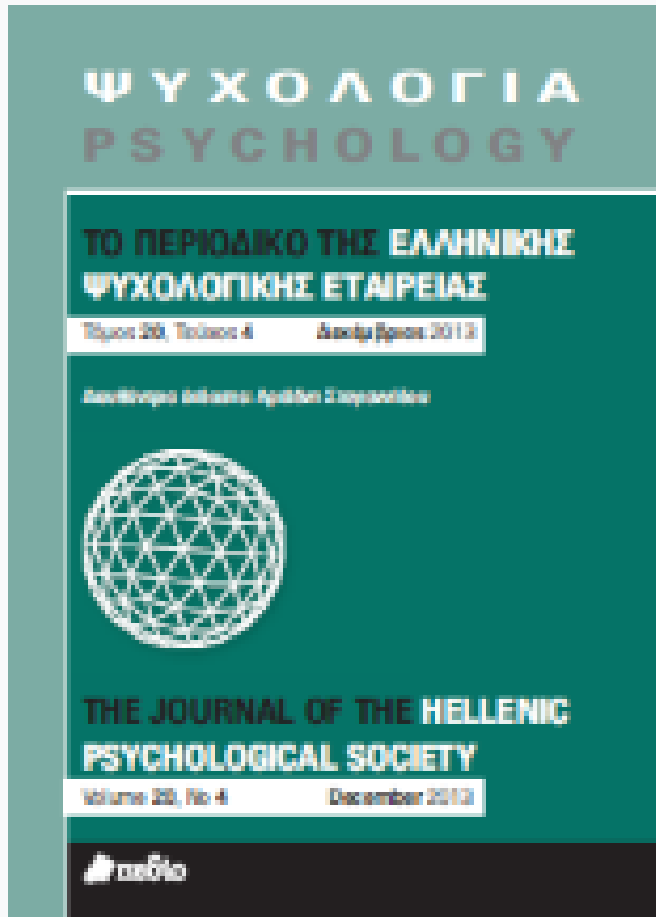


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 20, No 1 (2013)



Attachment and Defense Mechanisms in subjects diagnosed with Borderline Personality Disorder

Αντώνιος Καλαματιανός, Λίσσου Κανελλοπούλου

doi: [10.12681/psy_hps.23514](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23514)

Copyright © 2020, Αντώνιος Καλαματιανός, Λίσσου Κανελλοπούλου



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

To cite this article:

Καλαματιανός Α., & Κανελλοπούλου Λ. (2020). Attachment and Defense Mechanisms in subjects diagnosed with Borderline Personality Disorder. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 20(1), 1–15. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23514

Η προσκόλληση και οι μηχανισμοί άμυνας σε άτομα διεγνωσμένα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας

ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΚΑΛΑΜΑΤΙΑΝΟΣ¹

ΛΙΣΣΥ ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ενδιαφέρον για την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς ο αριθμός των διεγνωσμένων με ΟΔΠ ατόμων που χρησιμοποιούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχει σημειώσει άνοδο. Η ΟΔΠ έχει σχετιστεί με τις δυσλειτουργικές πρώιμες σχέσεις με τους γονείς και τη χρήση ανώριμων άμυνών. Η έρευνα αυτή έχει ως στόχο τη μελέτη των μηχανισμών άμυνας ατόμων διεγνωσμένων με ΟΔΠ σε συνάρτηση με τον τύπο προσκόλλησης που υιοθετούν. Το δείγμα αποτέλεσαν 36 ενήλικα άτομα διεγνωσμένα με ΟΔΠ που προσήλθαν σε ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία και 36 άτομα που προσήλθαν στα οφθαλμολογικά εξωτερικά ιατρεία γενικού νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα Ερωτηματολόγια Προσκόλλησης του Ενηλίκου, CA-MIR και Μηχανισμών Άμυνας, Defense Style Questionnaire-40. Τα αποτελέσματα συμφωνούν εν πολλοίς με το θεωρητικό υπόβαθρο, καθώς προέκυψε ότι τα διεγνωσμένα με ΟΔΠ άτομα εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στους ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης, δηλαδή την αμφιθυμική, την αποστασιοποιημένη και την ανεπίλυτη, και χαμηλότερες τιμές στην αυτόνομη προσκόλληση από την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, φάνηκε ότι οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ χρησιμοποιούν περισσότερο από τους μη διεγνωσμένους συμμετέχοντες τις νευρωτικές άμυνες και τις ανώριμες άμυνες, αλλά δεν διαφέρουν ως προς τη χρήση των ώριμων άμυνών. Τέλος βρέθηκε συνάφεια μεταξύ προσκόλλησης και άμυνών με εξαίρεση τις ώριμες που δεν παρουσίασαν συνάφεια με κανένα μοντέλο προσκόλλησης. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να συμβάλουν στον εντοπισμό παραγόντων που συμμετέχουν αιτιολογικά σε μια σύνθετη και σοβαρή ψυχική διαταραχή και στη διαμόρφωση αποδοτικότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Λέξεις-κλειδιά: (Μεθ)Οριακή/Μεταχιμακή Διαταραχή Προσωπικότητας, Προσκόλληση, Δεσμός, Μηχανισμοί Άμυνας.

1. Διεύθυνση: Λαζαράδων 23, Νέα Κυψέλη, 11363 Αθήνα. Τηλ.: 2108214220. E-mail: akalamt@psych.uoa.gr

2. Διεύθυνση: Τομέας Ψυχολογίας, Τμήμα Φ.Π.Ψ., Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιόπολη, 15784 Αθήνα. Τηλ.: 2107277509. E-mail: lcanel@psych.uoa.gr

1. Εισαγωγή

Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης της προσκόλλησης και των μηχανισμών άμυνας με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ). Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), η ΟΔΠ χαρακτηρίζεται από επίμονες προσπάθειες αποφυγής της πραγματικής ή της φανταστικής εγκατάλειψης, ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις με εναλλαγές μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης, ασταθής εικόνα εαυτού, παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς, δυνητικά αυτοκαταστροφικούς, συναισθηματική αστάθεια, χρόνια αισθήματα κενού και απρόσφορο, έντονο θυμό.

Ο Kernberg (1967) βασισμένος στην ψυχαναλυτική θεωρία πρότεινε, αντίθετα με το κατηγορικό μοντέλο, τρεις οργανώσεις προσωπικότητας βάσει δομικών και όχι φαινομενολογικών κριτηρίων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και η οριακή οργάνωση προσωπικότητας που στοιχειοθετείται με κριτήρια την απουσία απαρτίωσης της έννοιας του εαυτού και των σημαντικών άλλων, την επικράτηση πρώιμων αμυντικών μηχανισμών και τον επαρκή έλεγχο της πραγματικότητας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία (Shaffer, 2004) ως προσκόλληση έχει οριστεί η στενή συναισθηματική σχέση μεταξύ δύο ανθρώπων με αμοιβαίο συναίσθημα και επιθυμία διατήρησης της εγγύτητας. Το άτομο αναπτύσσει στην πορεία της αλληλεπίδρασής του με τον κόσμο εσωτερικά αναπαραστασιακά μοντέλα με βάση τα οποία αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει τα γεγονότα και προβλέπει το μέλλον σε ζητήματα στενών σχέσεων. Η Main (Main, Hesse, & Kaplan, 2005) καθόρισε 4 μοντέλα προσκόλλησης: α) το αυτόνομο, με άτομα που θεωρούν σημαντικές τις εμπειρίες προσκόλλησης, β) το απωθητικό ή απορριπτικό με άτομα που δεν αποδίδουν αξία στις σχέσεις και τις εμπειρίες προσκόλλησης ή τις παρουσιάζουν με ειδυλλιακό τρόπο χωρίς όμως ξεκάθαρα παραδείγματα, γ) το ανήσυχο ή αγχώδες ή έμμονο στο οποίο εντάσσονται άτομα που εκφράζουν σύγχυση και θυμό για τις παρελθούσες και τις παρούσες σχέσεις με συνέπεια να αισθάνονται τον εαυτό τους υπερεμπλεγμένο σε αυτές και τέλος δ) το άλυτο-απο-

διοργανωμένο, με άτομα που εκφράζουν τραυματικές συναισθηματικές σχέσεις. Αργότερα προστέθηκε και πέμπτη κατηγορία, η αταξινόμητη, για όσους εμφανίζουν ασυνεπή χρήση στρατηγικής προσκόλλησης.

