνος που απαιτούνταν για την ολοκλήρωση ήταν περίπου 20 έως 30 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν συνολικά σε 250 ΕΨΥ, από τα οποία επιστράφηκαν 100 (ποσοστό απόκρισης = 40%). Μετά τον αποκλεισμό των μερικώς συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 85 ΕΨΥ. Συνολικά, 42 συμμετέχοντες (49%) απάντησαν στην ψηφιακή φόρμα και 43 συμμετέχοντες (51%) απάντησαν στην έντυπη φόρμα. Τα δημογραφικά και τα σχετικά με την εργασία χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών “Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία” Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (αρ. συνεδρίασης 1/20-2-2019).

Εργασία

Χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών, όπως τα χρόνια προϋπηρεσίας και η προηγούμενη και τρέχουσα επαφή με θεραπευόμενους με ΜΔΠ σε ένα δείγμα ΕΨΥ στην Ελλάδα.

Η καταγραφή των αιτιακών αποδόσεων έγινε με την Κλίμακα Αιτιακών Αποδόσεων (Dagnan et al., 1998), όπως προσαρμόστηκε από τους Markham και Trower (2003). Το εργαλείο αυτό μεταφράστηκε από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και στη συνέχεια εφαρμόστηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης (back-translation) κατά την οποία το κείμενο μεταφράστηκε εκ νέου στην αρχική γλώσσα για τον έλεγχο της εννοιολογικής ισοδυναμίας και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό. Δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, επομένως κρίθηκε απαραίτητο να διερευνηθεί η παραγοντική δομή, η εσωτερική συνέπεια και η εγκυρότητα. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α ήταν ,85 για το ερωτηματολόγιο στο σύνολο του. Στις οδηγίες ζητείται από τους συμμετέχοντες να φανταστούν έναν θεραπευόμενο με τη συγκεκριμένη διάγνωση, όταν θα απαντούν. Έπειτα τους παρουσιάζονται έξι σύντομα παραδείγματα δύσκολων συμπεριφορών που εκδηλώνουν συχνά οι θεραπευόμενοι με ΜΔΠ και τους ζητείται να παράγουν μια κύρια αιτία για την κάθε συμπεριφορά κι έπειτα να βαθμολογήσουν τις αποδόσεις τους για αυτή την αιτία σε μια επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert σε σχέση με τους εξής παράγοντες: κέντρο ελέγχου (locus of control), σταθερότητα (stability), και έλεγχος, που περιλαμβάνει ερωτήματα σε σχέση με τον έλεγχο της συμπεριφοράς (control of event) και τον έλεγχο της αιτίας της συμπεριφοράς (control of cause). Υψηλότερη βαθμολογία μεταφράζεται σε μεγαλύτερο εσωτερικό κέντρο ελέγχου, σταθερότητα και έλεγχο της συμπεριφοράς και της αιτίας. Οι θεραπευόμενοι που χρησιμοποιούνται στα σενάρια είναι γυναίκες για να αποκλειστεί ο παράγοντας επίδρασης του φύλου και δεν δίνεται καμία άλλη πληροφορία σχετικά με το πλαίσιο.

Ως προς την αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την Κλίμακα Γενικής Αυτο-αποτελεσματικότητας (GSE), σχεδιασμένη από τους Jerusalem και Schwarzer (1981), της οποίας η μετάφραση και η προσαρμογή στα ελληνικά έγινε από τους Glyνου και συν. (1997). Αυτό το εργαλείο μετρά την προσωπική πεποίθηση των συμμετεχόντων ότι οι δικές τους ενέργειες είναι υπεύθυνες για το θετικό αποτέλεσμα. Αποτελείται από 10 προτάσεις, οι οποίες μετρούν την αυτοαντίληψη της ικανότητας αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων ζωής. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert 4 βαθμών και βαθμολογούνται αθροιστικά, με βαθμολογία που κυμαίνεται από 10 έως 40 βαθμούς (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα από 25 έθνη για να ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας, ο δείκτης

Cronbach's α κυμάνθηκε από 0,75 έως 0,90. Στο ελληνικό δείγμα ενηλίκων με μέσο όρο ηλικίας 40.4 έτη ήταν $\alpha = 0,78$ (Scholz et al., 2002).

Πίνακας 1. Δημογραφικά και σχετικά με την εργασία χαρακτηριστικά δείγματος

	N = 85	%
Φύλο		
Γυναίκα	74	87,06
Άνδρας	11	12,94
Ηλικία, έτη		
<30	13	15,29
30-39	40	47,06
40-49	19	22,35
50+	13	15,29
Επίπεδο σπουδών		
Πτυχίο ΤΕΙ	18	21,18
Πτυχίο ΑΕΙ	18	21,18
Μεταπτυχιακές σπουδές	46	54,12
Διδακτορικό δίπλωμα	3	3,53
Έτη προϋπηρεσίας		
0-5	25	29,41
6-10	30	35,29
11-20	19	22,35
>20	11	12,94
Ειδικότητα		
Ψυχολόγος/Ψυχοθεραπευτής	46	54,12
Κοινωνικός λειτουργός	11	12,94
Νοσηλεύτης / φροντιστής	21	24,71
Ψυχίατρος	7	8,24
Παρακολουθείτε εποπτεία		
Όχι	37	43,53
Ναι	48	56,47
Φορέας εργασίας		
Δημόσιος φορέας	52	61,18
Ιδιωτικός φορέας	33	38,82
Εμπλοκή στη θεραπεία ΜΔΠ παρόν		
Ναι	40	47,06
Όχι	45	52,94
Εμπλοκή στη θεραπεία ΜΔΠ παρελθόν		
Ναι	65	76,47
Όχι	20	23,53
Εμπλοκή σε θεραπεία ΜΔΠ Παρόν - Παρελθόν		
Όχι-Όχι	15	17,65
Όχι-Ναι	30	35,29
Ναι-Όχι	5	5,88
Ναι-Ναι	35	41,18

