



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΣΧΟΛΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

**Η επίδραση δημογραφικών και φαινομενολογικών
χαρακτηριστικών στην συνεργασιμότητα και το κλινικό
αποτέλεσμα της Θεραπείας Συμπεριφοράς στην
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Επιβεβαίωση της τάσης
ομαδοποίησης των χαρακτηριστικών.**

Κουμαντάνου Ευαγγελία

Ψυχολόγος, Msc. Κοινωνικής Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής

Δ Ι Δ Α Κ Τ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Τ Ρ Ι Β Η

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2023



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΣΧΟΛΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

**Η επίδραση δημογραφικών και φαινομενολογικών
χαρακτηριστικών στην συνεργασιμότητα και το κλινικό
αποτέλεσμα της Θεραπείας Συμπεριφοράς στην
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Επιβεβαίωση της τάσης
ομαδοποίησης των χαρακτηριστικών.**

Κουμαντάνου Ευαγγελία

Ψυχολόγος, Msc. Κοινωνικής Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής

Δ Ι Δ Α Κ Τ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Τ Ρ Ι Β Η

Ι Ω Α Ν Ν Ι Ν Α 2 0 2 3

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2.

(νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Copyright

© Κουμαντάνου Ευαγγελία, 2023

Με την επιφύλαξη ορισμένων δικαιωμάτων (some rights reserved)

Σημείωμα αδειοδότησης

Ως κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων του έργου αυτού, παραχωρώ το έργο μου με άδεια Creative Commons Αναφορά Δημιουργού – Μη Εμπορική Χρήση – Όχι Παράγωγα Έργα 4.0 (CC-BY-NC-ND). Διεθνής έκδοση <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Ημερομηνία αίτησης της κ. Κουμαντάνου Ευαγγελίας: 14-04-2008

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: Γ.Σ. αριθμ. 638α/03-06-2008

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων:

Βενετσάνος Μαυρέας, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία

Σκαπινάκης Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 22-01-2010

«Η επίδραση δημογραφικών και φαινομενολογικών χαρακτηριστικών στη συνεργασιμότητα και το κλινικό αποτέλεσμα της θεραπείας συμπεριφοράς στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή-Επιβεβαίωση της τάσης ομαδοποίησης των χαρακτηριστικών»

Ημερομηνία ανασυγκρότησης Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: Γ.Σ. αριθμ. 914^α/03-03-2020

Επιβλέπων:

Βενετσάνος Μαυρέας, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη:

Πετρίκης Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Σκαπινάκης Πέτρος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 1053^α/04-04-2023

1. Μαυρέας Βενετσάνος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
2. Σκαπινάκης Πέτρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
3. Πετρίκης Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
4. Μαντάς Χρήστος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
5. Κώτσης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
6. Καραγιαννοπούλου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Εκπαιδευτικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
7. Παλαιολόγου Αγγελική-Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 24-04-2023

Ιωάννινα 06-06-2023

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σπυρίδων Κονιτσιώτης

Καθηγητής Νευρολογίας



Η Γραμματέας του Τμήματος

ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

Στον γιο μου

Στην μνήμη της μητέρας μου

Στον πατέρα μου

Στον σύζυγό μου

Στους δασκάλους μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στους δασκάλους μας οφείλουμε το «ευ ζην» κι εγώ είχα την τύχη να έχω πεφωτισμένους δασκάλους που ο καθένας συνέβαλε με διαφορετικό τρόπο στην έναρξη και ολοκλήρωση της διατριβής.

Ευχαριστώ από καρδιάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Βένο Μαυρέα που με τίμησε με την εμπιστοσύνη του ώστε να προχωρήσω στην εκπόνηση του παρόντος, προσφέροντας διαρκή και συστηματική επιστημονική καθοδήγηση και ηθική αρωγή. Θερμές ευχαριστίες οφείλω στον καθ. κ. Πέτρο Σκαπινάκη για την γενναιόδωρη συνεισφορά του σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας, με τις πολύτιμες υποδείξεις και την τεράστια εμπειρία του στη θεματολογία και την ερευνητική προσέγγιση της διατριβής. Ευχαριστώ επίσης πολύ τον καθ. κ. Πέτρο Πετρίκη για την συμβολή και τον χρόνο που διέθεσε ώστε να ολοκληρωθεί το παρόν.

Δεν μπορώ να μην επισημάνω την καθοριστική συμβολή του αείμνηστου ψυχιάτρου και δασκάλου μου Παναγιώτη Ουλή, που ήταν εκείνος που μου σύστησε το Μεταπτυχιακό στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και με ενθάρρυνε να συνεχίσω την ακαδημαϊκή μου πορεία. Ευχαριστώ θερμά τον ομότιμο καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Νίκο Βαϊδάκη για το προνόμιο να μαθητεύσω δίπλα του, καθώς αποτέλεσε και αποτελεί πηγή έμπνευσης, παράδειγμα αφοσίωσης προς την γνώση και την τεκμηρίωση, ενώ με τις εύστοχες παρατηρήσεις και την κριτική ανάγνωση της μελέτης συνέβαλε στην ολοκλήρωσή της. Αισθάνομαι βαθύτατα ευγνώμων προς τον δάσκαλο και μέντορά μου, ιδρυτή και διευθυντή της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς, ψυχίατρο Γιάννη Κασβίκη για την ανεκτίμητης αξίας ευκαιρία να εκπαιδευτώ στην ψυχοπαθολογία, στις κλινικές εφαρμογές της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς, να συμμετέχω σε ερευνητικές κι εκπαιδευτικές δραστηριότητες, συμβάλλοντας τα μέγιστα στην επαγγελματική αλλά και προσωπική μου εξέλιξη.

Οφείλω ευχαριστίες προς την Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής κι Ερευνών για την πολυετή φιλοξενία και την δυνατότητα να συλλέξω τα δεδομένα της παρούσας μελέτης υπό την αιγίδα τους. Τα κλινικά εργαστήρια με τον prof. Isaak Marks και η κλινική κι ερευνητική εξειδίκευση με τον κ. Γιάννη Κασβίκη και τις εξαιρετες συναδέλφους, την καθ. ψυχολογίας Παν/μιου Manchester Μαρία Λιβανού και την δρ. Πασχαλιά Μυτσκίδου, επηρέασαν την επιλογή του θέματος της εργασίας και την μεθοδολογική προσέγγισή της.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους άξιους συναδέλφους στην Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς που με χαρά και υπευθυνότητα ανέλαβαν τη θεραπεία των ασθενών που συμμετείχαν στην εργασία: Τιτίκα Μητσοπούλου, Ηλιάνα Παυλοπούλου, Γιάννη Βλοντάκη, Βασίλη Θεοδώρου. Ιδιαίτερα θέλω να ευχαριστήσω την Τιτίκα Μητσοπούλου, αγαπημένη μου φίλη, συνάδελφο και συνοδοιπόρο σε όλη την διαδρομή από το μεταπτυχιακό ως και σήμερα, για την στήριξη και ποικιλότροπη βοήθεια σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο. Ευχαριστίες οφείλω επίσης στον νευρολόγο – στατιστικολόγο κ. Γιώργο Γιαγκλή για την πολύτιμη συμβολή στην ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας μελέτης. Η μελέτη αυτή δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τους βασικούς πρωταγωνιστές, τους ασθενείς που δέχτηκαν πρόθυμα να συμμετέχουν στην έρευνα και γι αυτό τους ευχαριστώ θερμά.

Η παρούσα εργασία αλλά και όλη η ακαδημαϊκή κι επαγγελματική μου πορεία σηματοδοτήθηκε από τα φωτεινά παραδείγματα των γονιών μου, καθοδηγητών και συνοδοιπόρων μου: τον πατέρα μου που μου μετέδωσε την αγάπη για την γνώση και την εξέλιξη, την αξία της επιμονής και της εργατικότητας. Την μητέρα μου που με στήριζε σε κάθε βήμα, κάθε επιλογή, με βοηθούσε να διδαχτώ από τις δυσκολίες, η ήρεμη δύναμή της υπήρξε οδηγός στη ζωή μου και αν και δυστυχώς ‘έφυγε’ πριν την ολοκλήρωση της μελέτης, είμαι σίγουρη ότι θα χαιρόταν να έβλεπε αυτή την προσπάθεια να ευοδώνεται. Οφείλω τεράστιες ευχαριστίες στον σύζυγό μου, για την συνεχή στήριξη σε αυτή την προσπάθεια όπως και σε όλη την κοινή μας ζωή, την υπομονή και την φροντίδα με την οποία με περιβάλλει. Τέλος, το πλέον σημαντικό πρόσωπο, το πραγματικό μου επίτευγμα που γεννήθηκε κατά την διάρκεια εκπόνησης της διατριβής: Στέφανε σε ευχαριστώ που με διάλεξες για μαμά σου, που φωτίζεις τη ζωή μου και με βοηθάς να γίνομαι καλύτερη!

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	3
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	5
Ξενόγλωσση Δημοσίευση.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.1.1. Επιδημιολογία.....	7
1.1.2. Κοινωνικό-οικονομικό κόστος και πορεία ΙΨΔ.....	9
1.1.3. Επιβάρυνση.....	10
1.1.4. Δημογραφικά στοιχεία – Συννοσηρότητα.....	11
1.1.5. Διάγνωση: Κριτήρια και διευκρινήσεις.....	12
1.1.6. Φύση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ.....	15
1.1.7. Θεωρητικά μοντέλα αιτιοπαθογένειας.....	18
Συμπεριφοριολογικό /μαθησιακό μοντέλο.....	19
Γνωσιακό μοντέλο.....	20
1.1.8. Η φαινομενολογία της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής.....	22
Οι κλασικές ταξινομήσεις.....	22
Τα μοντέλα των φαινομενολογικών διαστάσεων.....	24
Καθαρισμός – Επανέλεγχος.....	25
Σύγχρονες μέθοδοι φαινομενολογικής ανάλυσης.....	27
1.2.1. Η θεραπεία στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή – Γενικά.....	28
1.2.2. Η Θεραπεία Συμπεριφοράς στην ΙΨΔ: Ορισμοί – αποτελεσματικότητα.....	29
1.2.3. Φαινομενολογία και θεραπευτικό αποτέλεσμα – Προγνωστικοί παράγοντες.....	31
1.3.1. Σκεπτικό της παρούσας εργασίας.....	32
1.3.2. Σκοποί και υποθέσεις της εργασίας.....	34

2. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
2.1.1. Πηγές – Μέγεθος δείγματος.....	36
2.1.2. Σχεδιασμός – Διαδικασία.....	37
2.1.3. Αρχική Αξιολόγηση – Διάγνωση.....	39
2.1.4. Θεραπεία.....	40
2.2. Υλικό και Μετρήσεις.....	41
2.2.1. Κριτήρια Ολοκλήρωσης – Διακοπής θεραπείας.....	43
2.2.2. Κριτήρια Βελτίωσης.....	43
2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία – Περιγραφή.....	43
2.3.1. Κλίμακα Yale-Brown για την βαθμολόγηση της βαρύτητας και του είδους των συμπτωμάτων ασθενών με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – YBOCS).....	43
Κατάλογος συμπτωμάτων (Y-BOCS Symptom Checklist).....	44
Λίστα συμπτωμάτων – στόχων.....	45
Κλίμακα βαθμολόγησης της βαρύτητας ιδεοληπιών και καταναγκασμών (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale).....	45
Η Ελληνική μετάφραση του YBOCS.....	46
2.3.2. Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου (Compulsion Checklist).....	48
2.3.3. Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory).....	49
2.3.4. Κλίμακα Βαθμολόγησης Τελικών Θεραπευτικών Στόχων (άγχος – αποφυγή), (Final Treatment Goals).....	50
2.3.5. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής και Κοινωνικής Προσαρμογής (Work and Social Adjustment Scale).....	50
2.3.6. Ερωτηματολόγιο Φόβου (Fear Questionnaire).....	51
2.3.7. Κλίμακα Αξιολόγησης Συνεργασιμότητας (Homework Compliance Scale).....	52
2.4. Στατιστική επεξεργασία.....	52
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	55
3.1.1. Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά (N=134).....	55