Στο DSM-IV-TR ορίστηκαν οι μηχανισμοί άμυνας ως ψυχολογικές διεργασίες που προστατεύουν το άτομο από το άγχος και την ενημερότητα των εσωτερικών ή των εξωτερικών κινδύνων και των στρεσογόνων ερεθισμάτων. Ο Vaillant (1992) τις ιεράρχησε ως προς το επίπεδο ωριμότητας και ψυχοπαθολογίας. Στο χαμηλότερο επίπεδο βρίσκονται οι πιο πρώιμες άμυνες, όπως η άρνηση και η προβολή και οι ανώριμες (φαντασία, υποχονδρίαση, σωματοποίηση, εκδραμάτιση και παθητική-επιθετικότητα) που προκαλούν σοβαρά διαπροσωπικά προβλήματα, μεταθέτουν την ευθύνη έξω από το άτομο και χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και συναισθηματικές διαταραχές. Στο ενδιάμεσο επίπεδο κυριαρχούν νευρωτικές άμυνες όπως η απώθηση, η μετάθεση, η διανοητικοποίηση και ο αντιδραστικός σχηματισμός που εντοπίζονται σε ασθενείς με νευρωτικές διαταραχές. Τέλος, οι ώριμες άμυνες, δηλαδή η μετουσίωση, το χιούμορ, η προσδοκία και η καταστολή, χρησιμεύουν για να αναγνωρίσει το άτομο τον κίνδυνο και να ελέγξει τον ψυχικό πόνο και είναι πιο συνηθισμένες σε ωριμότερους ενήλικες.

Ως προς την αιτιολογία της ΟΔΠ, οι Masterson και Rinsley (1975) θεώρησαν ότι η μητρική υπερεμπλοκή και η υπερβολική ενασχόληση με το παιδί αλλά και η μητρική απόσυρση της διαθεσιμότητάς της οδηγούν ενδεχομένως στην ελλιπή ατομικοποίησή του και στην οριακή διαταραχή. Για τον Battegay (2000) οι οριακοί ασθενείς αδυνατούν να βιώσουν επαρκή συναισθηματική ζεστασιά από τη μητέρα τους και αγχώνονται ότι πρέπει να προσκολληθούν υπερβολικά σε αυτή με αποτέλεσμα να προσπαθούν να προστατευθούν από την εμπειρία της εγγύτητας μαζί της. Σύμφωνα με τους Adler και Buie (1979) η ανάπτυξη της ΟΔΠ οφείλεται στην έλλειψη μητρικής ενσυναίσθησης. Η ΟΔΠ έχει συνδεθεί με όλους τους τύπους ανασφαλούς προσκόλλησης (Diamond et al., 1999). Έχει αποδοθεί στο ασταθές οικογενει-

ακό περιβάλλον και ειδικότερα στην απουσία της γονεϊκής φροντίδας (Goldberg, Mann, Wise, & Segall, 1985; Paris & Frank, 1989), στη μητρική έλλειψη φροντίδας και στην υπερπροστατευτικότητα (Torgersen & Alnaes, 1992), στους παρατεταμένους πρώιμους αποχωρισμούς και απώλειες, στη διαταραγμένη γονεϊκή ανάμειξη, στη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία (Links, Steiner, & Huxley, 1988; Zanarini, 2000; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001).

Όσο για τους μηχανισμούς άμυνας, σύμφωνα με τον Kernberg (1975) η πρώιμη επιθετικότητα του παιδιού οδηγεί στη διαιώνιση του αμυντικού μηχανισμού τηςσχάσης με αποτέλεσμα το άτομο να αδυνατεί να συνθέσει απαρτιωμένη εικόνα εαυτού και να ανθέξει τον αποχωρισμό. Τα άτομα με οριακή προσωπικότητα χαρακτηρίζονται από την επικράτηση αρχαϊκών, δυσλειτουργικών μηχανισμών άμυνας, όπως τηςσχάσης, της πρωτόγονης εξιδανίκευσης, της υποτίμησης, της άρνησης, της προβολικής ταύτισης και της παντοδυναμίας (Kernberg, 1967). Ειδικότερα, διαχωρίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους (αντικείμενα) σε μόνο καλά ή μόνο κακά παράγωγα, αποδίδουν στα αντικείμενα και στον εαυτό τους μη ρεαλιστικά διογκωμένα θετικά ή αρνητικά στοιχεία, αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν οχληρά στοιχεία της εξωτερικής πραγματικότητας, αποδίδουν εσφαλμένως σε κάποιον άλλο μη αποδεκτά συναισθήματα, ενορμήσεις και σκέψεις, σαν να προέρχονται από τους άλλους και βιώνουν τους εαυτούς τους παντοδύναμους ώστε να προστατευθούν από εσωτερικά συναισθήματα «κακού» (Χατζησταυράκης, 1998).

Ός προς τη σχέση προσκόλλησης και αμυνών, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο τύπος προσκόλλησης σχετίζεται με την αμυντική ρύθμιση των συναισθημάτων (Hazan & Shaver, 1994; Ognibene & Collins, 1998). Οι Ainsworth, Blehar, Waters και Wall (1978) θεωρούν ότι η αποφευκτική συμπεριφορά αποτελεί αμυντική στρατηγική απέναντι στη γονεϊκή απόρριψη και στη μητρική έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης. Κατά τον Weinstock (1967) η ψυχολογική αστάθεια της μητέρας, οι επιθέσεις της ενάντια στην αυτοεκτίμηση του παιδιού, η ανεπάρκεια και η απόσυρση του

πατέρα και η γονεϊκή ασυνέχεια συνδέονται με την χρήση της απώθησης και της άρνησης. Όςως τα άτομα απέναντι στη γονεϊκή αδιαφορία αμύνονται με μηχανισμούς ελέγχου κάθε συναισθήματος, που θέτει δυνητικά σε κίνδυνο τη σχέση τους με τους γονείς (Bowlby, 1987). Οι ανώριμες άμυνες έχουν συνδεθεί με οικογενειακές συγκρούσεις (Thienemann, Shaw & Steiner, 1998), με γονεϊκή υπερπροστασία και έλλειψη γονεϊκής φροντίδας (Steiger & Houle 1991). Τα άτομα που υιοθετούν την απορριπτική προσκόλληση αναφέρουν μεγαλύτερη χρήση των «αποστασιοποιητικών» αμυνών, όπως άρνησης καισχάσης, ενώ οι αμφιθυμικοί φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο την αυτιστική απόσυρση και την παθητική-επιθετικότητα, δηλαδή «εσωτερικευτικές» άμυνες (Mudderisoglu, 1999). Μετά τη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης της προσκόλλησης και των αμυνών σε διάφορες μη κλινικές ομάδες, π.χ. φοιτητές, κρίνεται απαραίτητη η διευκρίνιση της σχέσης αυτής στα άτομα με ΟΔΠ, που δεν έχει εξετασθεί σε βάθος, ειδικά στον ελληνικό χώρο. Αυτή η συσχέτιση επιχειρείται να χαρτογραφηθεί από την παρούσα έρευνα.

2. Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διατυπώθηκαν οι εξής υποθέσεις: πρώτον, υπάρχει διαφορά στη βαθμολογία των κλιμάκων της ανασφαλούς και της ασφαλούς προσκόλλησης ανάμεσα στα διεγνωσμένα με ΟΔΠ άτομα και στην ομάδα ελέγχου. Δεύτερον, υπάρχει διαφορά στη βαθμολογία των ώριμων, των νευρωτικών και των ανώριμων μηχανισμών άμυνας ανάμεσα στα διεγνωσμένα με ΟΔΠ άτομα και στην ομάδα ελέγχου. Τρίτον, υπάρχει θετική συνάφεια ανάμεσα στην ανασφαλή προσκόλληση και στους νευρωτικούς και ανώριμους μηχανισμούς άμυνας και ανάμεσα στις ώριμες άμυνες και στην αυτόνομη προσκόλληση. Τέλος, διερευνήθηκαν οι σχέσεις ανάμεσα στους τύπους προσκόλλησης, στους μηχανισμούς άμυνας και σε διάφορους τρίτους δημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, π.χ. το φύλο και σε άλλους που σχετί-

ζονται πιθανώς με δυσλειτουργικές σχέσεις των ανθρώπων με τους γονείς τους, όπως το γονεϊκό αποχωρισμό για περισσότερο από 3 μήνες πριν την ηλικία των 10 ετών, την απουσία από την οικογενειακή εστία, την οικογενειακή κατάσταση των γονέων (διαζύγιο, δεύτερος γάμος, θάνατος ενός/ή και των δύο γονέων), το θάνατο προσφιλούς προσώπου, τον τρόπο διαβίωσης (οι συμμετέχοντες ζουν μόνοι, είναι παντρεμένοι, διαζευγμένοι ή άλλο), την ψυχική ασθένεια γονέα και τη μετακόμιση από την οικία.

3. Μέθοδος

Δείγμα. Το δείγμα αποτέλεσαν 36 άτομα με διεγνωσμένη ΟΔΠ (οιονεί πειραματική ομάδα) και 36 άτομα με προβλήματα μωπίας και πρεσβυωπίας χωρίς άλλες σωματικές ενοχλήσεις ή ψυχικές διαταραχές (ομάδα ελέγχου). Η πειραματική ομάδα απαρτίστηκε από άτομα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία των ψυχιατρικών τμημάτων των εξής νοσοκομείων: Ευαγγελισμός, «Γ. Γεννηματάς», ΓΝΑ 251 και Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου, στο Κέντρο Συμβουλευτικής Οικογενειών Ζωγράφου και στο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων και η ομάδα ελέγχου από άτομα που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία της οφθαλμολογικής κλινικής του «Γ. Γεννηματάς». Οι συμμετέχοντες «ασθενείς» επελέγησαν με την προϋπόθεση ότι πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση το DSM-IV και την ψυχιατρική διάγνωση, ότι συμφωνούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα και ότι ο θεραπευτής τους έκρινε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν θα επηρέαζε την πορεία της θεραπείας.

Μέσα συλλογής δεδομένων. Για τη μέτρηση των μηχανισμών άμυνας χρησιμοποιήθηκε το EMA-Ερωτηματολόγιο Αμυντικών Μηχανισμών, Defense Style Questionnaire (DSQ)-40 (Andrews, Singh, & Bond, 1993). Αποτελείται από 40 προτάσεις στις οποίες το άτομο καλείται να δηλώσει κατά πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί σε μια 9βάθμια κλίμακα (1=διαφωνώ έντονα και 9=συμφωνώ έντο-

να). Το 9 εκφράζει υψηλή τιμή και στον Ανώριμο και Νευρωτικό (παθολογική τιμή) και στον Ώριμο παράγοντα (μη παθολογική-υγιής τιμή). Αξιολογεί 20 αμυντικούς μηχανισμούς που οργανώνονται στους παρακάτω τρεις παράγοντες σύμφωνα με το βαθμό προσαρμοστικότητάς τους: Ώριμος (Cronbach $\alpha=0,68$) που περιλαμβάνει τις εξής άμυνες: Μετουσίωση, Χιούμορ, Προσδοκία και Καταστολή, Νευρωτικός (Cronbach $\alpha=0,58$) με τις εξής άμυνες: Ακύρωση, Ψευδοαλtruισμός, Εξιδανίκευση και Σχηματισμό Αντίδρασης και Ανώριμος (Cronbach $\alpha=0,80$) με τις άμυνες: Προβολή, Παθητική-Επιθετικότητα, Εκδραμάτιση, Μόνωση, Υποτίμηση, Αυτιστική Φαντασία, Άρνηση, Μετάθεση, Αποσύνδεση, Σχάση, Εκλογίκευση και Σωματοποίηση. Το DSQ-40 κατασκευάστηκε με δείγμα 712 ατόμων που περιελάμβανε ψυχιατρικούς και ιατρικούς ασθενείς, κακοποιοτικούς γονείς και την ομάδα ελέγχου. Η προσαρμογή του στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Τσάνη, Βασιλαματζή και Μαρκίδη στη μονάδα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (αδημοσίευτη έρευνα). Ο Hyphantis (2010) έχει σταθμίσει τη μορφή DSQ-88 με 984 υγιή υποκείμενα, 1084 ιατρικούς ασθενείς και 240 ψυχιατρικούς ασθενείς. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε ικανοποιητική για τις δυσπροσαρμοστικές άμυνες ($\alpha=0,82$), επαρκής για τις αυτόθυσιαστικές ($\alpha=0,76$) και σχετικά χαμηλή για τις εαυτο-στρεβλωτικές ($\alpha=0,68$) και προσαρμοστικές ($\alpha=0,66$). Οι νευρωτικές άμυνες του DSQ-40 περιλαμβάνονται κυρίως στις αυτοθυσιαστικές άμυνες του DSQ-88, οι ανώριμες κυρίως στις εαυτοστρεβλωτικές και δυσπροσαρμοστικές και οι ώριμες στις προσαρμοστικές άμυνες. Το DSQ-88 περιλαμβάνει 4 περισσότερες άμυνες και μια κλίμακα ψεύδους, ενώ έχει διαφορετικές ονομασίες για 4 άμυνες του DSQ-40.

Για τη μέτρηση της προσκόλλησης χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Προσκόλλησης του Ενηλίκου-Κάρτες των Ατομικών Μοντέλων Σχέσης (ΕΠΕ), CA-MIR: Cartes de Modèles Individuels de Relations (Pierrehumbert et al, 1996). Περιλαμβάνει 72 προτάσεις και η κλίμακα βαθμολόγησης κυμαίνεται μεταξύ 1 (Ισχύει απόλυτα) και 5 (Δεν ισχύει καθόλου) ώστε η χαμηλότερη τιμή να αντανά-

κλά πιο εκτεταμένη χρήση μιας συγκεκριμένης κλίμακας. Αποτελεί μια μέθοδο εκτίμησης της ποιότητας της προσκόλλησης του ενήλικου μέσα από τα εσωτερικά μοντέλα σχέσεων και περιγραφής των «στρατηγικών» της προσκόλλησης. Περιλαμβάνει 13 πρότυπα (αμφιθυμικό-υπερενασχολημένο πρότυπο προσκόλλησης) Α-Γονεϊκή Επέμβαση, Β-Οικογενειακή Υπερενασχόληση, C-Μνησικακία σε σχέση με την Παιδική Ηλικία, (αυτόνομο-ασφαλές πρότυπο προσκόλλησης) D-Γονεϊκή Υποστήριξη, Ε-Οικογενειακή Υποστήριξη, F-Αναγνώριση της Υποστήριξης, (αποστασιοποιημένο-απορριπτικό πρότυπο προσκόλλησης) G-Μη διαθεσιμότητα Γονεϊκή, Η-Οικογενειακή Αποστασιοποίηση, Ι-Μνησικακία Απόρριψης, (ανεπίλυτο πρότυπο προσκόλλησης) J-Γονεϊκός Τραυματισμός, Κ-Αποκλεισμός της Ανάμνησης, (δόμηση οικογενειακού περιβάλλοντος) L-Γονεϊκή Παραίτηση, Μ-Εκτίμηση της Ιεραρχίας. Τα θέματα που διαπραγματεύεται το CA-MIR καλύπτουν το παρόν (Β, Ε, Η), το παρελθόν (Α, Δ, Γ, Ι, Λ) και την ψυχική κατάσταση (C, F, Ι, Κ, Μ). Βρέθηκε στο αρχικό δείγμα επαρκής αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναξιολόγησης. Ο συντελεστής α του Cronbach κυμαίνονταν από +0,68 έως +0,95. Η ελληνική στάθμιση του ερωτηματολογίου παρουσιάζει θετικά χαρακτηριστικά (Cronbach α = +0,73 έως α = +0,80) (Θεοτοκά, Ηλίας, & Pierrehumbert, 2001).