Σημείωση. ΜΔΠ = Μεταχιμακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Η Κλίμακα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής 5 (ProQOL-5) επιλέχθηκε για τη μέτρηση της ΙΣ, του ΔΤΣ και της εξουθένωσης. Το όργανο αναπτύχθηκε από την Stamm (2002) και αναθεωρήθηκε το 2009 (Stamm, 2010). Είναι ένα ερωτηματολόγιο 30 προτάσεων που περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες των 10 ερωτήσεων η καθεμία, που μετρούν την ΙΣ, την επαγγελματική εξουθένωση και το ΔΤΣ, αντίστοιχα. Η ΙΣ ορίζεται ως η ευχαρίστηση που απορρέει από το να μπορείς να κάνεις καλά τη δουλειά σου, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως αισθήματα απελπισίας και δυσκολίες στην διαχείριση της εργασίας ή στην αποτελεσματική εκτέλεσή της και το ΔΤΣ ορίζεται ως δευτερεύουσα έκθεση σε εξαιρετικά αγχωτικά ή τραυματικά γεγονότα λόγω της φύσης του επαγγέλματος κάποιου. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert 5 βαθμών (Stamm, 2010). Ορισμένα στοιχεία αντιστρέφονται έτσι ώστε όλες οι απαντήσεις να υποδεικνύουν υψηλή ΙΣ, υψηλή εξουθένωση και υψηλό ΔΤΣ και αθροίζονται για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά. Για την ελληνική έκδοση του ProQOL-5, ο συντελεστής εσωτερικής εγκυρότητας για τις υποκλίμακες ήταν $\alpha=0,89$ για την ΙΣ, $\alpha=0,94$ για την επαγγελματική εξουθένωση και $\alpha=0,92$ για το ΔΤΣ (Mangouliá et al., 2015).

Στατιστική επεξεργασία

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάστηκαν περιγραφικά ως απόλυτες συχνότητες και ποσοστά. Διεξήχθη Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών και ανάλυση αξιοπιστίας για να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, η εσωτερική συνέπεια και η αξιοπιστία της τροποποιημένης κλίμακας των αιτιακών αποδόσεων. Η δοκιμή Kaiser-Meyer-Olkin επιβεβαίωσε την επάρκεια του δείγματος (ΚΜΟ= 0,706), ενώ το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett ήταν στατιστικά σημαντικό ($\chi^2(276) = 1183,41, p < 0,001$). Η παραγοντική ανάλυση διεξήχθη με περιστροφή Varimax στα 24 ερωτήματα της κλίμακας, επιβεβαίωσε τους τρεις βασικούς παράγοντες των κατασκευαστών: εσωτερική εστία ελέγχου, σταθερότητα και ελεγχσιμότητα. Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν τα στατιστικά κριτήρια Kolmogorov-Smirnov και Saphiro-Wilk για να ελεγχθεί η κανονική κατανομή των δεδομένων και επιλέχθηκαν οι επόμενες αναλύσεις. Για τον προσδιορισμό των στατιστικά σημαντικών διαφορών στους μέσους όρους χρησιμοποιήθηκαν one-way ANOVA, t-tests και μη παραμετρικές αναλύσεις (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney), ενώ υπολογίστηκαν οι συντελεστές Pearson για τον προσδιορισμό γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $\alpha=0,05$. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS, Έκδοση 23 για Windows.

Αποτελέσματα

Απόδοση στην προσωπικότητα έναντι παραγόντων εκτός της προσωπικότητας.

Για τον έλεγχο της πρώτης υπόθεσης, ότι οι ΕΨΥ αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές κυρίως στο ίδιο το άτομο, επιλέχθηκαν οι αναλύσεις t-test και Mann-Whitney, καθώς ο σκοπός ήταν η σύγκριση των μέσων όρων του δείγματος με την ουδέτερη τιμή 3,50 των υποκλιμάκων. Δεδομένου ότι η τιμή 3,50 κάθε υποκλίμακας της κλίμακας των Markham και Trower χωρίζει την υποκλίμακα σε δύο ίσα μέρη, όπου η χαμηλότερη βαθμολογία σημαίνει απόδοση στην προσωπικότητα, ενώ η υψηλότερη βαθμολογία σημαίνει απόδοση σε παράγοντες εκτός της προσωπικότητας, επιλέχθηκαν οι αναλύσεις t-test και Mann-Whitney. Στον παράγοντα «ελεγχσιμότητα», ο μέσος όρος του δείγματος (Μ.Ο.=3,03, Τ.Α.=1,00) ήταν χαμηλότερος από την τιμή 3,50 Mann-Whitney: $z=-4,43, p < 0,001$, πράγμα που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες αποδίδουν τον έλεγχο λιγότερο στην προσωπικότητα και περισσότερο σε άλλους παράγοντες. Στον παράγοντα «εσωτερική εστία ελέγχου», ο μέσος όρος (Μ.Ο.=4,91, Τ.Α.=1,13) ήταν υψηλότερος από την τιμή 3,50 Mann-Whitney: $z=7,16, p < 0,001$, που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες αποδίδουν την εσωτερική εστία ελέγχου περισσότερο στην προσωπικότητα παρά σε άλλους παράγοντες. Τέλος, στον παράγοντα «σταθερότητα», ο μέσος όρος (Μ.Ο.=5,12, Τ.Α.=0,86) ήταν υψηλότερος από την τιμή 3,50 ($t(84)=17,47, p < 0,001$), δείχνοντας επίσης ότι οι συμμετέχοντες αποδίδουν τη σταθερότητα περισσότερο στην προσωπικότητα και λιγότερο σε άλλους παράγοντες.

Συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων και παραγόντων απόδοσης

Για να διερευνηθεί αν οι αιτιακές αποδόσεις διαφοροποιούνται ανάλογα με δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, έτη προϋπηρεσίας), εφαρμόστηκαν αναλύσεις one-way ANOVA ή Kruskal-Wallis. Επιπλέον, εξετάστηκαν γραμμικές συσχετίσεις με τους συντελεστές Pearson. Ο έλεγχος των αποδόσεων εσωτερικής εστίας ελέγχου μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων κατέληξε σε στατιστικά σημαντική διαφορά (Kruskal Wallis: $\chi^2(3)=8,556, p=0,036$). Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ της ομάδας ηλικίας 50+ (M.O.=5,65, T.A.=1,09) και της ομάδας ηλικίας κάτω των 30 (M.O.=4,38, T.A.=1,32), γεγονός που δείχνει ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ΕΨΥ αποδίδουν την εσωτερική εστία ελέγχου περισσότερο στην προσωπικότητα.