3.1.2. Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (Multiple Correspondence Analysis – MCA).....	57
3.1.3. Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων(Latent Class Analysis – LCA): Η λύση των 2 κλάσεων.....	59
3.2.1. Κλινικό δείγμα (n=36).....	61
3.2.2. Έκβαση θεραπείας και συνεργασιμότητα – Συνολικό δείγμα.....	62
3.2.3. Ολοκλήρωση θεραπείας – Διακοπή θεραπείας.....	63
3.2.4. Ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού – Ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου.....	66
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	73
4.1. Περιγραφή.....	73
4.2. Κλινική αποτελεσματικότητα.....	76
4.2.2. Καθαρισμός - Επανελέγχος.....	79
4.3. Ισχυρά σημεία και περιορισμοί της μελέτης.....	83
4.4. Συμπεράσματα και μελλοντικές προτάσεις.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	110
Παράρτημα 1: Συνέντευξη αξιολόγησης.....	111
Παράρτημα 2 : Κατάλογος συμπτωμάτων YBOCS (YBOCS-Symptom Checklist).....	116
Παράρτημα 3: Κλίμακα βαθμολόγησης ιδεοληψιών και καταναγκασμών YBOCS.....	120
Παράρτημα 4: Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου.....	123
Παράρτημα 5: Ερωτηματολόγιο Συναισθήματος BDI.....	126
Παράρτημα 6: Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής και Κοινωνικής Προσαρμογής.....	130
Παράρτημα 7: Ερωτηματολόγιο Φόβου	132
Παράρτημα 8: Κλίμακα Αξιολόγησης της Συνεργασιμότητας.....	135
Παράρτημα 9: Ημερολόγιο Άγχους και Αποφυγής.....	137

Παράρτημα 10: Τελικοί Στόχοι Θεραπείας.....	140
---	-----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή με πολύπλοκη συμπτωματολογία. Ο ‘καθαρισμός και ο ‘επανελέγχος’ είναι οι δύο υπο-ομάδες που συστηματικά προκύπτουν από όλες τις έρευνες για τους τύπους της ΙΨΔ. Ωστόσο, οι κλασικές παραγοντικές αναλύσεις για τις φαινομενολογικές διαστάσεις της ΙΨΔ και οι προσπάθειες εντοπισμού αξιόπιστων υπο-ομάδων δεν έχουν ακόμη καταλήξει σε οριστικά συμπεράσματα. Παρότι η Θεραπεία Συμπεριφοράς με επίκεντρο την Έκθεση και την Παρεμπόδιση Απάντησης (ΕΠΑ) είναι η θεραπεία με την ισχυρότερη εμπειρική τεκμηρίωση για την ΙΨΔ, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι δεν απαντούν εξίσου καλά όλα τα είδη συμπτωμάτων της ΙΨΔ στην Θεραπεία Συμπεριφοράς. **Σκοπός και Μέθοδος:** Η παρούσα έρευνα πεδίου στοχεύει α) να εξετάσει την πιθανή ύπαρξη ομοιογενών υπο-ομάδων σε 134 Έλληνες Ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς με βάση τα δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά τους και β) να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Συμπεριφοράς σε δύο υπο-ομάδες ΙΨΔ ασθενών με διαφορετικό φαινομενολογικό προφίλ (ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου). Για την περιγραφή των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά η Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (MCA) και η Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (LCA). Όλοι οι ασθενείς του κλινικού μέρους της μελέτης (n=36) διαγνώστηκαν σύμφωνα με την δομημένη κλινική συνέντευξη του SCID. Για την κλινική αξιολόγηση του συνολικού δείγματος και των δύο υπο-ομάδων ξεχωριστά, χρησιμοποιήθηκαν ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση της βαρύτητας της ΙΨΔ (YBOCS), του άγχους στους τελικούς θεραπευτικούς στόχους, του αριθμού και είδους των καταναγκαστικών συμπεριφορών, της καταθλιπτικής διάθεσης, της λειτουργικότητας, των φοβικών συμπτωμάτων και της συνεργασιμότητας κατά την διάρκεια της θεραπείας. Οι μετρήσεις διενεργήθηκαν πριν και μετά την θεραπεία από ανεξάρτητο αξιολογητή. **Αποτελέσματα:** Η MCA ανέδειξε δύο διακριτές υπο-ομάδες ΙΨΔ ασθενών και η LCA επιβεβαίωσε αυτό το εύρημα καταλήγοντας σε δύο κλάσεις. Και οι δύο αναλύσεις έδειξαν (α) μία ξεκάθαρη υπο-ομάδα γυναικών ασθενών με καταναγκασμούς καθαρισμού, ιδεοληψίες μόλυνσης και όψιμη έναρξη νόσου και (β) μία υπο-ομάδα που αποτελείτο κυρίως από άνδρες ασθενείς με πρώιμη έναρξη της ΙΨΔ, καταναγκασμούς επανελέγχου και ιδεοληψίες αμφιβολίας ή επιθετικότητας.

Καταναγκασμοί νοητικοί, τακτοποίησης και παρασυσσώρευσης όπως και θρησκευτικές, σεξουαλικές ιδεοληψίες και εικόνες εμφανίστηκαν αποκλειστικά σε αυτή την υπο-ομάδα. Στο κλινικό τμήμα της μελέτης, από τους 29 ασθενείς που ενεπλάκησαν στη θεραπεία, το 79% ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και το 21% την διέκοψαν. Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία παρουσίασαν στατιστικώς και κλινικώς σημαντική βελτίωση ($\geq 50\%$) σε όλα τα ψυχομετρικά εργαλεία και επιπλέον στο τέλος της θεραπείας δεν πληρούσαν πια τα κριτήρια για την διάγνωση της ΙΨΔ σύμφωνα με το SCID. Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία κι αυτοί που την διέκοψαν δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την αρχική βαρύτητα των συμπτωμάτων τους ούτε ως προς τον βαθμό συνεργασιμότητας που επέδειξαν κατά τις θεραπευτικές συνεδρίες. Σε ό,τι αφορά τις υπο-ομάδες, 12 ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και 11 με τελετουργίες επανελέγχου ενεπλάκησαν στη θεραπεία. Στην αρχή της θεραπείας, οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού παρουσίασαν περισσότερα καταναγκαστικά συμπτώματα, υψηλότερη βαρύτητα καταναγκασμών στο YBOCS και μεγαλύτερη επιβάρυνση στη λειτουργικότητά τους, συγκριτικά με την άλλη υπο-ομάδα. Παρόλα αυτά, οι δύο υπο-ομάδες δεν διέφεραν ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας τους (70% των ασθενών της κάθε υπο-ομάδας ολοκλήρωσε τη θεραπεία) αλλά ούτε και ως προς τα ποσοστά βελτίωσης στο τέλος της θεραπείας, απώλειας της διάγνωσης, ως προς την συνεργασιμότητα ή τον συνολικό αριθμό θεραπευτικών συνεδριών που έλαβαν. **Συμπεράσματα:** Συνδυάζοντας δύο αναλύσεις διαφορετικής φιλοσοφίας για πρώτη φορά (από όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε), επιβεβαιώσαμε την ύπαρξη τουλάχιστον δύο υπο-ομάδων σε ένα ευρύ δείγμα Ελλήνων ασθενών με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Η Θεραπεία Συμπεριφοράς φάνηκε να είναι αποτελεσματική σε ένα κλινικό δείγμα ΙΨΔ ασθενών, και ξεχωριστά στις δύο πιο συχνές υπο-ομάδες: ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου. Μελλοντικά ερευνητικά σχέδια με ευρύτερα δείγματα που θα συνδυάζουν κλασικές και σύγχρονες αναλυτικές μεθόδους, θα μπορούσαν να διευκολύνουν την κατανόηση του πολύπλοκου φαινότυπου της ΙΨΔ. Αυτή η διερεύνηση, θα μπορούσε επίσης να συνεισφέρει στην εξέταση της προγνωστικής αξίας των διαφορετικών ΙΨΔ υπο-ομάδων με στόχο την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων στοχευμένων στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε υπο-ομάδας.

ABSTRACT

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a severe condition with varied symptom presentation. ‘Washing’ and ‘checking’ are the two subgroups consistently identified from all OCD subtype studies. However, classic factor analysis of OCD symptom dimensions and attempts to identify valid subgroups have not yet produced definitive conclusions. Although, Behavior Therapy with Exposure and Response Prevention (ERP) is the treatment with the most empirical support, there is some evidence that certain OCD symptoms are more responsive to Behavior Therapy than others.

Objective and Methods: This field research study aims to a) examine possible homogeneous subgrouping of demographic and phenomenological characteristics in 134 Greek treatment-seeking OCD patients and b) evaluate the effectiveness of Behavior Therapy in two subgroups of patients with different phenomenological profile (patients with washing rituals and patients with checking rituals). A combination of multiple correspondence analysis (MCA) and latent class analysis (LCA) was used for the description of patients. All patients of the clinical sample (n=36) were diagnosed by using the Greek version of structured clinical interview for DSM-IV (SCID). For the clinical evaluation of the total sample and the two subgroups individually we used psychometric measures assessing severity of OCD (YBOCS-Greek version), anxiety of treatment goals, compulsive behavior, depression, functioning, phobic symptoms, and treatment compliance. Assessments were carried out before and after treatment by an independent assessor.

Results: MCA showed two distinct subgroups of OCD patients and LCA confirmed this result by a two-class solution. Both analyses demonstrated (a) a clear subgroup of female patients with washing compulsions, obsessions related to contamination, and late age of onset and (b) a subgroup comprised mostly of male patients with earlier onset of OCD, checking rituals, and doubts or aggressive obsessions. Mental, ordering, hoarding compulsions, religious, or sexual obsessions and images appeared exclusively in this subgroup.

Among 29 patients who were involved in treatment, 79% completed therapy and 21% dropped out. Completers showed statistically and clinically significant ($\geq 50\%$) improvement in all psychometric measures at post-treatment. Additionally,

completers did not meet criteria for OCD at the end of treatment, according to SCID. Completers and drop outs showed no significant differences in pre-treatment severity or in homework compliance within treatment sessions.

Twelve washers and 11 checkers were involved in treatment. Before treatment, patients with washing rituals had more compulsive symptoms, higher YBOCS severity score on compulsions and higher functioning impairment, compared to the other subgroup. Despite this, there was no significant difference between washers and checkers in clinical outcome (70% of patients in each group completed therapy), or in post-treatment improvement, loss of diagnosis, treatment compliance, total number of sessions they received.

Conclusions: Using two different analytic methods, we confirmed at least 2 subgroups in a large sample of Greek OCD patients. Behavior Therapy proved to be effective in a clinical sample of OCD patients and in the two most common OCD subgroups (washing and checking). Future research studies with larger samples combining dimensional and latent approaches could facilitate our understanding of the heterogeneous phenotype of OCD. Also, such investigation could help to examine the prognostic value of different OCD subgroups and develop more effective therapeutic interventions targeted to each subgroup.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

- 4^ο Πανελλήνιο συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών με διεθνή συμμετοχή: Νέες προσεγγίσεις στη θεραπεία – απαντώντας στις σύγχρονες ανάγκες. Αθήνα, Νοέμβριος 2014.