Τέλος, χορηγήθηκαν τέσσερα αυτοσχέδια ερωτηματολόγια και ειδικότερα α) ένα Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας με σκοπό να εξακριβωθεί κάποια σοβαρή σωματική ή ψυχική ασθένεια, νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και φαρμακευτική αγωγή, β) ένα Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων, γ) ένα Ερωτηματολόγιο Γεγονότων Ζωής και Αποχωρισμού βασισμένο στο ερωτηματολόγιο των Liotti και Pasquini (2000) που αποτελείται από 17 ερωτήσεις και διερευνά θέματα, όπως απουσία από το σπίτι ή αποχωρισμό από τους γονείς για τουλάχιστον 3 μήνες πριν τα 10 έτη, θάνατο, υιοθεσία, κτλ και δ) ένα Ερωτηματολόγιο βασισμένο στα λήμματα του SCID-II για την ΟΔΠ, υπό την μορφή ερωτήσεων διωνυμικού τύπου, π.χ. «Προσπάθησες να αυτοτραυματιστείς ή να σκοτωθείς ή απείλησες πως θα το κάνεις;» με σκοπό την επιβεβαίωση της διάγνωσης στα διε-

γνωσμένα με ΟΔΠ άτομα και τον αποκλεισμό της στην ομάδα ελέγχου.

4. Ευρήματα

Πραγματοποιήθηκαν α) συγκρίσεις μέσων όρων ανάμεσα στις δύο ομάδες, β) μονοπαράγοντικές αναλύσεις διακύμανσης πρώτων των παραγόντων και των υποκλιμάκων του ΕΠΕ και δεύτερον των παραγόντων και των υποκλιμάκων του ΕΜΑ ως προς τρίτους παράγοντες και γ) μοντέλα διπαράγοντικών αναλύσεων διακύμανσης 2 (διάγνωση ή μη) \times 2 (π.χ. γονεϊκός αποχωρισμός ή μη) ή 2 (διάγνωση ή μη) \times 3 (ζουν μόνοι, είναι παντρεμένοι, είναι διαζευγμένοι ή άλλο) με εξαρτημένη μεταβλητή την κάθε κλίμακα των ερωτηματολογίων ΕΠΕ και ΕΜΑ. Οι αναλύσεις διακύμανσης πραγματοποιήθηκαν επειδή οι διακυμάνσεις των διεγνωσμένων και της ομάδας ελέγχου ήταν ομοιογενείς σύμφωνα με το κριτήριο Levene που βρέθηκε σε όλες τις αναλύσεις στατιστικής ασήμαντο. Επίσης, στις αναλύσεις αυτές για να καθοριστεί ποια συγκεκριμένα δείγματα διαφέρουν συστηματικά μεταξύ τους εφαρμόστηκαν εκ των υστέρων συγκρίσεις (post hoc) με τη διόρθωση Scheffé. Τέλος για την μελέτη αριθμητικών διμεταβλητών υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ώστε να μελετηθεί η συνάφεια ανάμεσα στην προσκόλληση και στους υποπαράγοντές της και στους μηχανισμούς άμυνας και στους επιμέρους μηχανισμούς για να διερευνηθούν σε μεγαλύτερο βάθος κάποιες αλληλεπιδράσεις παραγόντων.

Από τους 36 διεγνωσμένους με ΟΔΠ 12 (33,3%) ήταν άνδρες και 24 (66,7%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 34,8 έτη. Από αυτούς 27 (75,0%) ήταν ανύπαντροι και οι υπόλοιποι παντρεμένοι, διαζευγμένοι και χήροι, 9 είχαν κατάθλιψη ως δεύτερη διάγνωση στον άξονα I του DSM-IV και 1 σχιζοειδή ΔΠ, 1 αποφευκτική ΔΠ, 1 ναρκισσιστική ΔΠ, 2 εξαρτητική ΔΠ και 1 οιστριονική ΔΠ ως συννοσηρότητα στον άξονα II. Από τους 36 «υγιείς» 14 (38,9%) ήταν άνδρες και 22 (61,1%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 34,6 έτη. Από αυτούς 17 (47,2%) ήταν ανύπαντροι και οι υπόλοιποι παντρεμένοι και διαζευγμένοι.

Πίνακας 1
Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και t-test των κλιμάκων προσκόλλησης των διεγνωσμένων με ΟΔΠ ατόμων και της ομάδας ελέγχου («υγιών»)

Προσκόλληση	Διάγνωση				T-test	
	ΟΔΠ		Υγιείς		t-τιμή (d.f.=70)	p
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
Αμφιθυμική	2,56	0,69	3,44	0,69	-5,39	<0,001
Γον. Επέμβ.	2,60	0,92	3,65	0,80	-5,15	<0,001
Οικ.Υπερεν.	2,65	0,86	3,07	0,76	-2,18	<0,05
Μνησ.Παιδ.Ηλ.	2,43	1,01	3,60	1,01	-4,87	<0,001
Αυτόνομη	3,03	0,87	1,96	0,53	6,22	<0,001
Γον.Υποστ.	3,16	0,95	2,06	0,80	5,28	<0,001
Οικ.Υποστ.	3,03	0,99	2,12	0,50	4,87	<0,001
Αναγν.Υποστ.	2,88	0,90	1,71	0,46	6,96	<0,001
Αποστασιοποιημένη	2,52	0,66	3,38	0,56	-5,90	<0,001
Μη Διαθ.Γον.	2,49	0,99	3,70	0,77	-5,75	<0,001
Οικ.Αποστ.	2,40	0,88	2,29	0,79	0,55	Σ.Α.
Μνησ.Απορ.	2,67	1,13	4,15	0,75	-6,55	<0,001
Ανεπίλυτη	2,93	0,87	4,10	0,59	-6,62	<0,001
Γον.Τραυμ.	2,93	1,13	4,15	0,73	-5,42	<0,001
Μπλοκ.Αναμν.	2,92	1,08	4,04	0,83	-4,92	<0,001
Δόμηση	3,57	0,51	4,28	0,29	-3,33	<0,001
Γον.Παραιτ.	3,25	0,92	4,26	0,50	-5,75	<0,001
Εκτ.Ιεραρχ.	1,84	0,54	1,72	0,51	0,92	Σ.Α.

Σημείωση. Μ.Ο.: Μέσος όρος. Τ.Α.: Τυπική απόκλιση. d.f.: Βαθμοί ελευθερίας. p: Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Σ.Α.: Στατιστικώς ασήμαντο. Χαμηλότερη βαθμολογία στα πρότυπα προσκόλλησης του ενήλικου δηλώνει υψηλότερη τιμή.

4α. Προσκόλληση-ΟΔΠ. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 1 από τον έλεγχο των μέσων όρων με το κριτήριο *t* για ανεξάρτητα δείγματα, οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ ανέφεραν χαμηλότερη τιμή στην Αυτόνομη προσκόλληση (Μ.Ο.=3,03) και σε όλες τις υποκλίμακες της και υψηλότερες τιμές στη Δόμηση (Μ.Ο.=3,57), στην Αμφιθυμική (Μ.Ο.=2,56), Αποστασιοποιημένη (Μ.Ο.=2,52) και Ανεπίλυτη (Μ.Ο.=2,93) προσκόλληση από την ομάδα ελέγχου (Μ.Ο.=1,96), $t(70)=6,22$, $p<0,001$, (Μ.Ο.=4,28), $t(70)=-3,33$, $p<0,001$, (Μ.Ο.=3,44), $t(70)=-$

5,39, $p<0,001$, (Μ.Ο.=3,38), $t(70)=-5,90$, $p<0,001$, (Μ.Ο.=4,10), $t(70)=-6,62$, $p<0,001$, καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες των τριών τύπων ανασφαλούς προσκόλλησης με εξαίρεση τις υποκλίμακες Οικογενειακή Αποστασιοποίηση και Εκτίμηση Ιεραρχίας, όπου η διαφορά ήταν στατιστικώς ασήμαντη. Από τον έλεγχο της ομοιογένειας της διασποράς των συγκρινόμενων δειγμάτων προέκυψε με βάση την F-τιμή του Levene τεστ που βρέθηκε στατιστικώς ασήμαντη ότι τα δείγματα είναι ομοιογενή (Αυτόνομη Πρ., $F=0,20$, $p=0,65$), (Αμ-