Ο έλεγχος των αποδόσεων σταθερότητας μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων (one-way ANOVA: $F(3,81)=3,990, p=0,011$) κατέληξε σε στατιστικά σημαντική διαφορά, όπως και ο έλεγχος των αποδόσεων σταθερότητας μεταξύ ομάδων με διαφορά στα χρόνια προϋπηρεσίας ($F(3,81)=3,430, p=0,021$). Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη διαφορά στις ηλικιακές ομάδες παρατηρήθηκε μεταξύ της ομάδας ηλικίας 50+ (M.O.=5,54, T.A.=0,99) και της ομάδας κάτω των 30 (M.O.=4,49, T.A.=0,75). Η μεγαλύτερη διαφορά στα χρόνια προϋπηρεσίας παρατηρήθηκε μεταξύ της ομάδας με 0 έως 5 χρόνια προϋπηρεσίας (M.O.=4,75, T.A.=0,79) και της ομάδας με 20 ή περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας (M.O.=5,67, T.A.=0,74), γεγονός που δείχνει ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ΕΨΥ και αυτοί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας αποδίδουν τη σταθερότητα περισσότερο στην προσωπικότητα.

Η εσωτερική εστία ελέγχου έχει θετικές συσχετίσεις με την ηλικία ($r= 0,288, p= 0,007$) και τα χρόνια υπηρεσίας ($r= 0,321, p= 0,003$). Η σταθερότητα έχει θετικές συσχετίσεις με την ηλικία ($r= 0,340, p= 0,001$) και τα χρόνια υπηρεσίας ($r= 0,321, p= 0,003$). Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνονται η ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας, τόσο περισσότερο οι ΕΨΥ αποδίδουν την εσωτερική εστία ελέγχου και τη σταθερότητα στην προσωπικότητα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Συσχετίσεις Pearson r των παραγόντων των αιτιακών αποδόσεων με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας

		Pearson r	p
Ελεγχιμότητα	Ηλικία	-0,060	0,583
	Έτη προϋπηρεσίας	-0,148	0,176
Εσωτερική εστία ελέγχου	Ηλικία	0,288	0,007
	Έτη προϋπηρεσίας	0,321	0,003
Σταθερότητα	Ηλικία	0,340	0,001
	Έτη προϋπηρεσίας	0,321	0,003

Σημείωση. ΜΔΠ = Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας. r = συντελεστής συσχέτισης Pearson. p = επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Αυτοαποτελεσματικότητα και αποδόσεις

Για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι θα υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των αιτιακών αποδόσεων, διεξήχθησαν μετρήσεις Pearson r , από τις οποίες δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα για την ελεγχιμότητα ο δείκτης ήταν $r= 0,061, p= 0,577$, για την εσωτερική εστία ελέγχου $r= 0,042, p= 0,702$ και για τη σταθερότητα $r= 0,035, p= 0,751$.

Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής και αποδόσεις

Για να εξεταστεί η υπόθεση ότι η Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής σχετίζεται με τις αιτιακές αποδόσεις, οι συμμετέχοντες κατατάχθηκαν σε τρεις ομάδες για κάθε υποκλίμακα του ProQOL-5 (ΙΣ, εξουθένωση, ΔΤΣ), βάσει των ορίων που προτείνει ο κατασκευαστής (Stamm, 2010). Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν αναλύσεις one-way ANOVA ή Kruskal-Wallis, ανάλογα με την κανονικότητα των κατανομών. Για την ΙΣ, η πρώτη ομάδα σημείωσε χαμηλές τιμές και περιείχε 19 συμμετέχοντες (22,35%), η δεύτερη ομάδα σημείωσε μέτριες τιμές και περιείχε 46 συμμετέχοντες (54,12%) και η τρίτη ομάδα σημείωσε υψηλές τιμές και περιείχε 20 συμμετέχοντες (23,53%). Για την εξουθένωση, η πρώτη ομάδα (χαμηλή εξουθένωση) περιείχε 24 συμμετέχοντες (28,24%), η δεύτερη ομάδα (μέτρια εξουθένωση) περιείχε 39 συμμετέχοντες (45,88%) και η τρίτη ομάδα (υψηλή εξουθένωση) περιείχε 22 συμμετέχοντες (25,88%). Για το ΔΤΣ, η πρώτη ομάδα (χαμηλό ΔΤΣ) περιείχε 21 συμμετέχοντες (24,71%), η δεύτερη ομάδα (μέτριο ΔΤΣ) περιείχε 39 συμμετέχοντες (45,88%) και η τρίτη ομάδα (υψηλό ΔΤΣ) περιείχε 25 συμμετέχοντες (29,41%).

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ΙΣ σε σχέση με την εσωτερική εστία ελέγχου ($\chi^2(2)=0,303, p=0,859$), τη σταθερότητα ($F(2,82)=1,430, p=0,245$) και την ελεγχιμότητα ($\chi^2(2)=1,749, p=0,417$).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την εξουθένωση σε σχέση με την εσωτερική εστία ελέγχου ($\chi^2(2)=2,383, p=0,304$), τη σταθερότητα ($F(2,82)=0,390, p=0,677$) και την ελεγχιμότητα ($\chi^2(2)=2,472, p=0,291$).

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων για το ΔΤΣ σε σχέση με την εσωτερική εστία ελέγχου ($\chi^2(2)=7,103, p=0,029$), όπως φαίνεται στον πίνακα 3. Η ομάδα Α (χαμηλό ΔΤΣ) σημείωσε μέσο όρο 5,33 (Τ.Α.=1,07), η ομάδα Β (μέτριο ΔΤΣ) σημείωσε μέσο όρο 4,58 (Τ.Α.=1,25) και η ομάδα Γ (υψηλό ΔΤΣ) σημείωσε μέσο όρο 5,09 (Τ.Α.=0,84). Η μεγαλύτερη διαφορά σημειώθηκε μεταξύ των ομάδων χαμηλού και μέτριου ΔΤΣ.