Παρουσίαση: *Η επίδραση δημογραφικών και φαινομενολογικών χαρακτηριστικών στην έκβαση της Θεραπείας Συμπεριφοράς στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή: Πρώτα ευρήματα.*

- Διετές Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο «Η Θεραπεία Συμπεριφοράς των Διαταραχών Άγχους, της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής και της Μετατραυματικής Διαταραχής», στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας:

2014 ως σήμερα:

Διάλεξη «*Φαινομενολογία και συνεργασιμότητα στη θεραπεία Ελλήνων ασθενών με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή*».

2012 ως σήμερα:

Workshop: «*Η Θεραπεία Συμπεριφοράς στην ΙΨΔ. Εφαρμογές – κλινικό παράδειγμα – παρουσίαση βίντεο*».

2012 ως σήμερα:

Journal club: «*Φαινομενολογικές ταξινομήσεις στην ΙΨΔ, προγνωστικοί παράγοντες έκβασης στην ΙΨΔ*».

- Κεφάλαιο με τίτλο «*Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή – Η ασθένεια της αμφιβολίας*» στο Βιβλίο «*Κλινικός Οδηγός Θεραπείας Συμπεριφοράς στις Διαταραχές Άγχους, Ιδεοψυχαναγκαστική και Μετατραυματική Διαταραχή*», επιμ.εκδ. Γ.Κασβίκης, Ν.Βαϊδάκης, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2022.

Ξερόγλωσση Δημοσίευση:

Research article

Psychopathology.2021;54(6):315-324.

DOI: 10.1159/000518906

Epub 2021 Nov 8

Differentiation of 2 obsessive-compulsive subgroups with regard to demographic and phenomenological characteristics combining multiple correspondence and latent class analysis.

Lia Koumantanou^a, Yiannis Kasvikis^a, Georgios Giaglis^b, Petros Skapinakis^c, Venetsanos Mavreas^c.

a. Behavior Therapy Unit, Hellenic Center of Mental Health and Research, Athens, Greece

b. School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

c. Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, Ioannina, Greece

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Μέχρι σχετικά πρόσφατα επικρατούσε η άποψη ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι μάλλον σπάνια. Αυτή η άποψη στηριζόταν σε μη κοινοτικές επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες που δεν χρησιμοποιούσαν έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον, η έλλειψη σαφώς καθορισμένων διαγνωστικών κριτηρίων, η ετερογενής κλινική έκφραση της ΙΨΔ και η συχνή εμφάνιση Ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων στα πλαίσια άλλων διαταραχών, καθιστούσαν την εκτίμηση της συχνότητάς της ακόμη πιο δύσκολη. Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι κοινοτικές επιδημιολογικές έρευνες με τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων κι έχει επιτευχθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στον προσδιορισμό ξεκάθαρων διαγνωστικών κριτηρίων της ΙΨΔ, όπως προκύπτει από τις ταξινομήσεις του DSMIV και V (American Psychiatric Association 1994 & 2013) και του ICD 10 (World Health Organization's International Classification of Diseases, 1992), με αποτέλεσμα την αναζωπύρωση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για την επιδημιολογία της νόσου. Έτσι σήμερα, είναι κοινά παραδεκτό ότι η ΙΨΔ είναι πιο συχνή διαταραχή από ότι θεωρείτο παλαιότερα. Συγκεκριμένα:

Ο Bebbington (1998) στην επισκόπηση των επιδημιολογικών ερευνών που έχουν γίνει με σταθμισμένα εργαλεία, αναφέρει ότι η συχνότητα της ΙΨΔ κυμαίνεται από 0,7 ως 2,1% σε περίοδο 6 μηνών και συγκεκριμένα στον Βρετανικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 1% για τους άνδρες και στο 1,5% για τις γυναίκες. Στις ΗΠΑ ο διαβίου επιπολασμός της ΙΨΔ στον γενικό ενήλικο πληθυσμό υπολογίζεται μεταξύ 1% - 3% (Hollander 1998, Kessler et al. 2012), με παρόμοια ποσοστά να έχουν αναφερθεί στην Ιαπωνία (Tadai et al. 1995), στην Αυστραλία (Crino et al. 2005), στην Τουρκία (Cillicilli et al. 2004) και στο Ιράν (Mohammadi et al. 2004), αλλά και στα παιδιά και τους ανηλίκους (Geller 2006).

Παλαιότερες επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, εξέταζαν τη συχνότητα όλων των ψυχικών διαταραχών ή των «νευρώσεων» γενικά, χωρίς ιδιαίτερη αναφορά σε συγκεκριμένα κλινικά σύνδρομα, όπως η ΙΨΔ. Συγκεκριμένα, οι Μαδιανός και συν. (1983) βρήκαν ότι οι «νευρώσεις» αντιπροσωπεύουν το 13%

των εσωτερικών ψυχιατρικών ασθενών ενώ σε μεταγενέστερη έρευνά τους (Madianos et al. 1985) σε δείγμα 1574 ενηλίκων από δύο διοικητικά διαμερίσματα της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, βρήκαν ότι το 26,5% του δείγματος παρουσίαζε ψυχολογικές δυσκολίες με τη μορφή συμπτωμάτων άγχους και ήπιας μελαγχολίας. Παρόμοια, οι Mavreas et al. (1986, 1988) χρησιμοποιώντας σταθμισμένα εργαλεία βρήκαν ότι η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό της Αθήνας κυμαίνεται στο 16%. Σε όλες αυτές τις έρευνες υπερέχουν αριθμητικά οι γυναίκες.

Σε πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα σε ευρύ και αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού ο 1-εβδομάδας επιπολασμός της κλινικής ΙΨΔ υπολογίστηκε στο 1,69%, ενώ 2,79% των συμμετεχόντων πληρούσαν τα κριτήρια για τρέχουσα υπο-κλινική ΙΨΔ (Skaripakis et al. 2013). Παρόμοια ποσοστά προέκυψαν από αντίστοιχη έρευνα σε ανηλίκους (Politis et al. 2017). Σε συνέχεια αυτών των μελετών, οι Skaripakis et al. (2019) εξέτασαν λεπτομερέστερα την επιδημιολογική εικόνα της ΙΨΔ στη χώρα μας, τη συσχέτισή της με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, καθώς και την επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των πασχόντων και κατέληξαν:

- Η ΙΨΔ είναι συχνή στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας με αριθμητική υπεροχή του γυναικείου φύλου.
- Η συν-νοσηρότητα της κλινικής ΙΨΔ αλλά και των υπο-κλινικών ΙΨ συμπτωμάτων με άλλες διαταραχές ακολουθεί ένα παρόμοιο μοτίβο και διαφέρει μόνο ως προς το μέγεθος του αναμενόμενου βαθμού συν-νόσησης (π.χ. η κλινική και η υπο-κλινική ΙΨΔ εμφανίζουν συν-νόσηση με κατάθλιψη αλλά στην κλινική μορφή της ΙΨΔ η συνυπάρχουσα κατάθλιψη είναι αντίστοιχα βαρύτερης μορφής).
- Η ποιότητα ζωής της ΙΨΔ παρουσιάζει πολύ σημαντική μείωση ιδίως όταν η διαταραχή είναι χρόνια ή/και συνυπάρχει με κατάθλιψη.
- Η χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την ΙΨΔ είναι περιορισμένη. Ωστόσο η συν-νόσηση με την κατάθλιψη μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες επαφής με ειδικό ψυχικής υγείας.

1.1.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΙΨΔ

Η συχνότητα και βαρύτητα μιας νόσου (οργανικής ή ψυχικής) καταδεικνύει και το κοινωνικό-οικονομικό κόστος που αυτή έχει για την ευρύτερη κοινότητα. Η μελέτη του επιπολασμού και του κόστους της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής αποκαλύπτει τις επιπτώσεις της σε κοινωνικό επίπεδο.

Σε έρευνα στις ΗΠΑ, οι DuPont et al. (1995) μελέτησαν το ετήσιο άμεσο (ποικίλες θεραπείες, φάρμακα) και έμμεσο (απώλεια εργασίας, πρόωρη συνταξιοδότηση)οικονομικό κόστος της ΙΨΔ και βρήκαν ότι ανέρχεται συνολικά στα 8,4 δις δολάρια που αναλογεί στο 18% του κόστους όλων των διαταραχών άγχους και στο 5,7% του κόστους όλων των ψυχικών διαταραχών. Ειδικά, το έμμεσο κόστος υπολογίστηκε στα 6,2 δις δολάρια και σύμφωνα με τους ερευνητές σχετίζεται κυρίως με μείωση της παραγωγικότητας στην εργασία ενώ 45% των ασθενών (κυρίως άνδρες) καθίστανται ανίκανοι για εργασία εξαιτίας της νόσου.

Το κόστος της διαταραχής διογκώνεται από τη χρονιότητά της και την επιβάρυνση που επιφέρει στη λειτουργικότητα του πάσχοντος. Η ΙΨΔ εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή στη νεανική ηλικία, εξελίσσεται σταδιακά και συνήθως ακολουθεί χρόνια πορεία (Pinto et al. 2006) ενώ πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι είναι σαν να έρχεται από το πουθενά και δείχνει άσχετη με τη ροή της ζωής τους (Rapoport 1990).

Η εμφάνιση αγχογόνων γεγονότων ζωής (life events) είναι συχνότερη ένα χρόνο πριν την έναρξη της νόσου αλλά δεν φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα στην εκδήλωση και επιδείνωση του προβλήματος, το οποίο εξελίσσεται με αργούς ρυθμούς με την πάροδο του χρόνου. Έρευνες υποστηρίζουν ότι πάσχοντες από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή με πρόωμη έναρξη της νόσου, έχουν συνήθως χρόνια πορεία ενώ η πορεία των ασθενών με όψιμη έναρξη χαρακτηρίζεται από επεισόδια και παρουσιάζει διακυμάνσεις (Bogetto et al. 1999, Lensi et al. 1996). Παρόλα αυτά οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία 8 – 12 χρόνια μετά το πρώτο επεισόδιο ή την έναρξη της νόσου.

1.1.3. ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

Οι Eisen et al. (2006) αναφέρουν ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ΙΨΔ είναι η 10^η αιτία δυσλειτουργίας μεταξύ όλων των ιατρικών καταστάσεων στο βιομηχανικό κόσμο. Ερευνώντας την επίδραση της νόσου στην ποιότητα της ζωής 197 ατόμων με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή βρήκαν πως όλες οι πλευρές της ζωής και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών είχαν επηρεαστεί σημαντικά και ο βαθμός επιβάρυνσης ήταν μεγαλύτερος όσο βαρύτερη ήταν η συμπτωματολογία (κυρίως οι ιδεοληψίες) και η συνοδός κατάθλιψη.

Η ΙΨΔ έχει σοβαρή επίδραση σε επάγγελμα, γάμο και σχέσεις (Emmelkamp et al. 1990, Riggs et al. 1992). Προκαλεί τεράστια επιβάρυνση στη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του και συχνά οδηγεί σε κοινωνική αναπηρία συγκρίσιμη με αυτή που συναντάται στις ψυχωτικές διαταραχές (Marks 1987). Οι Steketee et al. (1997) τονίζουν ότι η παρουσία της νόσου οδηγεί τις οικογένειες των ασθενών στη μείωση των κοινωνικών επαφών, την απομόνωση και προξενεί έντονη δυσφορία ενώ σύμφωνα με τον Hare (1972) περισσότεροι από τους μισούς δεν παντρεύονται και κάνουν λιγότερα παιδιά ακόμη και σε σχέση με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Υπολογίζεται ότι το 19% των ασθενών με ΙΨΔ στην Μεγάλη Βρετανία μένουν άκληροι.