Πίνακας 2
Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και t-test των μηχανισμών άμυνας των διεγνωσμένων με ΟΔΠ ατόμων και της ομάδας ελέγχου («υγιών»)

Μηχανισμοί Άμυνας	Διάγνωση				T-test	
	ΟΔΠ		Υγιείς		t-τιμή (d.f.=70)	p
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
Μετουσίωση	4,56	2,23	5,47	1,87	-1,85	Σ.Α.
Χιούμορ	5,84	2,18	6,73	1,66	-1,94	Σ.Α.
Προσδοκία	5,98	2,33	6,21	1,64	-0,46	Σ.Α.
Καταστολή	4,52	2,24	4,63	1,79	-0,23	Σ.Α.
Ώριμος Παρ	5,23	1,19	5,76	1,15	-1,91	Σ.Α.
Ακύρωση	6,36	2,14	4,72	1,89	3,43	<0,01
Ψευδοαλτρο	5,15	1,89	5,44	1,24	-0,77	Σ.Α.
Εξειδικέυσ	4,09	2,19	3,27	2,10	0,67	Σ.Α.
Σχημ Αντίδρ	5,36	2,14	5,30	1,94	0,11	Σ.Α.
Νευρωτ Παρ	5,24	1,24	4,68	1,11	1,99	<0,05
Προβολή	5,06	1,99	2,59	1,68	5,68	<0,001
Παθ Επιθετικ	4,80	2,23	3,36	1,65	3,12	<0,001
Εκδραμάτιση	2,54	1,05	3,08	0,70	-2,55	<0,01
Μόνωση	5,19	2,56	4,37	2,26	1,43	Σ.Α.
Υποτίμηση	4,83	2,00	3,68	1,69	2,63	<0,01
Αυτ Φαντασ	5,09	2,59	3,16	2,27	3,36	<0,001
Άρνηση	3,59	2,30	3,61	1,69	-0,02	Σ.Α.
Μετάθεση	4,51	2,10	3,37	1,62	2,56	<0,01
Αποσύνδεση	3,59	2,15	3,73	1,72	-0,30	Σ.Α.
Σχάση	5,01	2,15	3,44	1,94	3,24	<0,01
Εκλογίκευση	5,13	2,27	5,02	1,65	0,23	Σ.Α.
Σωματοποίηση	5,43	2,35	4,36	1,94	2,10	<0,05
Ανώριμ Παρ	4,56	0,93	3,65	0,86	4,33	<0,001

Σημείωση. Μ.Ο.: Μέσος όρος. Τ.Α.: Τυπική απόκλιση. d.f.: Βαθμοί ελευθερίας. p: Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Σ.Α.: Στατιστικώς ασήμαντο. Υψηλότερη βαθμολογία στους μηχανισμούς άμυνας δηλώνει μεγαλύτερη χρήση ατών..

φιθυμική Πρ., $F=4,32, p=0,60$), (Αποστασιοποιημένη Πρ., $F=2,27, p=0,14$), (Ανεπίλυτη Πρ., $F=0,53, p=0,46$). (Πίνακας 1 περίπου εδώ)

Από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις για το σύνολο του δείγματος προέκυψε ότι οι τρίτοι παράγοντες που διερευνήθηκαν δεν άσκησαν στατι-

στικές σημαντικές επιδράσεις στους τύπους προσκόλλησης. Ωστόσο, αυτοί χωρίς μητρικό αποχωρισμό σημείωσαν υψηλότερη τιμή (Μ.Ο.=2,40) στην Αυτόνομη προσκόλληση από αυτούς με μητρικό αποχωρισμό (Μ.Ο.=3,72), $F(3, 71)=3,50, p<0,05$. Τέλος, οι συμμετέχοντες με γονείς πα-

Πίνακας 3
Συνάφεια μεταξύ των Παραγόντων του ΕΜΑ και των προτύπων του ΕΠΕ

Πρότυπα Παράγοντες	Αμφιθυμικό	Αυτόνομο	Αποστασιοποιημένο	Ανεπίλυτο
Ωριμος	-0,17	0,15	-0,23*	-0,18
Νευρωτικός	0,44**	-0,15	0,29*	0,32**
Ανώριμος	0,52**	-0,42**	0,49**	0,49**

Σημείωση. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

ντρεμένους παρουσίασαν υψηλότερη τιμή (M.O. = 2,22) στην Αυτόνομη και χαμηλότερες τιμές στην Αμφιθυμική (M.O. = 3,18), Αποστασιοποιημένη (M.O. = 3,15) και Ανεπίλυτη προσκόλληση (M.O. = 3,82) από αυτούς με άλλη οικογενειακή κατάσταση γονέων (M.O. = 2,90), $F(3, 71) = -3,40, p < 0,001$, (M.O. = 2,73), $F(3, 71) = 2,38, p < 0,05$, (M.O. = 2,65), $F(3, 71) = 2,95, p < 0,001$, (M.O. = 3,06), $F(3, 71) = 3,59, p < 0,001$. Από τις διπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση ανάμεσα στη μεταβλητή διάγνωση και στους τρίτους παράγοντες με εξαίρεση τους διεγνωσμένους με απουσία από την οικογενειακή εστία που παρουσίασαν υψηλότερη τιμή (M.O. = 2,75), από τους «υγιείς» με απουσία (M.O. = 4,27) στην Ανεπίλυτη Προσκόλληση, $F(1, 68) = 4,07, p < 0,05, \eta^2 = 0,42$. Επιπλέον, οι διεγνωσμένοι που είχαν αποχωριστεί τη μητέρα τους σημείωσαν υψηλότερες τιμές στην Ανεπίλυτη (M.O. = 2,50) και Αποστασιοποιημένη Προσκόλληση (M.O. = 2,21) από τους «υγιείς» (M.O. = 4,36) $F(1, 68) = 5,57, p < 0,05, \eta^2 = 0,44$, (M.O. = 3,61) $F(1, 68) = 4,82, p < 0,05, \eta^2 = 0,38$. Τέλος, οι διεγνωσμένοι με γονέα με σοβαρή ψυχική ασθένεια παρουσίασαν την υψηλότερη τιμή (M.O. = 2,60) από όλες τις συνδυαστικές ομάδες και οι «υγιείς» χωρίς ασθένεια τη χαμηλότερη τιμή (M.O. = 4,19) στην Ανεπίλυτη προσκόλληση $F(1, 68) = 5,07, p < 0,05, \eta^2 = 0,43$.

4β. Μηχανισμοί άμυνας-ΟΔΠ. Όπως φαίνεται στον πίνακα 2 από τον έλεγχο των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα, οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ ανέφεραν υψηλότερες τιμές στο Νευρωτικό (M.O. = 5,24) και στον Ανώριμο παράγοντα (M.O. = 4,56) από την ομάδα ελέγχου

(M.O. = 4,68), $t(70) = 1,99, p < 0,05$, (M.O. = 3,65), $t(70) = 4,33, p < 0,001$ και στους μηχανισμούς τους εκτός της εκδραμάτισης όπου οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ (M.O. = 2,54) ανέφεραν χαμηλότερη τιμή (M.O. = 3,08), $t(70) = -2,55, p < 0,01$. Στον Ωριμο παράγοντα, στις υποκλίμακές του, καθώς και σε διάφορες υποκλίμακες των άλλων μηχανισμών, όπως εξιδανίκευση, ψευδοαλτρουισμός, σχηματισμός αντίδρασης, μόνωση, άρνηση, αποσύνδεση και εκλογίκευση δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Ο έλεγχος της ομοιογένειας της διασποράς με το κριτήριο του Levene κατέληξε σε στατιστικώς ασήμαντο αποτέλεσμα (Νευρωτικές άμυνες) $F = 0,59, p = -3,02$, (Ανώριμες άμυνες) $F = 0,33, p = -1,85$, (Ωριμες άμυνες) $F = 0,98, p = 0,66$, (εκδραμάτιση) $F = 0,28, p = 1,71$.