Πίνακας 3. Αναλύσεις διακύμανσης για το δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με τους τρεις παράγοντες της κλίμακας αιτιακών αποδόσεων

	ΔΤΣ	N	%	M.O. (T.A.)	Διάμεσος (min-max)	Κριτήριο	Τιμή κριτηρίου	p
Ελεγχιμότητα	Χαμηλό	21	24,71	2,87 (1,12)	2,92 (1,00 - 5,00)	Kruskal		
	Μέτριο	39	45,88	2,96 (0,95)	2,83 (1,67 - 6,33)	Wallis	1,851	0,396
	Υψηλό	25	29,41	3,27 (0,96)	2,92 (1,50 - 6,00)	$\chi^2(2)$		
Εσωτερική εστία ελέγχου	Χαμηλό	21	24,71	5,33 (1,07)	5,33 (2,67 - 7,00)	Kruskal		
	Μέτριο	39	45,88	4,58 (1,25)	4,83 (1,00 - 6,67)	Wallis	7,103	0,029*
	Υψηλό	25	29,41	5,09 (0,84)	5,33 (3,67 - 7,00)	$\chi^2(2)$		
Σταθερότητα	Χαμηλό	21	24,71	5,17 (0,91)	5,17 (3,83 - 6,83)	one-way		
	Μέτριο	39	45,88	5,12 (0,76)	5,00 (3,67 - 6,67)	ANOVA	0,040	0,959
	Υψηλό	25	29,41	5,09 (0,98)	5,17 (3,00 - 7,00)	$F(2,82)$		

Σημείωση. ΔΤΣ = Δευτερογενές Τραυματικό Στρες. ΙΣ = Ικανοποίηση από τη Συμπόνια. ΕΕ = Επαγγελματική Εξουθένωση. p = επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, * $p < 0,05$

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων για το ΔΤΣ σε σχέση με την ελεγχιμότητα ($\chi^2(2)=1,851, p=0,396$) και τη σταθερότητα ($F(2,82)=0,040, p=0,959$).

Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ελεγχιμότητας και της ΙΣ ($r=-0,237, p=0,029$), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Συσχετίσεις Pearson *r* των παραγόντων της κλίμακας αιτιακών αποδόσεων με την ικανοποίηση συμπόνιας (ΙΣ), την επαγγελματική εξουθένωση (ΕΕ) και το δευτερογενές τραυματικό στρες (ΔΤΣ)

	Υποκλίμακα ProQOL	Pearson <i>r</i>	<i>p</i>
Ελεγχιμότητα	ΙΣ	-0,237	0,029*
	ΕΕ	0,140	0,202
	ΔΤΣ	0,184	0,092
Εσωτερική εστία ελέγχου	ΙΣ	-0,035	0,753
	ΕΕ	-0,086	0,432
	ΔΤΣ	-0,015	0,893
Σταθερότητα	ΙΣ	-0,176	0,107
	ΕΕ	0,038	0,730
	ΔΤΣ	-0,072	0,514

Σημείωση. ΔΤΣ = Δευτερογενές Τραυματικό Στρες. ΙΣ = Ικανοποίηση από τη Συμπόνια. ΕΕ = Επαγγελματική Εξουθένωση. *p* = επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας., **p*<0,05

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις αιτιακές αποδόσεις δύσκολων συμπεριφορών ατόμων με ΜΔΠ από Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ΕΨΥ) και τη σχέση τους με την αυτοαποτελεσματικότητα και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Τα κύρια ευρήματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες απέδωσαν την αιτία και τη σταθερότητα των δύσκολων συμπεριφορών κυρίως στο ίδιο το άτομο, ενώ δεν απέδωσαν τον έλεγχο της συμπεριφοράς στον πελάτη. Επιπλέον, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας συνδέθηκαν θετικά με αποδόσεις στην προσωπικότητα, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα, ενώ βρέθηκαν ενδείξεις σχέσης μεταξύ αιτιακών αποδόσεων και παραγόντων της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, όπως η Ικανοποίηση από τη Συμπόνια (ΙΣ) και το Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (ΔΤΣ).

Αιτιακές αποδόσεις των ΕΨΥ

Η πρώτη υπόθεση, σύμφωνα με την οποία αναμενόταν υψηλή απόδοση ευθύνης στους θεραπευόμενους με ΜΔΠ, δεν επιβεβαιώθηκε ως προς τον παράγοντα έλεγχου. Το δείγμα παρουσίασε χαμηλή βαθμολογία στον έλεγχο, γεγονός που αντανακλά την πεποίθηση ότι οι θεραπευόμενοι με ΜΔΠ δεν έχουν έλεγχο επί της αιτίας μιας συμπεριφοράς ή της ίδιας της συμπεριφοράς, δεν φέρουν ευθύνη γι' αυτή και δεν μπορούν να την αλλάξουν κατά βούληση. Το εύρημα αυτό δεν συμφωνεί με την πλειονότητα των ερευνών όπου έχει παρατηρηθεί ότι οι ΕΨΥ θεωρούν ότι οι θεραπευόμενοι με ΜΔΠ ελέγχουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με θεραπευόμενους με διαφορετικές διαγνώσεις (Anvram et al., 2006 Forsyth, 2007 Markham & Trower, 2003). Αυτή η διαφορά έχει κάποιες βάσιμες εξηγήσεις. Πρώτον, στην παρούσα έρευνα ένα τέτοιο εύρημα ήταν αναμενόμενο, όπως και σε προηγούμενη έρευνα σε Έλληνες νοσηλευτές ψυχιατρικής, η οποία έδειξε ότι η αντιλαμβανόμενη δυσκολία στη διαχείριση θεραπευόμενων με ΜΔΠ αποδιδόταν κυρίως στην ανεπαρκή εκπαίδευση και στην έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών και λιγότερο στους ίδιους τους θεραπευόμενους (Giannouli et al., 2009). Το ελληνικό πλαίσιο ενδέχεται να επηρεάζει τις αποδόσεις, καθώς οι ΕΨΥ αναγνωρίζουν τους θεσμικούς και εκπαιδευτικούς περιορισμούς που επιβαρύνουν τη θεραπευτική σχέση.

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια ερευνητική προσπάθεια που εντάσσεται στην καμπάνια κατά του στίγματος της ψυχικής ασθένειας γενικά. Ειδικά για την ΜΔΠ, γίνεται μια προσπάθεια καλύτερης περιγραφής και παροχής ενός εννοιολογικού πλαισίου για τα συμπτώματα, είτε με όρους αντιξοοτήτων και κακομεταχείρισης κατά την παιδική ηλικία (Ibrahim et al., 2018 Winsper, 2018), είτε ως περίπλοκης τραυματικής εμπειρίας που επηρεάζει τον συναισθηματικό δεσμό, την ικανότητα νοητικοποίησης και την κοινωνική μάθηση (Luyten et al., 2020). Πολλοί ερευνητές αναρωτιούνται αν οι στάσεις απέναντι στην ΜΔΠ αλλάζουν λόγω της

συνεχιζόμενης έρευνας, των νέων γνώσεων, της εφαρμογής καλών πρακτικών που έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα και της βελτιωμένης πρόγνωσης (Baker, 2020 Day et al., 2018).