Οι Bystrisky et al. (2001) σύγκριναν μία ομάδα ασθενών με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή βαριάς μορφής και μία ομάδα χρόνιων ασθενών με σχιζοφρένεια, εξισωμένες ως προς την ηλικία και το φύλο, ως προς την ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με ΙΨΔ λάμβαναν συνδυασμό φαρμάκων και θεραπείας συμπεριφοράς στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου και οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρακολουθούσαν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης στο ίδιο νοσοκομείο. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η επιβάρυνση της νόσου ήταν εξίσου μεγάλη και στις δύο ομάδες, ιδίως στην ικανότητα για εργασία και στην κοινωνική ζωή, αν και οι ασθενείς με ΙΨΔ βελτιώνονταν περισσότερο από τους σχιζοφρενικούς ασθενείς κατόπιν θεραπείας.

1.1.4.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Τα δημογραφικά στοιχεία της ΙΨΔ διαφέρουν σε ορισμένα σημεία από τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά των υπόλοιπων διαταραχών άγχους, στις οποίες εντασσόταν μέχρι πρόσφατα. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες φοβίες όπου παρατηρείται σαφής υπεροχή των γυναικών, ο επιπολασμός της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής στα δύο φύλα είναι περίπου ο ίδιος (Noshirvani et al. 1986, Rasmussen and Eisen 1998, Antony et al. 1998, Bebbington 1998).

Αν και στα δύο φύλα η μέση ηλικία έναρξης της ΙΨΔ-είναι η ίδια (περίπου 18 ετών), στους άνδρες συχνά, η έναρξη της διαταραχής τοποθετείται νωρίτερα, πριν τα 15 έτη, γεγονός που εξηγεί γιατί στην εφηβική ηλικία τα αγόρια παρουσιάζουν ΙΨΔ συχνότερα από τα κορίτσια (Flamment et al. 1988, March and Leonard 1998, Hanna 1995).

Οι Noshirvani et al. (1991) σε ένα δείγμα 305 ασθενών με ΙΨΔ βρήκαν ότι περισσότεροι άνδρες απ' ότι γυναίκες πρωτοεμφάνισαν τη νόσο κατά την παιδική τους ηλικία (από 5-15 ετών), ενώ πολύ περισσότερες γυναίκες απ' ότι άνδρες είχαν οψιμότερη ηλικία έναρξης της διαταραχής (από 26-35 ετών). Παρόμοια ευρήματα παρουσιάζουν οι Rasmussen and Eisen (1992), Castle et al. (1995) αλλά και οι Matsunaga et al. (2000) σε δείγμα 94 Ιαπώνων ασθενών με ΙΨΔ. Σε έρευνα που αφορούσε στα δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά 60 Ελλήνων ασθενών με ΙΨΔ (Κουμαντάνου και συν. 2004) επιβεβαιώθηκε σε ελληνικό κλινικό δείγμα η ίση αναλογία ανδρών και γυναικών, η σημαντική επίπτωση στις σχέσεις και στο γάμο καθώς οι μισοί ασθενείς ήταν άγαμοι, και η πρωϊμότερη έναρξη της νόσου στους άνδρες.

Η συνύπαρξη κατάθλιψης, φοβικών αποφυγών και άγχους είναι αρκετά συχνή. Τριάντα τοις εκατό (30%) όσων έχουν ΙΨΔ πληρούν κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, ενώ σε άλλες έρευνες αναφέρεται μεγαλύτερη συνύπαρξη με κατάθλιψη (75%), η οποία συνήθως είναι δευτερογενής, 30% συνύπαρξη με Ειδική Φοβία κάποια στιγμή στην ζωή τους, 20% με Κοινωνική Φοβία και 15% με Διαταραχή Πανικού (Black and Noyes 1990, Marks 1987). Η συχνότητα άλλων διαταραχών που περιγράφονται ότι μπορούν να συνοδεύουν την ΙΨΔ είναι: 40% διαταραχές ύπνου, 10% γυναικών με Ψυχογενή Ανορεξία και 33% με Ψυχογενή

Βουλμία ενώ 20%-30% ασθενών με ΙΨΔ αναφέρουν Διαταραχή των Τικ την στιγμή της εξέτασης ή στο παρελθόν, ποσοστό που μεγαλώνει στην παιδική και εφηβική ηλικία (40%). Η συνύπαρξη ΙΨΔ με Σύνδρομο Tourette φαίνεται να είναι αρκετά συχνή και φτάνει σε ποσοστό 36%-52%. Όσοι έχουν Σύνδρομο Tourette παρουσιάζουν πολύ υψηλή συχνότητα συνύπαρξης με ΙΨΔ ενώ το αντίθετο συμβαίνει μόνο σε ποσοστό 5%-7%. Άτομα με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες να διαγνωστούν με ΙΨΔ, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, με την συνοσηρότητα να κυμαίνεται μεταξύ 6% έως 37% (Pazuniak and Perkul 2020).

Σε ότι αφορά στις Διαταραχές Προσωπικότητας, υψηλότερη συνοσηρότητα εμφανίζεται με τον cluster A και κυρίως με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας (11%) ενώ η συνοσηρότητα με την «ομώνυμη» Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας είναι περίπου 6 – 9%. Σύμφωνα με τις έρευνες των Baer (1994) και των Mataix-Cols et al. (2000) η συνοσηρότητα με Σχιζότυπη Διαταραχή Προσωπικότητας αφορά κυρίως στους Ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς με τελετουργίες και ιδεοληψίες παρασυσσώρευσης. Ο Moritz et al. (2004) αναφέρει ότι η συνοσηρότητα με Σχιζότυπη, Παρανοειδή ή Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας συνδέεται με αρνητική έκβαση στη θεραπεία.

1.1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (DSM IV-R 2000) και τις Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Θεραπεία ασθενών με ΙΨΔ (Practice Guideline for the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder 2007), η ΙΨΔ χαρακτηρίζεται:

A. Από ιδεοληψίες ή/και καταναγκασμούς (τελετουργίες):

Ιδεοληψίες όπως ορίζονται από 1,2,3, και 4:

1. επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις, ή εικόνες που βιώνονται, τον περισσότερο χρόνο κατά την διάρκεια της διαταραχής, ως παρεισφρητικές και ακατάλληλες και προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία

2. οι σκέψεις, παρορμήσεις, ή εικόνες δεν είναι απλά υπερβολικές ανησυχίες για καθημερινά προβλήματα

3. το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταπιέσει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις, ή εικόνες, ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη

4. το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληπτικές σκέψεις, παρορμήσεις, ή εικόνες είναι προϊόντα του μυαλού του (δεν του επιβάλλονται από αλλού όπως στην παρεμβολή σκέψεων).

Καταναγκασμοί όπως ορίζονται από 1 και 2:

1. επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, επανέλεγχτοι) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχές, μέτρημα, σιωπηλή επανάληψη λέξεων) τις οποίες το άτομο αισθάνεται καθοδηγούμενο να πράξει ως απάντηση σε μια ιδεοληψία, ή σύμφωνα με κανόνες οι οποίοι πρέπει να τηρούνται αυστηρά

2. οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις στοχεύουν στη πρόληψη ή μείωση της δυσφορίας ή στην πρόληψη ορισμένων φοβερών γεγονότων ή καταστάσεων· ωστόσο αυτές οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις είτε δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με αυτό το οποίο στοχεύουν να εξουδετερώσουν ή να προλάβουν ή είναι ξεκάθαρα υπερβολικές.

B. Σε κάποιο σημείο κατά την διάρκεια της διαταραχής, ο άρρωστος αναγνώριζε ή αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες ή οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι, κριτήριο που δεν χρειάζεται να ισχύει στα παιδιά.

Γ. Οι ιδεοληψίες ή οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη δυσφορία, καταναλώνουν περισσότερο από 1 ώρα καθημερινά ή επηρεάζουν σημαντικά την φυσιολογική ρουτίνα του αρρώστου, την επαγγελματική του λειτουργικότητα, ή τις συνηθισμένες κοινωνικές και προσωπικές του σχέσεις. Επιπλέον αν κάποια άλλη διαταραχή είναι παρούσα, το περιεχόμενο των ιδεοληπιών ή καταναγκασμών δεν περιορίζεται ή εξηγείται καλύτερα στα πλαίσια αυτής.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στην άμεση φυσιολογική επίδραση μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση μιας ουσίας, ενός φαρμάκου) ή στην γενική ιατρική κατάσταση του πάσχοντος.

- Χρειάζεται ακόμα να διευκρινιστεί αν χαρακτηρίζεται από: φτωχή εναισθησία (poor insight): εάν, τον περισσότερο καιρό κατά την διάρκεια του τωρινού επεισοδίου, το άτομο δεν αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.

Στην πρόσφατη έκδοση του DSM5 (2013) η ΙΨΔ δεν ανήκει πια στις διαταραχές παθολογικού άγχους, αλλά συνιστά μια ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία, η οποία ονομάζεται «Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και σχετικές διαταραχές» και συμπεριλαμβάνει τις: ΙΨΔ, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, Τριχοτιλλομανία, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης, Δερμοτιλλομανία, ΙΨΔ και σχετικές διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση ουσιών/φαρμάκων, ΙΨΔ και σχετικές διαταραχές οφειλόμενες σε άλλη ιατρική κατάσταση. Τα κοινά χαρακτηριστικά όλων αυτών των διαταραχών είναι η παρουσία ιδεοληπτικής ενασχόλησης και επαναλαμβανόμενων (στερεοτυπικών) συμπεριφορών. Αυτή η νέα κατηγοριοποίηση πιστεύεται πως θα βελτιώσει τη διάγνωση και τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, ιδίως των διαταραχών που εντάχθηκαν στην «ομπρέλα της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής».

Σε ό,τι αφορά στην ΙΨΔ τα διαγνωστικά κριτήρια παραμένουν εν πολλοίς ίδια με τις εξής διαφοροποιήσεις και διευκρινήσεις:

- Ο όρος «παρόρμηση» (impulse) αντικαταστάθηκε από τον πιο δόκιμο όρο «παρώθηση» (urge), επιτρέποντας την ακριβέστερη περιγραφή και κατανόηση της φύσης των ιδεοληψιών και την αναγκαία διάκριση από την παρόρμηση όπως αυτή συναντάται στις διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων.
- Ο όρος «ακατάλληλες» (inappropriate) αντικαταστάθηκε από τον όρο «ανεπιθύμητες» (unwanted) ιδεοληψίες, καθώς θεωρήθηκε ότι οι ακατάλληλες ιδεοληψίες μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την κουλτούρα, το φύλο, την ηλικία και άλλους παράγοντες.
- Στα χαρακτηριστικά των ιδεοληψιών αφαιρέθηκαν τα (2) και (4) καθώς αφενός θεωρήθηκε ότι υπάρχουν περιπτώσεις που το περιεχόμενο των

ιδεοληπιών αφορά μια παθολογική ενασχόληση με θέματα καθημερινότητας, αφετέρου όχι σπάνια οι πάσχοντες παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις ως προς την αναγνώριση του υπερβολικού και παράλογου των ιδεοληπιών τους.