Από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις δεν εξήχθησαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα. Επίσης, δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις των τρίτων μεταβλητών με τη μεταβλητή διάγνωση. Ωστόσο, οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ, με απουσία από την οικογενειακή εστία σημείωσαν υψηλότερη τιμή στο Νευρωτικό παράγοντα, $F(1, 68) = 5,20, p < 0,05, \eta^2 = 0,17$, (M.O. = 5,81), (M.O. = 4,65) και Ανώριμο παράγοντα $F(1, 68) = 4,89, p < 0,05, \eta^2 = 0,27$, (M.O. = 4,87), (M.O. = 3,49), από τους «υγιείς» με απουσία από την οικογενειακή εστία.

4γ. Προσκόλληση-Μηχανισμοί άμυνας. Όσο για τη συνάφεια προσκόλλησης και άμυνών, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, ο Ωριμος παράγοντας είχε τη χαμηλότερη αρνητική συνάφεια με την Αποστασιοποιημένη προσκόλληση, ενώ δεν είχε στατιστικώς σημαντική συνάφεια με τις άλλες προσκολλήσεις. Ο Νευρωτικός παράγοντας είχε θε-

τική συνάφεια με τις ανασφαλείς προσκολλήσεις, αλλά δεν είχε στατιστικώς σημαντική συνάφεια με την Αυτόνομη προσκόλληση. Τέλος ο Ανώριμος παράγοντας είχε θετική συνάφεια με όλες τις ανασφαλείς προσκολλήσεις και αρνητική συνάφεια με την Αυτόνομη. Επίσης βρέθηκε ότι η προβολή έχει την υψηλότερη θετική συνάφεια με τη Μνησικακία Απόρριψης ($r=0,71, p<0,01$), ενώ η Ανεπίλυτη προσκόλληση έχει τη χαμηλότερη, αρνητική συνάφεια με την αποσύνδεση ($r=-0,23, p<0,05$).

5. Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη της προσκόλλησης και των αμυντικών μηχανισμών των οποίων κάνουν χρήση τα διεγνωσμένα με ΟΔΠ άτομα. Τα ευρήματα της έρευνας επιβεβαίωσαν την πρώτη υπόθεση και έδειξαν ότι αυτά τα άτομα υιοθετούν περισσότερο από την ομάδα ελέγχου και τους τρεις ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης. Τα δεδομένα υπέδειξαν ακόμα ότι οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις νευρωτικές και τις ανώριμες άμυνες. Ωστόσο, η δεύτερη υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε πλήρως καθώς τα άτομα με ΟΔΠ δεν διέφεραν στη χρήση των ώριμων αμυνών. Ως προς την τρίτη υπόθεση τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συνάφεια μεταξύ ανασφαλούς προσκόλλησης και ανώριμων και νευρωτικών αμυνών αλλά δεν επιβεβαιώθηκε η σύνδεση ασφαλούς προσκόλλησης και ώριμων αμυνών. Όσο για τους τρίτους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες δεν προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα.

Αναφορικά με την προσκόλληση, βρέθηκε πρώτον, ότι οι διεγνωσμένοι παρουσίασαν χαμηλότερο βαθμό στην αυτόνομη προσκόλληση, όπως παρατήρησαν και οι Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape και Egan (2001). Δεύτερον, σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στην υπερενασχολημένη-αμφιθυμική προσκόλληση, όπως είχαν παρουσιάσει οι Soloff και Millward (1983) που βρήκαν τον πατέρα των ασθενών με ΟΔΠ αδιάφορο και τη μητέρα τους υπερεμπλεκόμενη, αρνητική και παρεμβατική. Αυτό

το εύρημα επιβεβαιώνει τους Sperling και Berman (1991) που θεώρησαν το αμφιθυμικό/αντιδραστικό στυλ των οριακών ασθενών συμβατό με τη φαινομενολογία των συναισθηματικών άκρων ανάμεσα στα οποία ταλαντεύονται συχνά αυτοί, όπως και την έρευνα των Bezirgianian, Cohen και Brook (1993) που βρήκαν ότι η μητρική υπερεμπλοκή και η ακαταλληλότητα της μητρικής υποστήριξης στο παιδί ευθύνονται για την ΟΔΠ. Τρίτον, σημείωσαν υψηλότερες τιμές στην αποστασιοποιημένη-απορριπτική προσκόλληση. Φάνηκε συνεπώς ότι οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου τείνουν να μην θυμούνται θετικά το παρελθόν τους, υπερενασχολούνται με τους σημαντικούς άλλους, περιγράφουν τους γονείς τους ως περισσότερο παρεμβατικούς, είναι δύσπιστοι προς τους άλλους και δεν νιώθουν αυτόρκειες στο παρόν. Το γεγονός ότι είχαν υψηλότερες τιμές και στην υπερενασχολημένη και στην αποστασιοποιημένη προσκόλληση, πιθανώς δηλώνει τον αμφίσημο τρόπο με τον οποίο εκφράζουν και ελέγχουν τα συναισθήματά τους ώστε άλλοτε τα απωθούν λειτουργώντας απορριπτικά και άλλοτε φορτίζονται έντονα και κατακλύζονται από αυτά. Η απουσία σημαντικής διαφοράς ανάμεσα σε διεγνωσμένους και μη στην οικογενειακή αποστασιοποίηση στο παρόν δείχνει πιθανώς ότι η διαγενεακή μετάδοση του μοτίβου της αποστασιοποιημένης προσκόλλησης από την οικογένεια καταγωγής στην παρούσα οικογένεια στα άτομα με οριακή προσωπικότητα δεν επαληθεύτηκε.

Επιπλέον, οι ασθενείς σημείωσαν υψηλότερες τιμές από την ομάδα ελέγχου στην ανεπίλυτη προσκόλληση. Αυτό συνδέθηκε με την απουσία από την οικογενειακή εστία και με τον αποχωρισμό από τη μητέρα τους για διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών σε μικρή ηλικία. Αυτή η συσχέτιση συμφωνεί με τα ευρήματα της Barone (2003), που συνέδεσε την ΟΔΠ με την άλυτη προσκόλληση σχετικά με παρελθούσα απώλεια ή τραύμα, κάτι που το απέδωσε στην αδυναμία της μητέρας να αναπαραστήσει μια οργανωμένη βάση προσκόλλησης. Η σύνδεση του μητρικού αποχωρισμού των διεγνωσμένων με ΟΔΠ με την αποστασιοποιημένη και ανεπίλυτη προσκόλληση επιβεβαιώνεται και από τους Nakash-Eisikovits, Dutra και Westen

(2002). Επίσης ενισχύεται εν μέρει η υπόθεση των Adler και Buie (1979) σύμφωνα με την οποία η μητέρα δεν αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του παιδιού της και ανταποκρίνεται σε αυτές με εσφαλμένο τρόπο ώστε το παιδί να αδυνατεί να σχηματίσει ένα σταθερό εαυτό. Το παιδί αναπτύσσει αργότερα ΟΔΠ αναζητώντας συνεχώς την εξωτερική αγάπη και την επικύρωση για να καλύψει την εσωτερική κενότητα. Τέλος, όσον αφορά την αλληλεπίδραση της διάγνωσης και τρίτων παραγόντων στους τύπους προσκόλλησης, οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ που έχουν γονέα με ψυχική ασθένεια ανέφεραν υψηλότερη ανεπίλυτη προσκόλληση από την ομάδα ελέγχου. Παρομοίως οι Bezirganian και συνεργάτες πρότειναν ως αιτιολογικό παράγοντα της ΟΔΠ την οριακή διαταραχή της μητέρας του ασθενούς, που ευθύνεται για την ασυνέχεια της μητρικής στάσης απέναντι στο παιδί της.