Μια άλλη εξήγηση θα μπορούσε να είναι η αλλαγή στον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η ΜΔΠ. Οι Day και συνεργάτες (2018), εξετάζοντας τις στάσεις των ΕΨΥ το 2000 και το 2015, παρατήρησαν μια θετική αλλαγή στη γλώσσα θεραπείας, η οποία περιλάμβανε τη μετάβαση από τη χρήση όρων όπως "εσκεμμένη" και "χειριστική", σε όρους όπως "τραύμα", "ερέθισμα" και "αντιμεταβίβαση", που υποδηλώνουν κατανόηση και ενσυναίσθηση.

Αντίθετα, η υψηλότερη βαθμολογία στους παράγοντες εσωτερικής εστίας ελέγχου και σταθερότητας υποδηλώνει ότι οι ΕΨΥ πιστεύουν ότι η αιτία μιας δύσκολης συμπεριφοράς εντοπίζεται στον θεραπευόμενο και ότι στο μέλλον είναι πιο πιθανό να επαναληφθεί. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με έρευνες στο εξωτερικό, όπου έχει παρατηρηθεί ότι οι ΕΨΥ πιστεύουν ότι η δύσκολη συμπεριφορά προκύπτει από τον ίδιο τον θεραπευόμενο ή από την ασθένεια και είναι δύσκολο να αλλάξει (Aviram et al., 2006 Forsyth, 2007 Markham & Trower, 2003.). Η αντίληψη αυτή συντηρεί στοιχεία στίγματος, καθώς δίνει έμφαση στη «μονιμότητα» των δυσκολιών και περιορίζει τη θεραπευτική αισιοδοξία.

Μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων που εξετάστηκαν, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας συσχετίστηκαν με τις αποδόσεις. Ειδικότερα, οι νεότεροι ΕΨΥ και όσοι είχαν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας απέδωσαν τις δύσκολες συμπεριφορές λιγότερο στο άτομο σε σύγκριση με εκείνους που ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία και είχαν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας. Φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση απόδοσης της εσωτερικής εστίας ελέγχου και της σταθερότητας των δύσκολων συμπεριφορών στο άτομο, καθώς αυξάνονται η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Τα ερευνητικά ευρήματα σχετικά με την επίδραση της εμπειρίας στις στάσεις είναι αντιφατικά. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν συμφωνούν με εκείνα των Fritz (2012) και Black και συνεργατών (2011), οι οποίοι ανέφεραν πιο θετικές στάσεις με την πάροδο των χρόνων, με την απόκτηση εμπειρίας και την αύξηση της εμπλοκής στη φροντίδα θεραπευόμενων με ΜΔΠ. Αντίθετα, επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των Bodner και συνεργατών (2015) και Woollaston και Hixenbaugh (2008), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές ανέπτυξαν αρνητικές στερεοτυπικές αντιλήψεις, στάσεις και αντιδράσεις μετά από κάποιο χρονικό διάστημα εργασίας με θεραπευόμενους με ΜΔΠ. Επιπλέον, σε μια έρευνα σε ψυχιατρικούς νοσηλευτές σχετικά με την επιθετικότητα των θεραπευόμενων, διαπιστώθηκε ότι εκείνοι με λιγότερη εμπειρία απέδωσαν λιγότερες ευθύνες στους θεραπευόμενους με ΜΔΠ. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το εύρημα αυτό συμφωνεί με την πλειοψηφία της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, αλλά παραθέτουν και διαφορετικά αποτελέσματα, όπου παρατηρήθηκε ότι η ανοχή στην επιθετικότητα αυξανόταν με τα χρόνια προϋπηρεσίας (Whittington, 2002).

Επιπλέον, οι Bodner και συνεργάτες (2015) αναφέρουν ότι για ειδικότερες εκτός της νοσηλευτικής, η έκθεση σε μεγαλύτερο αριθμό θεραπευόμενων με ΜΔΠ σχετίζεται με μείωση των αρνητικών στάσεων. Οι Knaak και συνεργάτες (2014) διαπίστωσαν ότι η επαφή με θεραπευόμενους με ΜΔΠ στο πλαίσιο εκπαιδευτικής παρέμβασης για τη μείωση του στίγματος στους ΕΨΥ ήταν αποτελεσματική. Βάσει των προαναφερθέντων ερευνών, η διερεύνηση του παράγοντα της επαφής με θεραπευόμενους με ΜΔΠ στο παρόν και στο παρελθόν θεωρήθηκε σημαντική, αλλά παρατηρήθηκε ότι δεν έχει σημαντική σχέση. Αυτό το γεγονός μπορεί να εξηγηθεί από τη διαφορετική μεθοδολογία των ερευνών, τις διαφορετικές σχέσεις που μελετήθηκαν, καθώς και το διαφορετικό πλαίσιο επαφής (ενδονοσοκομειακοί, εξωτερικοί θεραπευόμενοι, συμμετέχοντες σε εκπαιδευτική ομάδα). Καθίσταται σαφές ότι ο ρόλος της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας και της εμπλοκής στη θεραπεία ΜΔΠ στις αντιδράσεις των ΕΨΥ χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Αξίζει να μελετηθεί ο ρόλος του θεσμικού πλαισίου στην Ελλάδα, καθώς οι περιορισμένοι πόροι και η έλλειψη εξειδικευμένων δομών ενδέχεται να ενισχύουν την επαγγελματική φθορά και τις αρνητικές αποδόσεις.

Αιτιακές αποδόσεις και αυτοαποτελεσματικότητα

Η υπόθεση ότι οι αιτιακές αποδόσεις και τα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας θα σχετίζονται δεν επιβεβαιώθηκε. Δεδομένης της πλήρους έλλειψης ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τη συγκεκριμένη σχέση, γίνεται μια απόπειρα να ερμηνευτεί αυτό το αποτέλεσμα. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρήσαμε

ότι προτείνεται να εξεταστεί η αυτοαποτελεσματικότητα ως παράγοντας επίδρασης σε εργασιακά πλαίσια με άτομα που παρουσιάζουν δύσκολες συμπεριφορές (Hastings & Brown, 2002). Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν υποστηρίζουν αυτή τη συσχέτιση. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως το μικρό μέγεθος του δείγματος της μελέτης καθώς και το γεγονός ότι η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε ήταν η γενική αυτοαποτελεσματικότητα. Οι κατασκευαστές της κλίμακας GSE προτείνουν τη δημιουργία εξειδικευμένων κλιμάκων για τη μέτρηση των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Αν και προβλέπουν ότι η γενική αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδεικτικά, είναι πιθανό μια εξειδικευμένη κλίμακα, η οποία μετρά τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας σχετικά με τις δύσκολες συμπεριφορές των θεραπευόμενων με ΜΔΠ, να έχει προσφέρει διαφορετικά αποτελέσματα.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα, οι αιτιακές αποδόσεις μετρήθηκαν σε σχέση με τις δύσκολες συμπεριφορές των θεραπευόμενων με ΜΔΠ και όχι σε σχέση με την επίδραση που μπορεί να έχει ο θεραπευτής σε αυτές τις συμπεριφορές. Στη θεωρία κινήτρων του, ο Weiner (2000) αναφέρει ότι οι άνθρωποι αποδίδουν αιτίες σε μια ποικιλία καταστάσεων που μπορεί να περιλαμβάνουν κάποιον άλλο (εκτίμηση/αξιολόγηση ως παρατηρητές – διαπροσωπική άποψη) ή τον εαυτό τους (εκτίμηση/αξιολόγηση ως δράστες – ενδοπροσωπική άποψη). Εάν τα στοιχεία της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε αφορούσαν την απόδοση μιας αιτίας σε σχέση με τον εαυτό, είναι πιθανό οι συμμετέχοντες να είχαν παράσχει διαφορετικά δεδομένα. Δεδομένου ότι η αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται σε πεποιθήσεις σχετικά με τον εαυτό, φαίνεται πιο πιθανό να σχετίζεται με τη δική τους εμπλοκή στην απόδοση αιτίων ως εκείνος που δρα, σε αντίθεση με την απόδοση αιτίων σε ένα τρίτο μέρος από την οπτική του παρατηρητή, όπως μετρήθηκε στην παρούσα έρευνα. Τέλος, το επίπεδο της αντιληπτής αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει επίσης την επιλογή συμμετοχής σε ένα έργο (Bandura, 1994). Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι οι ΕΨΥ που αξιολογούν την αυτοαποτελεσματικότητά τους όσον αφορά τη θεραπεία ΜΔΠ ως χαμηλή, μπορεί να επέλεξαν να μην συμμετάσχουν στη μελέτη ή ακόμη και να μην αναλάβουν τη θεραπεία θεραπευόμενων με ΜΔΠ γενικά.

Αιτιακές αποδόσεις και Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

Η τρίτη υπόθεση επιβεβαιώθηκε εν μέρει, καθώς βρέθηκαν κάποιες συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων των δύο ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε η ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της ΙΣ και της ελεγχιμότητας. Οι ΕΨΥ που ανέφεραν υψηλότερη ΙΣ απέδωσαν λιγότερο τον έλεγχο της δύσκολης συμπεριφοράς στον θεραπευόμενο. Η έλλειψη παρόμοιας έρευνας που να εξετάζει το συγκεκριμένο ζήτημα δεν επιτρέπει να βασιστούμε σε προηγούμενα συμπεράσματα για την επιβεβαίωση αυτού του αποτελέσματος. Ωστόσο, οι Verhaeghe και συνεργάτες (2016) βρήκαν ότι η Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής επηρεάζει τις στάσεις των ψυχιατρικών νοσηλευτών σχετικά με την επιθετικότητα των θεραπευόμενων. Υψηλότερη ΙΣ σχετίστηκε με υψηλότερη αυτοπεποίθηση στη διαχείριση της επιθετικότητας και μεγαλύτερη πίστη στην αξία της εκπαίδευσης, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση σχετίστηκε με αρνητικές αποδόσεις και με την απόδοση ευθυνών στον θεραπευόμενο για την επιθετικότητα. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο πληθυσμός της έρευνας αυτής διαφέρει από τον πληθυσμό της παρούσας έρευνας, καθώς η πρώτη αναφέρεται αποκλειστικά σε ψυχιατρικούς νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, ενώ η δική μας περιλαμβάνει διάφορους επαγγελματίες ειδικούς που εργάζονται σε διαφορετικά πλαίσια. Επιπλέον, οι εκδηλώσεις της συμπτωματολογίας του ΜΔΠ που θεωρούνται δύσκολες περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται στην επιθετικότητα. Επομένως, τα αποτελέσματα των δύο ερευνών ενδέχεται να μην είναι άμεσα συγκρίσιμα. Παρ' όλα αυτά, και οι δύο μελέτες αναδεικνύουν τη σχέση της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής με καταστάσεις όπου ΕΨΥ καλούνται να διαχειριστούν δύσκολες συμπεριφορές.

Επιπλέον, πιστεύουμε ότι αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να υποστηριχθούν από τη θεωρητική προσέγγιση του Figley (2002), σύμφωνα με την οποία η αίσθηση ικανοποίησης που βιώνουν οι επαγγελματίες μέσω της παροχής φροντίδας μπορεί να λειτουργήσει ενθαρρυντικά στην αναζήτηση νοήματος στην εργασία τους. Οι

Chartonas και συνεργάτες (2017) έχουν διαπιστώσει ότι οι ψυχίατροι σε εκπαίδευση ανέφεραν απώλεια νοήματος και σκοπού όταν κλήθηκαν να εργαστούν με θεραπευόμενους με ΜΔΠ σε σχέση με θεραπευόμενους με κατάθλιψη. Η αύξηση της ΙΣ μπορεί να αντισταθμίσει τα συναισθήματα έλλειψης νοήματος και θεραπευτικού πεσιμισμού, οδηγώντας σε πιο θετικές στάσεις, λιγότερη απόδοση ευθυνών και υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα (Verhaeghe et al., 2016), και επομένως σε μια πιο επαγγελματική και θεραπευτικά κατάλληλη προσέγγιση στα περιστατικά δύσκολης συμπεριφοράς.