- Σε συνέχεια με το παραπάνω, το κριτήριο της εναισθησίας περιλαμβάνει περισσότερες διευκρινιστικές υποκατηγορίες από τις δύο που υπήρχαν στο DSM-IV και πλέον πρέπει να γίνει αποσαφήνιση ως εξής: ικανοποιητική εναισθησία, φτωχή εναισθησία, απουσία εναισθησίας/παραληρητικές πεποιθήσεις.
- Επιπλέον προστίθεται ως παράγοντας διευκρίνησης η «παρουσία τικ» για τα άτομα με ΙΨΔ που παρουσιάζουν ή έχουν ιστορικό Διαταραχής των Τικ, καθώς έχει φανεί ερευνητικά και κλινικά ότι η συννόσηση παρουσιάζει επιπλοκές στη θεραπεία.

1.1.6. ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΙΨΔ

Όλοι μας παρουσιάζουμε σύντομες, εμβόλιμες και επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή πράξεις από τις οποίες μπορούμε να απαλλαγούμε χωρίς ιδιαίτερο άγχος. Πρόβλημα δημιουργείται μόνο όταν επιμένουν απρόσκλητες για λόγους που δεν είναι προς το παρόν γνωστοί.

Οι Rachman et al. (1971) και οι Edwards and Dickerson (1987) σε έρευνές τους έδειξαν ότι: α) το περιεχόμενο των ιδεοληπτικών εμβόλιμων σκέψεων είναι όμοιο με εκείνο των φυσιολογικών σκέψεων και β) τέτοιες εμβόλιμες σκέψεις συμβαίνουν τουλάχιστον στο 90% του γενικού πληθυσμού. Μεγάλο ενδιαφέρον έχει η έρευνα των Rachman and DeSilva (1978), για την ύπαρξη και τη φύση των ιδεοληπιών στον γενικό πληθυσμό, όπου βρέθηκε πως οι φυσιολογικές και οι παθολογικές ιδεοληπίες ήταν όμοιες σε μορφή και περιεχόμενο, σε λογικοφάνεια (δεν εισπράττονταν ως ανόητες) και στις σχέσεις τους με το συναίσθημα. Αυτό που διαχώριζε τις "παθολογικές" από τις "φυσιολογικές" ιδεοληπίες ήταν ότι οι παθολογικές είχαν φανερά μεγαλύτερη διάρκεια, δημιούργησαν μεγαλύτερη διαταραχή στο συναίσθημα και εισπράττονταν πιο συχνά ως "εγώ - δυστονικές".

Ο Rachman (1971) είχε υποθέσει ότι θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι ιδεοληπτικές σκέψεις ως εξαρτημένα ερεθίσματα, ενώ οι σκέψεις μη ασθενών ως ουδέτερα ερεθίσματα. Ωστόσο μυστήριο παραμένει γιατί ο πάσχων επιλέγει ότι 4

ώρες πλύσιμο αρκούν για να απομακρύνουν την μόλυνση και όχι 4 λεπτά ή 4 δευτερόλεπτα. Έτσι, ενώ όλοι κάνουμε ελέγχους στη ζωή μας (και κατά κάποιο τρόπο είμαστε όλοι checkers), γνωρίζουμε που να σταματήσουμε, σε αντίθεση με όσους έχουν ΙΨΔ που δεν πείθονται, αμφιβάλλουν ακόμα και για αυτό που κάνουν ή βλέπουν ώστε φαίνεται σαν να αμφιβάλλουν για τις αισθήσεις τους (Rapoport 1990).

Οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί είναι στενά συνδεδεμένοι και για πολλούς, η εκτέλεση της καταναγκαστικής πράξης υπονοεί την ύπαρξη ιδεοληψίας. Το 25% των ιδεοληψιών δεν συνοδεύονται από φανερές πράξεις, αυτό το ποσοστό όμως μειώνεται στο ήμισυ όταν ληφθούν υπόψη οι νοητικές τελετουργίες.

Οι Lowell et al. (1994) αναφέρουν πως είναι κλινικά απαραίτητο να γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στις «αγχογόνες σκέψεις», δηλαδή τις ιδεοληψίες οι οποίες πυροδοτούν άγχος και επιθυμία για την εκτέλεση τελετουργίας και τις «αγχολυτικές σκέψεις», δηλαδή τις νοητικές τελετουργίες, σκέψεις που επαναλαμβάνει νοερώς ο ασθενής με σκοπό να μειώσει το άγχος που του προκαλεί μία ιδεοληψία ή ένα ερέθισμα σχετικό με αυτήν. Αυτός ο διαχωρισμός είναι χρήσιμος όχι μόνο στην αξιολόγηση αλλά συχνά υποδεικνύει διαφορετικό θεραπευτικό χειρισμό.

Η κατηγοριοποίηση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων γινόταν κατά παράδοση ανάλογα με τη μορφή και το περιεχόμενό τους, όσο και ανάλογα με τον τρόπο που εισπράττονται από τον ασθενή. Οι κατηγοριοποιήσεις αυτές εκτιμήθηκαν από την ψυχαναλυτική βιβλιογραφία και έδωσαν έδαφος για νοσογενετικές υποθέσεις, αλλά η ανάπτυξη αποτελεσματικής θεραπείας για την ΙΨΔ καθιστά επιτακτική την ανάγκη αναθεώρησης της φαινομενολογίας με έμφαση στα σημεία κλινικού ενδιαφέροντος. Ενώ μέχρι το 1966 οι μελετητές της υποστήριζαν πως "το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών δεν έχει για μας καμιά (θεραπευτική) χρησιμότητα" (Lewis 1966), σήμερα η πρόγνωση της ασθένειας υπαγορεύεται, ανάμεσα σε άλλα, από αυτό ακριβώς το περιεχόμενο και τούτο είναι αποκλειστικό προϊόν της συμπεριφερειολογικής εξέλιξης των θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Σε τι βαθμό οι καταναγκασμοί είναι ανεπιθύμητοι (ή εγω-δυστονικοί); Αυτό το ερώτημα μπορεί να απαντηθεί μόνον μακροχρόνια και παρατηρώντας τα αποτελέσματα των τελετουργιών στον ασθενή. Σύμφωνα μάλιστα και με τον ορισμό

του DSM ο πάσχων με την εκτέλεση της τελετουργίας εισπράττει άμεσα μείωση του άγχους.

Ένα άλλο σημείο, σχετικό με το παραπάνω, είναι το στοιχείο της αντίστασης που προβάλλει στην εμβόλιμη ιδέα. Οι Walker (1973) και Stern and Cobb (1978) εκφράζουν επιφυλάξεις σε αυτό το σημείο και υποστηρίζουν πως το κριτήριο του Schneider για "την αναγνώριση του ανόητου" είναι πιο σημαντικό και συχνό από το κριτήριο του Lewis για την "αντίσταση". Στην κλινική πράξη άλλωστε, συχνά συναντά κανείς ασθενείς που λειτουργώντας στο κατάλληλο περιβάλλον και επιδιόμενοι σε αυστηρότατες και μακρόχρονες τελετουργίες, δεν αντιλαμβάνονται ως παθολογική τη συμπεριφορά τους και συνεπώς δεν προσπαθούν να αντισταθούν στην εκτέλεσή της. Επιπλέον, σύμφωνα με το Y-BOCS (που αποτελεί το πρότυπο εργαλείο αξιολόγησης της ΙΨΔ) η προσπάθεια του πάσχοντος να αντισταθεί (παθητικά ή ενεργητικά) στις ιδεοληψίες και τελετουργίες του, ασχέτως του αν τα καταφέρνει, αποτελεί στοιχείο υγείας που η απουσία του είναι ένδειξη αυξημένης βαρύτητας της νόσου, χωρίς όμως να αποτελεί αναγκαστικά χαρακτηριστικό γνώρισμα των ασθενών.

Συχνά οι τελετουργίες έχουν ένα "μαγικό" στοιχείο, με αρχικό στόχο την απομάκρυνση της πιθανότητας να συμβεί η απειλητική συνέπεια μιας πράξης, όπως αυτή προσδιορίζεται από το περιεχόμενο της ιδεοληψίας που τις συνοδεύει. Με την πάροδο του χρόνου, οι τελετουργίες ενδέχεται να χάνουν το αρχικό τους νόημα και σύνδεση με την ιδεοληψία και εκτελούνται «μηχανιστικά», αποτελώντας τμήματα της καθημερινότητας του πάσχοντος. Ταυτόχρονα, στις σύγχρονες φαινομενολογικές ταξινομήσεις προκύπτει ως είδος ιδεοληψίας η «μαγική σκέψη» που αναφέρεται σε ιδέες υπερβολικά παράξενες που δεν συνδέονται απαραίτητα με την τελετουργία που τις συνοδεύει (π.χ. 'μαγικοί' αριθμοί, 'καλά – κακά' χρώματα).

Οι Stern and Cobb (1978) βρήκαν πως το 15% των ασθενών με ΙΨΔ που εξέτασαν, δεν παρουσίαζε καμιά αντίσταση στις ιδεοληψίες και παρορμήσεις τους. Ο χαμηλός βαθμός εναισθησίας και αντίστασης επέτρεψε συχνά, αυτοί οι ασθενείς να ταξινομούνται ως ψυχωτικοί.

Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των Ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών ως προς την εναισθησία, η οποία κυμαίνεται από απλή επίγνωση ως δυνατή

πεποίθηση του παράλογου των καταναγκασμών και εξαρτάται και από το περιβάλλον π.χ. στο γραφείο του θεραπευτή θεωρεί κανείς τους καταναγκασμούς του ανόητους, ενώ μόνος του χάνει την επίγνωση της κατάστασης. Συνήθως αντιλαμβάνονται το παράλογο, σε σπάνιες ωστόσο περιπτώσεις οι ιδεοληψίες αγγίζουν το παραλήρημα και ονομάζονται «υπερτιμημένες ιδέες». Ακόμη, είναι δυνατή η ύπαρξη σχετικών με τις ιδεοληψίες ψευδαισθήσεων, όπως να ακούν φωνές που τους ζητούν να επαναλάβουν μια συγκεκριμένη πράξη, χωρίς ωστόσο να παρουσιάζουν άλλα σημάδια ψυχωτικής διαταραχής. Τελευταία, συζητείται εντόνως η πιθανότητα προσδιορισμού μιας ξεχωριστής διαγνωστικής υπο-κατηγορίας ΙΨΔ που θα περιλαμβάνει ασθενείς που παρουσιάζουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά (ψευδαισθήσεις σχετικές με τις ιδεοληψίες τους, υπερτιμημένες ιδέες, ιδεοληψίες με τη μορφή των «μαγικών σκέψεων»).

Δεν υπάρχει επαρκής ερευνητική τεκμηρίωση που να καταδεικνύει την φτωχή εναισθησία ως αρνητικό προγνωστικό παράγοντα έκβασης. Ωστόσο, αυτοί οι ασθενείς συχνά αποτυγχάνουν στην θεραπεία Έκθεσης και Παρεμποδισμού Απάντησης ή Τελετουργίας (response prevention or ritual prevention) (ΕΠΑ) καθώς δεν βλέπουν κανένα λόγο να εμπλακούν σε θεραπεία. Αν ωστόσο, άσχετα από τις παραληρητικόμορφες ιδέες τους, ακολουθήσουν τις οδηγίες της θεραπείας, οι τελετουργίες τους βελτιώνονται σημαντικά και οι ιδέες εξασθενούν. Σε έρευνα των Lelliott et al. (1988) φάνηκε ότι η παραδοξότητα (bizarreness) και η ακαμψία (fixity) της ιδεοληπτικής πεποίθησης δεν συνδέονται με αρνητική έκβαση και η κανονικοποίησή τους συντελούνταν παράλληλα με την μείωση της καταναγκαστικής συμπεριφοράς μέσω θεραπείας με ΕΠΑ.