Αναφορικά με τους μηχανισμούς άμυνας, οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ σημείωσαν υψηλότερες τιμές από την ομάδα ελέγχου στις νευρωτικές άμυνες. Δεν βρέθηκε όμως διαφορά στη χρήση της εξιδανίκευσης ανάμεσά τους, αντίθετα με τη δεύτερη υπόθεση της παρούσας έρευνας. Πολλές έρευνες έχουν παρουσιάσει αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με την εξιδανίκευση (Lerner & VanDer Keshet, 1995). Οι Bond, Paris και Zweig-Frank (1994) απέδωσαν αυτή τη διαφορά, ακόμα και μεταξύ δύο δικών τους ερευνών, στο μεγαλύτερο δείγμα και στα διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια μεταξύ των μελετών. Η ψυχιατρική διάγνωση σύμφωνα με τους Clarkin, Widiger, Frances, Hurt και Gillmore (1983) αποτελεί πρωτοτυπική κατηγορία και περιλαμβάνει ετερογενείς ομάδες. Επομένως οι διαφορές στα ευρήματα αυτά μπορεί να πηγάζουν από διαφορές μεταξύ υπο-ομάδων των οριακών ασθενών. Φαίνεται, συνεπώς, ότι οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ χρησιμοποιούν άμυνες που διαστρεβλώνουν τα ερεθίσματα, αλλά όχι όλες, π.χ. την εξιδανίκευση και την αποσύνδεση. Η απουσία διαφορετικής χρήσης του σχηματισμού αντίδρασης, της μόνωσης και του ψευδοαλτρουισμού ανάμεσα στους διεγνωσμένους και στην ομάδα ελέγχου δείχνει ότι δεν διαφέρουν ως προς άμυνες, που αντανακλούν την ανάγκη να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως καλούς, βοηθητι-

κούς προς τους άλλους, δηλαδή αυτές που αποκαλούνται αυτο-θυσιαστικές.

Οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ επίσης σημείωσαν υψηλότερες τιμές στις ανώριμες άμυνες συνολικά. Αυτό συμφωνεί με έρευνα του Bond (1990) όπου προέκυψε ότι οι οριακοί ασθενείς έκαναν χρήση κυρίως της προβλητικής ταύτισης και της σχάσης. Το γεγονός ότι οι διεγνωσμένοι δεν διέφεραν από την ομάδα ελέγχου στη χρήση της εκλογίκευσης δείχνει ότι δεν εκφράζουν μεγαλύτερη τάση να αποστασιοποιούνται από τα συναισθήματά τους για όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν στις σχέσεις τους. Αυτό αποτελεί εύρημα που δεν επαληθεύει τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση. Από την έλλειψη διαφοράς στην άρνηση φαίνεται ότι οι διεγνωσμένοι δεν αποτυγχάνουν περισσότερο από την ομάδα ελέγχου στην αναγνώριση οδυνηρών στοιχείων της εξωτερικής πραγματικότητας. Επίσης, αντίθετα με τις έρευνες των Bond και συνεργατών και Lingardi και συνεργατών (1999) η εκδραμάτιση χρησιμοποιήθηκε λιγότερο από τους διεγνωσμένους με ΟΔΠ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Ίσως οι διεγνωσμένοι της παρούσας έρευνας δεν εκφράζουν άμεσα, μέσω πράξης, κάποιες ασυνείδητες επιθυμίες ή συγκρούσεις προκειμένου να αποφύγουν να αποκτήσουν ενημερότητα για αυτές τις ιδέες ή τα συναισθήματα που τις ακολουθούν. Ενδέχεται, συνεπώς, τα διαγνωστικά κριτήρια που πληρούν οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ της παρούσας μελέτης να μην περιλαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό την παρορμητικότητα, τις εκρήξεις θυμού ή την αυτοκτονική συμπεριφορά, δηλαδή κριτήρια που συγγενεύουν με την εκδραμάτιση σύμφωνα με πλήθος ερευνών (Gurvitis, Koenisberg, & Siever, 2000; Paris, 2000; Siever & Davis, 1991; Trull, 2001). Επιπροσθέτως, στην έρευνά τους οι Ungerer και Dolby (1997) κατέληξαν ότι τα άτομα δεν υποστηρίζουν τη χρήση όλων των άμυνών ενός παράγοντα στον ίδιο βαθμό. Θα ήταν ίσως χρήσιμη η παραγοντική ανάλυση του DSQ-40 ώστε να φανεί αν η εκδραμάτιση δεν φορτίζει στον παράγοντα όπου ανήκει, αλλά σε διαφορετικό.

Τα ευρήματα έδειξαν ακόμα ότι οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ δεν διέφεραν από την ομάδα ελέγχου στους ώριμους μηχανισμούς, κάτι που αναιρεί μέρος της δεύτερης υπόθεσης. Οι Bond και Vaillant

(1986) σε έρευνά τους με το DSQ θεώρησαν αφενός ότι κάποιοι άνθρωποι ενδεχομένως δεν είναι ενήμεροι των μηχανισμών που χρησιμοποιούν και γι' αυτό δεν τους αναγνωρίζουν στο ερωτηματολόγιο, αφετέρου ότι πιθανώς το ερωτηματολόγιο να μην περιλαμβάνει αρκετές ερωτήσεις για να εντοπίσει κάποιες άμυνες. Επιπλέον, η McWilliams (2000) ανέφερε ότι η προτίμηση κάποιας άμυνας είναι αποτέλεσμα της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου. Αυτό ενδεχομένως δείχνει ότι ευθύνεται το συγκεκριμένο δείγμα για το παραπάνω εύρημα.

Επιπροσθέτως, από την παρούσα έρευνα προέκυψε, ως προς τη συνάφεια προσκόλλησης και αμυνών, ότι τα άτομα όσο υιοθετούν την αποστασιοποιημένη προσκόλληση τόσο χρησιμοποιούν νευρωτικές και ανώριμες άμυνες. Το ίδιο παρατηρήθηκε και με τις άλλες ανασφαλείς προσκολλησεις. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπως των Dutton, Saunders, Starzomski και Bartholomew (1994) που παρατήρησαν ότι οι οριακοί με ανασφαλή προσκόλληση τείνουν να διχοτομούν τα «αντικείμενα» σε ιδανικά και υποτιμημένα. Παρομοίως, η Strasser (2002) βρήκε ότι τα αποφευκτικά άτομα χρησιμοποιούν νευρωτικές και ανώριμες άμυνες. Ο μεγαλύτερος βαθμός συσχέτισης της προβολής των συμμετεχόντων με την αντίληψη που έχουν για την προσκόλληση στα παιδικά τους χρόνια συνάδει με τις έρευνες των Mikulincer και Horesh (1999) που βρήκαν ότι τα άτομα με ανασφαλή προσκόλληση χρησιμοποιούσαν περισσότερο από τα ασφαλή την προβολή.

Οι ώριμες κλίμακες δεν συνδέθηκαν με καμία επιμέρους κλίμακα ούτε των ανασφαλών προσκολλησεων ούτε της ασφαλούς προσκόλλησης. Αυτό αναιρεί τη διαπίστωση της Strasser (2002), σύμφωνα με την οποία, τα ασφαλή άτομα χρησιμοποιούσαν λιγότερο τις ανώριμες άμυνες και περισσότερο τις ώριμες. Αυτό το εύρημα για τους Trijsburg, Van T' Spijker, Van, Hesselink και Duivenvoorden (2000) μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άμυνες του DSQ δεν έχουν ιεραρχική δομή αλλά εκπροσωπούνται καλύτερα από μία διάσταση, δηλαδή την αμυντική λειτουργικότητα.

Η μελέτη που διεξήχθη έχει διερευνητικό χαρακτήρα για τον ελληνικό χώρο. Το αναδρομικό

σχέδιο δεν επιτρέπει την αναφορά αιτιολογικών σχέσεων. Το μέγεθος του δείγματος και η συμπωματική δειγματοληψία περιορίζουν την εμβέλεια των αποτελεσμάτων. Δεν πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση, που χρήζει μεγαλύτερου δείγματος, ώστε να διερευνηθεί η παραγοντική δομή αυτής της μορφής του DSQ. Το DSQ-40 δεν περιλαμβάνει ενδεχομένως αρκετές ερωτήσεις για να εντοπίσει κάποιες άμυνες. Εξάλλου, ο Carr (1987) αμφισβήτησε την αυτο-αναφορά ως ενδεικτική μέθοδο αξιολόγησης των αμυνών. Επίσης τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι τύποι προσκόλλησης που υπολογίζονται μέσω ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς συμπίπτουν ελάχιστα με τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας που αξιολογούνται μέσω συνεντεύξεων (Bartholomew & Shaver, 1998). Δεν εξετάστηκαν η προσκόλληση με τον πατέρα και τη μητέρα χωριστά και η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση. Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ ΟΔΠ, προσκόλλησης και αμυνών χρειάζεται να πραγματοποιηθούν έρευνες προδρομικές και συνεντεύξεις με τους γονείς ώστε να συγκεντρωθούν πληροφορίες και για ενδεχόμενη παιδική κακοποίηση.