Τέλος, όσον αφορά το ΔΤΣ, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες που βαθμολογήθηκαν σε μέτριο επίπεδο ΔΤΣ απέδωσαν λιγότερο την εσωτερική εστία ελέγχου στο άτομο σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που βαθμολογήθηκαν ψηλά ή χαμηλά στο ΔΤΣ, εύρημα που λόγω της έλλειψης προηγούμενης έρευνας, δεν υπάρχει βάση σύγκρισης. Όπως γνωρίζουμε, όμως, η αποδοχή εσωτερικών αιτιών σχετίζεται θεωρητικά με την ανάγκη για προγνωστικό έλεγχο. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές με χαμηλό και μέτριο επίπεδο ΔΤΣ θεωρούν την επιθετικότητα ως μέρος της δουλειάς τους, κάτι που υποδηλώνει ότι είναι αναπόφευκτη - και επομένως εκτός του ελέγχου τους - και σταθερή (Verhaeghe et al., 2016). Σύμφωνα με τους Injeyan και συνεργάτες (2011), η έκταση κατά την οποία οι γενετικοί σύμβουλοι πιστεύουν ότι τα γεγονότα που τους συμβαίνουν οφείλονται σε αιτίες εκτός του ελέγχου τους (τύχη, μοίρα, άλλοι άνθρωποι - εξωτερική εστία ελέγχου) σχετίζεται θετικά με την εξουθένωση και το ΔΤΣ. Συνεπώς, φαίνεται λογικό να υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της εσωτερικής εστίας ελέγχου, ως ανάγκη για την πρόβλεψη και τον έλεγχο μελλοντικών καταστάσεων, και του ΔΤΣ, στην οποία η αίσθηση απώλειας ελέγχου και η ανάγκη μείωσης του άγχους είναι βασικά στοιχεία.

Η απουσία γραμμικής συσχέτισης του ΔΤΣ με την εσωτερική εστία ελέγχου μπορεί να υποδηλώνει την επίδραση παραγόντων που διέφυγαν του ελέγχου μας. Δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, τα πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, η αυξημένη σωματική και ψυχολογική φόρτιση, η αυξημένη επαφή με τραυματισμένους θεραπευόμενους και οι πολλές ώρες εργασίας έχουν παρατηρηθεί να σχετίζονται με την εμφάνιση ΔΤΣ στους Έλληνες ψυχιατρικούς νοσηλευτές (Maggouliá, 2011). Παρά το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ εξουθένωσης ή ΔΤΣ και αυτών των παραγόντων (ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας, επαφή με θεραπευόμενους με ΜΔΠ), η ηλικία και τα χρόνια εμπειρίας διαπιστώθηκαν ότι αυξάνουν την απόδοση σε σταθερές και εσωτερικές αιτίες. Οι Verhaeghe και συνεργάτες (2016) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι καθώς τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας αυξάνονται και το προσωπικό εξαντλείται συναισθηματικά, μπορεί να είναι πιο δύσκολο να επιδείξουν συμπάθεια σε επιθετικές συμπεριφορές, αποδίδοντας περισσότερη ευθύνη στους θεραπευόμενους. Επιπλέον, το προσωπικό ιστορικό τραύματος μπορεί να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ΔΤΣ (Figley, 2002). Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής και συγκεκριμένα το ΔΤΣ είναι μια έννοια που έχει πρόσφατα προκαλέσει το ερευνητικό ενδιαφέρον και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση σε σχέση με πιθανούς προσωπικούς (προσωπικότητα, ιστορικό) και δημογραφικούς παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να παρέχουν ένα πλαίσιο για τη σχέση της με τις αποδόσεις εσωτερικής εστίας ελέγχου.

Ανασκόπηση των ευρημάτων, μελλοντικές κατευθύνσεις και περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι Έλληνες ΕΨΥ τείνουν να αποδίδουν τις δύσκολες συμπεριφορές ατόμων με ΜΔΠ σε εσωτερικά και σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ενώ δεν τις θεωρούν ελέγξιμες από τον πελάτη. Οι αποδόσεις διαφοροποιήθηκαν ανάλογα με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας, αλλά δεν σχετίστηκαν με την αυτοαποτελεσματικότητα. Αντίθετα, βρέθηκαν σχέσεις με δείκτες της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, γεγονός που υπογραμμίζει τον ρόλο της ικανοποίησης και της ψυχολογικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών στις αντιλήψεις τους.

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι το στίγμα απέναντι στη ΜΔΠ εξακολουθεί να επηρεάζει τη θεραπευτική στάση. Ωστόσο, η διαφοροποίηση στον παράγοντα της ελεγχιμότητας δείχνει πιθανές αλλαγές, οι οποίες ίσως σχετίζονται με νεότερα ερευνητικά και κλινικά δεδομένα που τονίζουν τον ρόλο του τραύματος και των περιβαλλοντικών παραγόντων.

Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να αξιοποιήσουν μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, ώστε να αυξηθεί η στατιστική ισχύς και να βελτιωθεί η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Επίσης, προτείνεται η χρήση εξειδικευμένων εργαλείων αυτοαποτελεσματικότητας που εστιάζουν ειδικά στη διαχείριση δύσκολων συμπεριφορών, καθώς και η εφαρμογή διαχρονικών ερευνητικών σχεδίων που θα καταγράφουν την εξέλιξη των στάσεων με την πάροδο του χρόνου. Σημαντικό είναι ακόμη να υλοποιηθούν παρεμβατικές μελέτες για την αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εποπτείας, ενώ η διερεύνηση πολιτισμικών παραγόντων σε διαφορετικά κοινωνικά και θεσμικά πλαίσια μπορεί να εμπλουτίσει περαιτέρω την κατανόηση του φαινομένου.

Σε επίπεδο κλινικής πρακτικής, είναι σημαντικό να εμπλουτιστούν τα προγράμματα εκπαίδευσης των ΕΨΥ με θεωρητικές γνώσεις και πρακτικές δεξιότητες ειδικά στο πεδίο των διαταραχών προσωπικότητας. Η ενίσχυση πρακτικών ενήμερης για το τραύμα φροντίδας (Trauma-Informed Care) μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες να ερμηνεύουν τις δύσκολες συμπεριφορές στο πλαίσιο της συνολικής ζωής και εμπειρίας του ατόμου. Παράλληλα, η συστηματική εποπτεία και η ανάπτυξη προγραμμάτων υποστήριξης επαγγελματιών αποτελούν βασικούς μηχανισμούς πρόληψης της εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Τέλος, η προώθηση αναστοχαστικών πρακτικών και η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση μπορούν να ενισχύσουν την επαγγελματική αποτελεσματικότητα και να συμβάλουν στη μείωση του στίγματος απέναντι στα άτομα με ΜΔΠ.