1.1.7. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ

Μέχρι την ανάπτυξη της συμπεριφερειολογικής σκέψης, το επικρατούν Φροϋδικό μοντέλο, προτείνει ως εξήγηση την παλινδρόμηση σε ένα προγεννητικό-πρωκτικό-σαδιστικό στάδιο ανάπτυξης με συγκρούσεις μεταξύ επιθετικότητας και πραότητας, βρωμιάς και καθαριότητας, τάξης και αταξίας.

Συμπεριφοριολογικό (Μαθησιακό) Μοντέλο

Η Θεωρία των δύο σταδίων του Mowrer (1939, 1960) για την εγκατάσταση και διατήρηση του φόβου και της αποφευκτικής συμπεριφοράς υιοθετήθηκε από τους Dollard and Miller το 1950 για να εξηγήσουν την ΙΨΔ. Σύμφωνα με αυτήν, υποστηρίζουν ότι καθώς οι ιδεοληψίες έχουν παρεισφρητικό χαρακτήρα δεν είναι εύκολο να τις αποφύγει κανείς. Έτσι είναι δύσκολη η παθητική αποφυγή, που παρουσιάζεται στις φοβίες, και γι' αυτό, όταν αυτή αποτυγχάνει, καταφεύγει κανείς στη ενεργητική αποφυγή δηλ. στις τελετουργίες (Emmelkamp 1982).

Αν και η θεωρία του Mowrer έχει χαρακτηριστεί ιδιαίτερα απλοϊκή (Rachman and Wilson 1980) καθώς οι περισσότεροι ασθενείς δεν θυμούνται ένα συγκεκριμένο τραυματικό περιστατικό που τους οδήγησε άμεσα στην εκδήλωση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων (Emmelkamp 1982, Steketee 1993), ο Davey (1989) ωστόσο περιέγραψε πώς μια σύνδεση ανεξάρτητου-εξαρτημένου ερεθίσματος μπορεί να συμβεί ακόμα και χρόνια πριν εκδηλωθεί η διαταραχή και το άγχος μπορεί να υποκινηθεί από πληροφορίες ή από μία και μόνη εμπειρία με το ανεξάρτητο ερέθισμα. Άρα δεν είναι απαραίτητη η ύπαρξη τραυματικής εμπειρίας να οδηγήσει άμεσα σε ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά (Davey et al. 1993). Λείπει ωστόσο η συστηματική έρευνα σε ασθενείς.

Η θεωρία ταιριάζει όμως πολύ καλά με παρατηρήσεις σχετικά με τη διατήρηση των τελετουργιών: Οι ιδεοληψίες προκαλούν άγχος και δυσφορία και οι τελετουργίες το μειώνουν. Οι ιδεοληψίες, επίσης, καθώς και η αντιμετώπιση καταστάσεων ή ερεθισμάτων που προκαλούν ιδεοληψίες, προκαλούν δυσφορία και υψηλή καρδιακή και ηλεκτροδερμική δραστηριότητα (Boulougouris et al. 1977, Hodgson and Rachman 1972, Kozak et al. 1988, Rabavilas and Boulougouris 1974). Επιπλέον, η ιδεοψυχαναγκαστική δυσφορία μειώνεται μετά την πραγματοποίηση μιας τελετουργίας (Hodgson and Rachman 1972, Hornsveld et al. 1979, Roper et al. 1973), οι τελετουργίες δηλαδή μειώνουν και την ψυχολογική και την ψυχοφυσιολογική ένταση, προσωρινά όμως καθώς μέσο- και μακροπρόθεσμα διαιωνίζουν την διαταραχή: όσο αμφιβάλω/φοβάμαι, τελετουργώ, κι όσο τελετουργώ, αμφιβάλω/φοβάμαι, κλπ.

Η θεωρία των δύο σταδίων εξηγεί την ΙΨΔ ως εξής: Οι ιδεοληψίες είναι ερεθίσματα που προκαλούν άγχος. Ο ιδεοψυχαναγκαστικός ασθενής προσπαθεί να μειώσει το άγχος από την ιδεοληψία ή να την εξουδετερώσει, κάνοντας τελετουργίες (ενεργητική αποφυγή). Ταυτόχρονα όμως, το περιβάλλον του είναι γεμάτο από ερεθίσματα που μπορούν να εκλύσουν την ιδεοληψία. Έτσι συχνά ο ιδεοψυχαναγκαστικός -όπως ακριβώς ο φοβικός- παίρνει ένα σωρό μέτρα ώστε ν' αποφύγει τα ερεθίσματα αυτά (παθητική αποφυγή). Οι τελετουργίες με την άμεση μείωση του άγχους που προσφέρουν, ενισχύονται κι έτσι αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισής τους και παγιώνονται ως οι κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Ωστόσο, οι τελετουργίες παρέχοντας αγχώλυση τερματίζουν την ιδεοληπτική δραστηριότητα, η οποία μια και δεν αφήνεται για απόσβεση ή εξοικείωση, επιμένει και διαιωνίζεται. Επίσης, οι ίδιες οι τελετουργίες μπορεί ν' αποτελέσουν ερέθισμα για την έκλυση της ιδεοληψίας.

Σχήμα 1: Ο φαύλος κύκλος ιδεοληψίας – τελετουργίας στην ΙΨΔ. *ΣΣΑ: Σωματικά Συμπτώματα Άγχους.



Γνωσιακό Μοντέλο

Ο Carr (1974) θεωρεί ότι η ΙΨΔ στηρίζεται σε ιδιαίτερα υψηλές προσδοκίες για αρνητική έκβαση. Στήριξε την θεωρία του σε ευρήματα σύμφωνα με τα οποία οι

ασθενείς με ΙΨΔ είναι περισσότερο επιφυλακτικοί στο να πάρουν ρίσκα σε σύγκριση με άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς (Steiner 1972). Παρόμοια ο Beck (1976) υποστηρίζει ότι οι ιδεοληψίες είναι λανθασμένες πεποιθήσεις σχετικά με απειλή ενώ οι McFall and Wollershein (1979) τονίζουν ότι λανθασμένες εκτιμήσεις σχετικά με απειλή προκαλούν άγχος. Ως αποτέλεσμα ο ασθενής αισθάνεται αβοήθητος να αντιμετωπίσει την απειλή και γι' αυτό κάνει μαγικές τελετουργίες που θεωρεί την μοναδική διαθέσιμη λύση.

Ο Salkovskis (1985) συνέδεσε τις υποθέσεις του Rachman με την θεωρία του Beck για τα συναισθήματα και τις συναισθηματικές διαταραχές. Παρεισφρητικές ιδεοληπτικές σκέψεις, ιδέες, αμφιβολίες, εικόνες ή παρορμήσεις εισβάλλουν και διεγείρουν πεποιθήσεις για την κριτική του εαυτού που προκαλούν διαταραχές της διάθεσης. Οι ανοιχτές και καλυμμένες αποφυγές στοχεύουν στην μείωση του συναισθήματος της ενοχής. Η διαφορά των φυσιολογικών από τις ιδεοληπτικές σκέψεις δεν έχει να κάνει με τη συχνότητα ή τη δυνατότητα ελέγχου πάνω τους αλλά με την ερμηνεία που αν αφορά κακό, κίνδυνο ή απώλεια, προκαλεί άγχος και κατάθλιψη αλλά όχι απαραίτητα ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Αυτή εμφανίζεται μόνο αν μεταφραστούν οι εμβόλιμες σκέψεις ως ένδειξη ότι το άτομο είναι, ήταν ή θα γίνει υπεύθυνο για την πρόκληση ή την αποφυγή βλάβης στον εαυτό του ή σε άλλους. Οι καταναγκασμοί είναι ένας τρόπος να εξουδετερωθεί και μειωθεί αυτή η αίσθηση υπευθυνότητας και να προληφθεί η υπαιτιότητα, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο.

Πιο πρόσφατα το Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997) πρότεινε ότι συγκεκριμένες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις διαμορφώνουν γνωσίες τυπικές στην ΙΨΔ συνεισφέροντας στην εμφάνιση ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων: π.χ. 'πρέπει να είναι κανείς τέλειος', 'έχουμε την δύναμη να προκαλούμε ή να αποτρέπουμε την εμφάνιση μιας καταστροφικής έκβασης', 'είναι πιο εύκολο και αποτελεσματικό να κάνει κανείς μια τελετουργία παρά να αντιμετωπίσει άμεσα τις σκέψεις και τα συναισθήματά του', 'η αβεβαιότητα και το να μην έχει κανείς τον έλεγχο είναι αδύνατο να τα ανεχτεί, πρέπει να κάνει κάτι γι' αυτά', 'μια σκέψη ισοδυναμεί με μια πράξη' κλπ. Στην ανασκόπηση των Calkins et al. (2013) συνοψίζονται τρεις τύποι δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που θεωρείται ότι συνδέονται με την ΙΨΔ: α) διογκωμένο αίσθημα υπευθυνότητας και υπερ-εκτίμηση

του κινδύνου, β) τελειοθηρία και έλλειψη ανοχής στην αβεβαιότητα και γ) το άτομο δίνει υπερβολική σημασία στο περιεχόμενο των σκέψεών του και έχει την ανάγκη να τις ελέγχει.

Το 1985 ο Reed μιλά για διαταραχή στη διαδικασία της σκέψης, στην οργάνωση και ενσωμάτωση εμπειριών, ενώ άλλες έρευνες δείχνουν συγκεκριμένες μνημονικές ανεπάρκειες για πράξεις σε ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου (Sher et al. 1989, Sher et al. 1983) που μπορεί να έχουν αιτιολογικό ρόλο στην ΙΨΔ. Οι Foa and Kozak (1985) μιλούν για ανεπάρκεια στον τρόπο που βγάζει κανείς συμπεράσματα σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου. Οι Radomsky and Rachman (1999) και Rachman et al. (2005) αναφέρουν ότι οι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από «μνημονικές προκαταλήψεις» (memory biases) σε συγκεκριμένα θέματα που σχετίζονται με τη νόσο π.χ. θυμούνται καλύτερα τα αντικείμενα με τα οποία μολύνθηκαν ή φοβήθηκαν πως θα μολυνθούν. Οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου φαίνεται σαν να μην εμπιστεύονται τη μνήμη τους γι' αυτό π.χ. επιστρέφουν να ελέγξουν ακόμη μια φορά αν κλείδωσαν.

Ωστόσο όχι μόνο δεν έχει επιβεβαιωθεί η παρουσία των συγκεκριμένων ιδεών στην ΙΨΔ αλλά και οι κλινικές παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι οι απαισιόδοξες ιδέες σχετικά με την έκβαση και τα τελειοθηρικά κριτήρια είναι τυπικά και σε άλλες διαταραχές. Επιπλέον, δεν εξηγείται ο παρεισφρητικός χαρακτήρας των ιδεοληψιών που τις διαφοροποιεί από τις φοβικές πεποιθήσεις που συναντώνται στην απλή φοβία. Δυο ενδιαφέρουσες διαπιστώσεις προκύπτουν από την θεωρία αυτή, ότι α) ενώ οι ιδεοληψίες θεωρούνται από τον ασθενή μη αποδεκτές και ακατάλληλες, οι τελετουργίες είναι αποδεκτές και β) η αναγνώριση και ο προσδιορισμός των λανθασμένων αυτών πεποιθήσεων θα έπρεπε να έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των συμπτωμάτων.