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι οι διεγνωσμένοι με ΟΔΠ υιοθετούν περισσότερο ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης και χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό νευρωτικές άμυνες, αλλά όχι όλες. Χρησιμοποιούν και τις περισσότερες ανώριμες άμυνες, αλλά δεν διαφέρουν στη χρήση των ώριμων μηχανισμών από την ομάδα ελέγχου. Η καταγραφή των σχέσεων μεταξύ προσκόλλησης και αμυνών των διεγνωσμένων με ΟΔΠ έχει μεγάλη θεωρητική και κλινική αξία. Μέσω της διερεύνησης του στυλ προσκόλλησης, που φαίνεται να συνδέεται με την έκφραση συγκεκριμένων μορφών άμυνας, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθηθεί στο σχεδιασμό θεραπευτικών στρατηγικών και στην αποτελεσματικότερη θεραπεία της ΟΔΠ, καθώς κατανοεί καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής με ΟΔΠ αντιλαμβάνεται και συναισθάνεται τα σημαντικά πρόσωπά του. Η επιλογή αμυντικών μηχανισμών και η υιοθέτηση τύπων προσκόλλησης μπορούν να επηρεάσουν την ανταπόκριση των ασθενών με ΟΔΠ στη θεραπεία και συνεπώς είναι χρήσιμη η αξιολόγησή τους.

Βιβλιογραφία

- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition, Text Revision). Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Mental Disorder*, 181, 246-256.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 5, 64-77.
- Bartholomew, K. & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Battegay, R., (2000). Αντικειμενότροπες σχέσεις σε οριακούς ασθενείς. Στο Γ. Βασιλαματζής (Επιμ.) *Ανάμεσα στη σύγχυση και τη δημιουργικότητα. Ψυχανάλυση και οριακός ασθενής*, (σ. 81-97). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Bezircianian, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1836-1842.
- Bond, M. P. (1990). Are «borderline defenses» specific for borderline personality disorders? *Journal of Personality Disorders*, 4, 251-256.
- Bond, M. P., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 28-31.
- Bond, M. P., & Vaillant, J. S. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-288.
- Bowlby, J. (1987). Defensive processes in the light of attachment theory. In J. L. Sacksteder, D. P. Schwartz, & Y. Akabane (Eds.), *Attachment and the therapeutic process : Essays in honor of Otto Allen Will, Jr., M.D.* (pp. 63-79). Madison, CT: International University Press, Inc.
- Carr, A. (1987). Borderline defenses and Rorschach responses: A critique of Lerner, Albert, and Walsh. *Journal of Personality Assessment*, 51, 349-354.
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- Diamond, D., Clarkin, J., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P., & Yeomans, F. (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 831-884.
- Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1367-1386.
- Goldberg, R. L., Mann, L. S., Wise, T. N., & Segall, E. A. (1985). Parental qualities as perceived by borderline disorders. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 134-140.
- Gurvitis, I. G., Koenisberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 27-40.
- Θεοτοκά, Ι., Ηλίας, Ι., & Pierrehumbert, B. (2001). CAMIR (Cartes des Modèles Individuels de Relations). Ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου για το δεσμό του ενήλικα. Στοιχεία στάθμισης στον ελληνικό πληθυσμό. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 73, 124-132.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research in close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Hyphantis, T. (2010). The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properties in three different samples. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 618-629.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Lerner, P. M., & Van-Der Keshet, Y. (1995). A note on the assessment of idealization. *Journal of Personality Assessment*, 65, 77-90.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *The*

- Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 224-228.
- Links, P. S., Steiner, M., & Huxley, G. (1988). The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 14-20.
- Liotti, G., & Pasquini, P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 245-304). The Guilford Press, NY.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome : the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.
- McWilliams, N. (2000). *Ψυχαναλυτική Διάγνωση. Η κατανόηση της δομής της προσωπικότητας στα πλαίσια της κλινικής διαδικασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- Mikulincer, M., & Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1022-1034.
- Muddersoglu, S. S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. (Doctoral Dissertation, Boston University, 1999). *Dissertation Abstracts International*, 59 (7-B), 3705.
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1111-1123.
- Ognibene, T. C., & Collins, N. I. (1998). Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 323-345.
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 77-88.
- Paris, J., & Frank, H. (1989). Perceptions of parental bonding in borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1498-1499.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adults. *Psychiatrie de l'Enfant*, 39, 161-206.
- Shaffer, D. R. (2004). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. Belmont: Wadsworth.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Soloff, P. H., & Millward, J. W. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 574-588.
- Sperling, M. B., & Berman, W. H. (1991). An attachment classification of desperate love. *Journal of Personality Assessment*, 56, 45-55.
- Steiger, H., & Houle, L. (1991). Defense-styles and object relations disturbances among university women displaying varying degrees of "symptomatic" eating. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 145-153.
- Strasser, T. J. (2002). The experience and regulation of emotional states in avoidant attachment: An examination of affect and defensive operations in fearful-avoidant and dismissing-avoidant adults. (Doctoral Dissertation, University of New York, 2002). *Dissertation Abstracts International*, 63 (4-B), 2077.
- Thienemann, M., Shaw, R. J., & Steiner, H. (1998). Defense style and family environment. *Child Psychiatry and Human Development*, 28, 189-198.
- Torgersen, S., & Alnaes, R. (1992). Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 34-38.
- Trijsburg, R. W., Van T' Spijker, A., Van, H. L., Hesselink, A. J., & Duivenvoorden, H. J. (2000). Measuring overall defensive functioning with the defense style questionnaire. A comparison of different scoring methods. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 432-439.
- Trull, T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 471-481.

- Ungerer, J. A., & Dolby, R. (1997). Defense style and adjustment in interpersonal relationships. *Journal of Research in Personality, 31*, 375-384.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense. A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
- Weinstock, A. R. (1967). Family environment and the development of defense and coping mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 67-75.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 23*, 89-101.
- Zlotnick, C., Mattia, J., & Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse and Neglect, 25*, 357-367.
- Χατζησταυράκης, Γ. (1998). *Διαστασιακή-ψυχοδυναμική μελέτη ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας κατά DSM-III-R*. (Διδακτορική Διατριβή). Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα.

Attachment and Defense Mechanisms in subjects diagnosed with Borderline Personality Disorder

ANTONIOS KALAMATIANOS¹

LISSY CANELLOPOULOS²

ABSTRACT

The interest with regard to the Borderline Personality Disorder (BPD) has increased in the past few years, because the number of people with the aforementioned diagnosis who use mental health services has risen. The study aimed at examining the defense mechanisms in people with BPD diagnosis in relation to the attachment type they adopt. The sample consisted of 36 adult subjects diagnosed with BPD who attended psychiatric outpatient departments and 36 people who attended the ophthalmologic outpatient care at a general hospital. The adult attachment questionnaire CA-MIR and the Defense Style Questionnaire-40 were administered to the participants. In general, results are in accordance with the theoretical background, because it was demonstrated that diagnosed subjects scored higher in the insecure attachment types, that is, the ambivalent, the detached and the non-resolved, whereas the non-diagnosed scored higher in the autonomous attachment. Moreover, diagnosed subjects used more than the non-diagnosed participants the neurotic and the immature defenses, but they did not differ with respect to mature defenses. Finally, correlations between attachment and defenses were found with the exception of the mature that correlated with no attachment model. These findings may contribute to the identification of factors that participate in BPD and in the configuration of more efficient therapeutic interventions.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Attachment, Defense Mechanisms.

1. Address: 23 Lazaradon Str, Nea Kypseli, 11363 Athens, Greece. Tel.: +30 2108214220. E-mail: akalamt@psych.uoa.gr

2. Address: Department of Psychology, University of Athens, Panepistimiopolis, 15784 Athens. Tel.: +30 2107277509. Fax: +30 2107277534. E-mail: lcanel@psych.uoa.gr