Ωστόσο, τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης πρέπει να ερμηνευθούν υπό το πρίσμα ορισμένων περιορισμών. Το μικρό μέγεθος του δείγματος και η απουσία εκ των προτέρων εκτίμησης της απαιτούμενης στατιστικής ισχύος περιορίζουν τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων. Η υπερεκπροσώπηση γυναικών στο δείγμα, ο συγχρονικός σχεδιασμός και η συμμετοχή επαγγελματιών που δεν είχαν εμπλακεί στη θεραπεία ατόμων με ΜΔΠ αποτελούν επίσης σημαντικούς περιορισμούς. Επιπλέον, η χρήση γενικής κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας και η έλλειψη πολυπαραγοντικών αναλύσεων ενδέχεται να επηρέασαν τα αποτελέσματα. Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να λάβουν υπόψη τους αυτούς τους περιορισμούς, ώστε να αποσαφηνιστούν περαιτέρω οι σχέσεις μεταξύ αιτιακών αποδόσεων, αυτοαποτελεσματικότητας και ποιότητας επαγγελματικής ζωής.

Συνολικά, η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για συνδυασμένη ερευνητική και κλινική προσπάθεια, ώστε να ενισχυθεί η κατανόηση, να μειωθεί το στίγμα και να βελτιωθεί η φροντίδα ατόμων με ΜΔΠ στην Ελλάδα.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Baker, J. (2020). *Judging personality disorder: A systematic review of clinician attitudes and responses to borderline personality disorder; and an examination of causal attributions, stigmatising stereotypes and jury decision making regarding the ICD-11 “severe personality disorder” construct* [Doctoral thesis, University of Leicester]. University of Leicester Repository. <https://doi.org/10.25392/leicester.data.12022138.v1>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Chartonas, D., Kyratsous, M., Dracass, S., Lee, T., & Bhui, K. (2017). Personality disorder: Still the patients psychiatrists dislike? *BJPsych Bulletin*, 41(1), 12–17. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052456>
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186–191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>
- Dagnan, D., & Cairns, M. (2005). Staff judgements of responsibility for the challenging behaviour of adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 95–101. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00665.x>

- Dagnan, D., Trower, P., & Smith, R. (1998). Care staff responses to people with learning disabilities and challenging behaviour: A cognitive-emotional analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 59–68. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01279.x>
- Day, N. J. S., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. S. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. *Personality and Mental Health*, 12(4), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Molecular Ecology*, 25(13–14), 1848–1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x>
- Fritz, J.-C. (2012). *She's such a borderline: Exploring the stigma of borderline personality disorder through the eyes of the clinician* [Master's thesis, Smith College School of Social Work]. Smith Scholar Works. <https://scholarworks.smith.edu/theses/643>
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 481–487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x>
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 144–150. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00378.x>
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107(3), 222–232. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2)
- Hastings, R. P. (1995). Understanding factors that influence staff responses to challenging behaviours: An exploratory interview study. *Mental Handicap Research*, 8(4), 296–320. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1995.tb00163.x>
- Horn, N., Johnstone, L., & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255–269. <https://doi.org/10.1080/09638230601056371>
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G., & Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling*, 20(5), 526–540. <https://doi.org/10.1007/s10897-011-9379-4>
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), S19–S26. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s06>

- Kyratsous, M., & Sanati, A. (2017). Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 974-980. <https://doi.org/10.1111/jep.12609>
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Main, T. F. (1957). The ailment. *British Journal of Medical Psychology*, 30(3), 129-145. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1957.tb00621.x>
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label “borderline personality disorder” on nursing staff’s perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243-256. <https://doi.org/10.1348/01446650360703366>
- Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients’ perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 29897. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Myers, V. R. (2017). Borderline personality disorder: Is diagnosis offering service or stigma? *University of Ottawa Journal of Medicine*, 7(1), 21-23. <https://doi.org/10.18192/uojm.v7i1.1987>
- Nehls, N. (2000). Recovering: A process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 62-70. <https://doi.org/10.1097/00012272-200006000-00006>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5-6), 39-43. <https://doi.org/10.1097/00012272-200606000-00006>
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user’s portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). NFER-NELSON.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org. http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Verhaeghe, S., Duprez, V., Beckman, D., Leys, J., Van Meijel, B., & Van Hecke, A. (2016). Mental health nurses’ attitudes and perceived self-efficacy toward inpatient aggression: A cross-sectional study of associations with nurse-related characteristics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(1), 12-24. <https://doi.org/10.1111/ppc.1209>
- Veysey, S. A. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/1177083X.2013.871303>
- Weiner, B. (1984). Principles for a theory of student motivation and their application within an attributional framework. In R. Ames & C. Ames (Eds.), *Research on motivation in education* (Vol. 1, pp. 15-38). Academic Press.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>

- Weiner, B. (2000). Attributional thoughts about consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 27(3), 382–387. <https://doi.org/10.1086/317592>
- Whittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the “zero tolerance” era: Associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 819–825. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x>
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): Contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005>
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). “Destructive whirlwind”: Nurses’ perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703–709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>

Attributions of difficult behaviors of people with borderline personality disorder from mental health professionals: Self-efficacy and professional quality of life

Ioanna MARKOZANNES ¹, Georgios KLEFTARAS ²

¹ M.Sc. in Counselling Psychology, University of Thessaly

² Department of Special Education, University of Thessaly

KEYWORDS

Borderline personality disorder
Difficult behaviour
Mental health professionals
Causal attributions
Self-efficacy
Professional quality of life

CORRESPONDENCE

Ioanna Markozannes
University of Thessaly
Argonafton & Filellinon Street,
Volos, GR-38221, Greece
markozannes.ioanna@gmail.com

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is often met with prejudice, even by mental health professionals, but research data on the factors that may influence these professionals is limited. The aim of this study is to explore mental health professional's causal attributions for difficult behaviours in individuals with BPD in Greece, with a specific focus on the relationship between these attributions and professional's levels of self-efficacy and professional quality of life. The study was conducted with a sample of 85 mental health professionals (ages 24 to 57). The following psychometric tools were administered: a modified version of the Causal Attribution Scale, the General Self-Efficacy Scale, the Professional Quality of Life Scale (ProQOL 5), and a brief demographic questionnaire. The results showed that participants tended to attribute difficult behaviors to internal and stable factors of the individual rather than to external or controllable ones. No association was found with self-efficacy, whereas professional quality of life demonstrated certain associations, particularly between compassion, satisfaction and control attribution. These findings suggest that Greek mental health professionals' perceptions of the behaviors of individuals with BPD partly diverge from international evidence and underscore the importance of professional quality of life in shaping positive and therapeutically meaningful attitudes.