1.1.8. Η ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

ΟΙ ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΕΙΣ

Αν και τα βασικά συμπτώματα της ΙΨΔ (ιδεοληψίες και καταναγκασμοί) παρουσιάζονται σταθερά ανεξαρτήτως πολιτισμικού περιβάλλοντος, η

φαινομενολογική τους έκφραση και η πορεία τους εμφανίζουν σημαντική ετερογένεια (Leckman et al. 2001, Skoog and Skoog 1999).

Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 διαμορφώθηκαν οι πρώτες απόπειρες ταξινόμησης των τελετουργιών και των ιδεοληψιών:

Οι Akhtar et al. (1975) μετά από παραγοντική ανάλυση των συμπτωμάτων 81 Ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών ταξινόμησαν τις ιδεοληψίες σε 5 κατηγορίες ως προς τη μορφή και σε 6 κατηγορίες ως προς το περιεχόμενο. Ως προς τη μορφή, οι ιδεοληψίες κατηγοριοποιούνται, κατά σειρά συχνότητας, ως ιδεοληπτικές αμφιβολίες, σκέψεις (αλυσίδες ιδεών), φόβοι, παρορμήσεις και εικόνες ενώ αναφέρεται και μία μεικτή κατηγορία. Ως προς το περιεχόμενο, οι ιδεοληψίες κατηγοριοποιούνται, κατά σειρά συχνότητας, σε ιδεοληψίες σχετικά με τη βρωμιά και τη μόλυνση, με την επιθετικότητα, με άψυχα αντικείμενα (π.χ. «μαγικοί αριθμοί»), με σεξουαλικές πεποιθήσεις, με τη θρησκεία. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι συχνά το περιεχόμενο της ιδεοληψίας μπορεί να είναι ίδιας ποιότητας αλλά να εκφράζεται με πολλές διαφορετικές μορφές.

Προσδιόρισαν επίσης δύο κατηγορίες ψυχαναγκασμών: την «παράδοση», όταν ο ψυχαναγκασμός εκφράζει την υποκείμενη ιδεοληψία και τον «έλεγχο» όταν ο ψυχαναγκασμός δεν συμβαδίζει με την ιδεοληψία και δεν την εκφράζει. Τέλος, επιχείρησαν να συνδέσουν τη φαινομενολογία με την πρόγνωση και βρήκαν ότι οι ψυχαναγκασμοί ελέγχου είχαν καλύτερη πρόγνωση από τους ψυχαναγκασμούς παράδοσης.

Οι Stern and Cobb (1978) μελετώντας τη φαινομενολογία 45 ασθενών με ΙΨΔ βρήκαν 4 κύρια είδη τελετουργιών που είναι κατά σειρά συχνότητας οι τελετουργίες καθαρισμού, οι τελετουργίες αποφυγής, οι τελετουργίες επανάληψης και οι τελετουργίες επανελέγχου, ενώ ακολουθούν 3 πιο σπάνια είδη τελετουργιών: η ανάγκη ολοκλήρωσης («σωστής» τακτοποίησης) ενός έργου, η σχολαστικότητα και η επιβράδυνση. Το 50% των ασθενών παρουσιάζουν συνδυασμό δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων.

Οι Rachman and Hodgson (1977, 1980) αναφέρουν 4 είδη τελετουργιών, δύο κύρια (ψυχαναγκαστικός επανέλεγχος, καθαρισμός) και δύο σπανιότερα (ψυχαναγκαστική επιβράδυνση και τελετουργίες αμφιβολίας).

Έκτοτε έχουν χρησιμοποιηθεί 3 τρόποι προσδιορισμού υποομάδων των ΙΨ ασθενών: α) βάσει της φαινομενολογίας (είδη τελετουργιών, ιδεοληψιών), β) βάσει της παρουσίας ή απουσίας χαρακτηριστικών όπως η παθολογική αμφιβολία, η αίσθηση της μη ολοκλήρωσης, η υπερβολική εκτίμηση του κινδύνου (Rasmussen and Eisen 1991), γ) η συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές, όπως με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (Coles et al. 2008), την Σχιζότυπη Διαταραχή (Torres et al. 2000, Norman et al. 1996), την Διαταραχή των Τις (Leckman et al. 1995), ή τις διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Pazuniak and Perkul 2020). Η εξαγωγή υποομάδων βάσει της φαινομενολογίας χαίρει της μεγαλύτερης εμπειρικής τεκμηρίωσης.

ΤΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ

Ο Κατάλογος Συμπτωμάτων του Y-BOCS (Y-BOCS Symptom Checklist, YBOCS-SC) (Goodman et al. 1989) έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα και με ποικίλες μεθόδους παραγοντικών αναλύσεων, με σκοπό να εξαχθούν αξιόπιστες φαινομενολογικές διαστάσεις. Τρεις παράγοντες προέκυψαν από την πρώτη παραγοντική ανάλυση του YBOCS-SC (Baer 1994) και τέσσερις παράγοντες σε επόμενες μελέτες (Leckman et al. 1997, Summerfeldt et al. 1999, Feinstein et al. 2003, Bloch et al. 2008). Ο Mataix-Cols et al. (1999) κατέληξαν σε ένα μοντέλο πέντε διαστάσεων, το οποίο επιβεβαιώθηκε κι από άλλους ερευνητές (Calamari et al. 1999, Cavallini et al. 2002, Tek et al. 2001, Abramowitz et al. 2003) ενώ ο Denys et al. (2004) βρήκε έξι παράγοντες.

Πίνακας 1: Οι έρευνες ΙΨΔ διαστάσεων που βασίστηκαν στον «Κατάλογο Συμπτωμάτων» του YBOCS και τα αποτελέσματά τους.

Μελέτη	Αριθμός Διαστάσεων	Διαστάσεις
Baer (1994)	3	-Μόλυνση και καθαρισμός/επανέλεγχος -Συμμετρία και παρασυσσώρευση -Θρησκευτικές/σεξουαλικές/επιθετικές Ιδεοληψίες
Leckmanetal. (1997)	4	-Ιδεοληψίες και επανέλεγχος -Συμμετρία και τακτοποίηση

		-Καθαριότητα και πλύσιμο -Παρασυσσώρευση
Summerfeldtetal. (1999)	4	-Ιδεοληψίες και επανέλεγχος -Συμμετρία και τακτοποίηση -Μόλυνση και καθαρισμός -Παρασυσσώρευση
Feinstein et al. (2003)	4	-Συμμετρία -Μόλυνση και καθαρισμός/επιθετικότητα και επανέλεγχος - Παρασυσσώρευση -Σεξουαλικές, θρησκευτικές ιδεοληψίες
Blochetal. (2008)	4	-Συμμετρία -Απαγορευμένες σκέψεις (ιδεοληψίες επιθετικότητας, Σεξ, θρησκεία, σωματικές + επανέλεγχος) -Μόλυνση και πλύσιμο -Παρασυσσώρευση
Mataix-Colsetal. (1999)	5	-Μόλυνση και καθαρισμός -Επιθετικότητα και επανέλεγχος -Σεξουαλικές και θρησκευτικές ιδεοληψίες -Συμμετρία και τακτοποίηση -Παρασυσσώρευση
Calamari et al. (1999)	5	- Πρόκλησης βλάβης και επανέλεγχος - Παρασυσσώρευση -Μόλυνση και καθαρισμός -Εξασφάλιση βεβαιότητας -Μεικτές ιδεοληψίες
Cavallini et al. (2002)	5	-Μόλυνση -Παρασυσσώρευση -Επιθετικότητα, σεξ, θρησκεία και επανέλεγχος -Συμμετρία και τακτοποίηση -Τελετουργίες επανάληψης, μέτρησης
TekandUlug (2001)	5	-Μόλυνση και καθαρισμός -Συμμετρία και τακτοποίηση -Επιθετικότητα και μέτρηση -Σεξουαλικές, θρησκευτικές ιδεοληψίες -Τελετ. επανελέγχου, παρασυσσώρευσης
Abramowitzetal (2003)	5	- Πρόκλησης βλάβης και επανέλεγχος - Μόλυνση και καθαρισμός - Παρασυσσώρευση -Απαράδεκτες σκέψεις -Συμμετρία και τακτοποίηση
Denys et al. (2004)	6	-Μόλυνση και καθαρισμός - Σεξουαλικές, θρησκευτικές, σωματικές ιδεοληψίες και επανέλεγχος -Εκτίμηση υψηλού ρίσκου και επανέλεγχος -Παρορμήσεις, φόβος απώλειας ελέγχου -Ανάγκη για συμμετρία και τακτοποίηση, μέτρηση -Ιδεοληπτικός μυρηκασμός

ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ - ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΣ

Ερευνητές και κλινικοί προσπαθώντας να αναλύσουν τον περίπλοκο φαινότυπο της ΙΨΔ και να προσδιορίσουν υποομάδες, χρησιμοποίησαν επίσης τις «κύριες» (predominant) ιδεοληψίες και τελετουργίες, αυτές δηλαδή που προεξάρχουν στην κλινική εικόνα των ΙΨΔ ασθενών (Hodgson and Rachman 1977, Khanna and Channabasavanna 1987, vanOppen et al. 1995, Ball et al. 1996). Συνήθως, διακρίνονται δύο υποομάδες: οι ασθενείς με καταναγκασμούς καθαρισμού (washers) και οι ασθενείς με καταναγκασμούς επανελέγχου (checkers) (Khanna et al. 1992, Matsunaga et al. 2001, Fontenelle et al. 2005) που διαφοροποιούνται με βάση το προφίλ τους: τη δομή του φόβου και την συμπεριφορά τους (Rachman 2005).

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι καταναγκασμοί καθαρισμού συναντώνται συχνότερα στις γυναίκες, η συμπεριφορά των ασθενών χαρακτηρίζεται από φόβο και παθητικές αποφυγές εξωτερικών ερεθισμάτων: αποφεύγουν να έρθουν σε επαφή με αντικείμενα ή πρόσωπα που θεωρούν μολυσμένα ή βρώμικα εξαιτίας του φόβου μην κολλήσουν κάποια ασθένεια ή μικρόβιο ή μήπως λερωθούν. Όταν αποτύχει η αποφυγή, επιδίδονται σε επαναλαμβανόμενο πλύσιμο και καθαρισμό που μπορεί να συνίσταται σε χιλιάδες ολιγόλεπτα πλυσίματα ή να πλένονται λίγες φορές που η κάθε μία διαρκεί μία ή περισσότερες ώρες. Οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου είναι συχνότερα άνδρες και χαρακτηρίζονται από υπέρμετρη ανησυχία ότι κάποιο μελλοντικό κακό (ασθένεια, θάνατος, καταστροφή) θα συμβεί σε αυτούς ή τους οικείους τους, γι' αυτό και ελέγχουν συνεχώς προκειμένου να το προλάβουν ή να μην θεωρηθούν υπεύθυνοι για αυτό. Οι έλεγχοι είναι επαναλαμβανόμενοι και μπορεί να είναι νοητικοί (νοερός έλεγχος ότι κλείδωσε την πόρτα) ή φανεροί (επιστρέφει και ελέγχει ότι κλείδωσε) (Rachman 1976, Marks 1987). Γι' αυτό και οι τελετουργίες καθαρισμού θεωρούνται ως «διορθωτικές» προηγούμενων λανθασμένων πράξεων (π.χ. μόλυνσης που προηγήθηκε) ενώ οι τελετουργίες ελέγχου «αποτρεπτικές» μελλοντικών απειλητικών γεγονότων με καταστροφικές συνέπειες (π.χ. έλεγχος ηλεκτρικής συσκευής για να αποτραπεί ενδεχόμενο βραχυκυκλώματος και άρα πυρκαγιάς) (Steketee et al. 1985, Noshirvani et al. 1991, Lensi et al. 1996, Bogetto et al. 1999, Labad et al. 2008).

Η ετερογενής φύση των ΙΨ συμπτωμάτων θεωρείται ως πιθανό αίτιο που εξηγεί τα αντικρουόμενα ευρήματα όχι μόνο στην κλινική και φαινομενολογική αλλά

και στην βιολογική έρευνα της ΙΨΔ, ειδικά σε ότι αφορά τις υποομάδες των washers και των checkers (Lochner and Stein 2003). Στην ανασκόπηση των Leopold and Backenstrass (2015) διεξήχθη μετα-ανάλυση των αποτελεσμάτων 13 μελετών με στόχο να διερευνηθεί αν οι δυο υποομάδες διαφέρουν ως προς την επίδοσή τους σε 10 νευροφυσιολογικές δοκιμασίες. Οι ασθενείς με καθαρισμό έδειξαν σημαντικά καλύτερη επίδοση σε σχέση με τους ασθενείς με επανέλεγχο σε όλες τις δοκιμασίες, ειδικά στον σχεδιασμό και την επίλυση προβλήματος, στην αναστολή απάντησης και στην ευελιξία/μετατόπιση της προσοχής, ενώ οι μικρότερες διαφορές σημειώθηκαν στην λεκτική και μη-λεκτική μνήμη, την προσοχή, την κωδικοποίηση και την ταχύτητα επεξεργασίας.

Σε ότι αφορά την συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων ΙΨΔ φαινομενολογικών υποομάδων, η εξέταση 65 ερευνών που κατηγοριοποιούσαν τους ασθενείς σε αυτές τις ομάδες έδειξε ότι οι ασθενείς με κύριες τελετουργίες καθαρισμού ή επανελέγχου αντιστοιχούσαν στο 75% του συνόλου του δείγματος, ενώ άλλες τελετουργίες (ακρίβειας, μετρήματος, παρασυσσώρευσης, επιβράδυνσης) ή μεικτές τελετουργίες υποαντιπροσωπεύονταν και αντιστοιχούσαν στο 12% του συνόλου των ασθενών, ποσοστό χαμηλότερο από αυτό που εκτιμούν επιδημιολογικές μελέτες (Ball et al.1996).

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Παρά τον μεγάλο όγκο ερευνών για τις διαστάσεις της ΙΨΔ δεν φαίνεται να προκύπτουν οριστικά συμπεράσματα ακόμη, ίσως επειδή:(i) Στις προαναφερθείσες μελέτες χρησιμοποιούνται διαφορετικές μέθοδοι παραγοντικών αναλύσεων οι οποίες καταλήγουν σε διαφορετικό αριθμό διαστάσεων (Mataix-Cols et al. 2005).(ii) Συμπτώματα όπως οι νοητικές τελετουργίες και η πιθανή συνεισφορά τους στην ΙΨΔ κατηγοριοποίηση υποτιμώνται (Abramowitz et al. 2003) παρότι είναι συχνά στους ΙΨ ασθενείς και λειτουργικά ισοδύναμα με τις άλλες «φανερές» τελετουργίες (DeSilva et al. 2003). (iii) Συνήθως οι έρευνες επικεντρώνονται στα φαινομενολογικά συμπτώματα αγνοώντας άλλα χαρακτηριστικά πιθανώς σημαντικά για την ΙΨΔ ταξινόμηση (Summerfeldt et al. 1999), όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά π.χ. η ηλικία έναρξης (Taylor 2011, Millet et al. 2004).

Οι τελετουργίες καθαρισμού με ιδεοληψίες μόλυνσης και οι τελετουργίες επανελέγχου με ιδεοληπτικές αμφιβολίες είναι οι δύο υποομάδες που συστηματικά

προκύπτουν από όλες τις μελέτες κατηγοριοποίησης της ΙΨΔ (Starcevic and Brakoulias 2008). Πιθανόν, η συμπερίληψη όλων των τύπων ιδεοληψιών και καταναγκασμών, περισσότερο και λιγότερο συχνών, όπως και δημογραφικών χαρακτηριστικών, να βοηθήσει σημαντικά στον προσδιορισμό αξιόπιστων υποτύπων στην ΙΨΔ.

Προκειμένου να επιλυθούν τα προαναφερθέντα προβλήματα, πρόσφατες έρευνες χρησιμοποιούν διαφορετικής φιλοσοφίας τεχνικές παραγοντικής ανάλυσης, όπως η Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (Latent Class Analysis – LCA). Η LCA έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε κλινικούς πληθυσμούς με στόχο τον προσδιορισμό διακριτών υποομάδων. Ενώ άλλες παραγοντικές αναλύσεις επικεντρώνονται στην δομή της ΙΨΔ χρησιμοποιώντας ως μονάδες ανάλυσης τις διαστάσεις, η LCA μπορεί να προσδιορίσει υποβόσκουσες ομοιογενείς υποομάδες ατόμων με ΙΨΔ κι όχι υποομάδες ΙΨΔ συμπτωμάτων (διαστάσεις) (Delucchi et al. 2011). Μέχρι στιγμής, η LCA έχει χρησιμοποιηθεί σε 5 μελέτες με σκοπό να διερευνήσει πιθανή ΙΨΔ κατηγοριοποίηση με βάση διάφορες πλευρές της διαταραχής, όπως οργανικά συμπτώματα στην παιδική ΙΨΔ (Thomsen and Jensen 1991), συνοσηρότητα (Nesdaldt et al. 2003, 2009), ηλικία έναρξης (Taylor 2011), και Ψ συμπτώματα σε σχέση με την βαρύτητα της νόσου (Delucchi et al. 2011), αλλά δεν έχει εφαρμοστεί σε έρευνες που μελετούν πιθανή φαινομενολογική και/ή δημογραφική κατηγοριοποίηση της ΙΨΔ.

1.2.1. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΙΨΔ - ΓΕΝΙΚΑ

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή για αρκετά χρόνια θεωρείτο μη ιάσιμη ψυχική ασθένεια. Η ψυχοδυναμική θεραπεία και οι ψυχοτρόπες ουσίες δεν ήταν αποτελεσματικές. Ως τις αρχές της δεκαετίας του 1960 οι ασθενείς αντιμετώπιζονταν με υποστήριξη, μακρόχρονο εγκλεισμό και ψυχοχειρουργικές επεμβάσεις όπως αμφοτερόπλευρη στερεοτακτική δεσμοτομή (Bridges et al. 1973) και στερεοτακτική λευκοτομή (Mitchell-Heggs et al. 1976). Θεωρείτο ότι είχαν αδύναμα όρια του ‘εγώ’ και οι τελετουργίες λειτουργούσαν ως αμυντικός μηχανισμός ενδυνάμωσης αυτών των ορίων, άρα δεν έπρεπε να παρεμποδίζονται γιατί αυτό έθετε σε κίνδυνο το ‘εγώ’ τα όρια του οποίου μπορούσαν να καταρρεύσουν και ο ασθενής να παρουσιάσει ψύχωση. Σε εξέταση 309 περιπτώσεων από 16 έρευνες με 1-20 χρόνια επανεξέταση μετά την λήξη της ψυχοδυναμικής θεραπείας, 23% είχε σημαντική βελτίωση και

επιπλέον 23% μέτρια βελτίωση (Black 1974) χωρίς ψυχοχειρουργική και πριν την είσοδο της θεραπείας έκθεσης που άλλαξε σημαντικά την έκβαση της θεραπείας στην ΙΨΔ.

Οι συμπεριφερσιολογικές θεραπείες και η φαρμακοθεραπεία με επιλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης βελτίωσαν την πρόγνωση.

1.2.2. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΙΨΔ: ΟΡΙΣΜΟΙ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η Θεραπεία Συμπεριφοράς είναι η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που πρώτη επέδειξε θετικά αποτελέσματα στην ΙΨΔ. Ο πυρήνας της Θεραπείας Συμπεριφοράς στην ΙΨΔ είναι η Έκθεση και η Παρεμπόδιση Απάντησης και τα δύο μαζί εμφανίζονται στη βιβλιογραφία ως (ΕΠΑ), κατά την οποία:

1) ο ασθενής εκτίθεται σε ερεθίσματα που αποφεύγει επειδή του προκαλούν έντονο άγχος και πυροδοτούν ιδεοληψίες και τελετουργίες και

2) παραμένει εκτιθέμενος, χωρίς να τελετουργεί τουλάχιστον για μία ώρα ή μέχρις ότου μειωθεί το άγχος. Η μείωση του άγχους επέρχεται χάρη στη λειτουργία του βιολογικού μηχανισμού της εξοικείωσης (habituation), (Marks 1987).

Η **έκθεση** συνήθως γίνεται σε φυσικό περιβάλλον, δηλαδή σε πραγματικά αγχογόνα ερεθίσματα (exposure in vivo) και είναι άμεση και παρατεταμένη. Η έκθεση υποβοηθούμενη από τον θεραπευτή (therapist- aided exposure) εφαρμόζεται όταν ο ασθενής αδυνατεί να φέρει σε πέρας την άσκηση έκθεσης που του έχει ανατεθεί, οπότε ο θεραπευτής είναι παρών και καθοδηγεί βήμα προς βήμα τον πάσχοντα ώστε ο τελευταίος να καταφέρει να εκτεθεί στη φοβογόνο κατάσταση. Η έκθεση μπορεί να συνιστά σταδιακή προσέγγιση της αγχογόνου κατάστασης (prolonged exposure) ή να είναι «κατακλυσμιαία» (flooding) όπου ο ασθενής εκτίθεται κατόπιν συμφωνίας μαζί του, στο πλέον φοβογόνο ερέθισμα, αδιάκοπα, μέχρι να πάψει να φοβάται.

Η **παρεμπόδιση απάντησης** είναι αποκλειστική τεχνική της ΙΨΔ κι εφαρμόζεται ταυτόχρονα ή παράλληλα με την έκθεση. Ο ασθενής αποτρέπεται από το να απαντήσει στο άγχος και τη δυσφορία που του προκαλεί η έκθεσή του στο

φοβογόνο ερέθισμα, με τον συνηθισμένο τρόπο δηλαδή με τελετουργία. Αντ' αυτού, του προτείνεται να κάνει κάτι διαφορετικό, αντίθετο από την τελετουργία. Όπως η έκθεση, και ο παρεμποδισμός απάντησης μπορεί να είναι αυτοκαθοδηγούμενος (να εκτελείται από τον ίδιο τον ασθενή) ή να γίνεται με την καθοδήγηση και βοήθεια του θεραπευτή (therapist – guided response prevention).

Η εφαρμογή της ΕΠΑ στην ΙΨΔ ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 με τον Meyer (1966) ο οποίος εφάρμοσε για πρώτη φορά την «Αποτρεπτική Θεραπεία» που περιλάμβανε Έκθεση, Παρεμποδισμό Απάντησης και Μίμηση Προτύπου (Exposure & Response Prevention & Modeling). Το πρόγραμμά του περιλάμβανε ασκήσεις έκθεσης διάρκειας 45 λεπτών έως 2 ωρών, μετά από Μίμηση Προτύπου (modeling), από τα λιγότερο στα περισσότερα φοβογόνα ερεθίσματα αφού πρώτα είχε επιτευχθεί παρεμποδισμός απάντησης. Σε 10 από τους 15 ασθενείς επιτεύχθη σημαντική βελτίωση ενώ στους υπόλοιπους μέτρια βελτίωση. Μόνο 2 υποτροπίασαν σε 6 χρόνια.

Ακολούθησαν πολυάριθμες συστηματικές μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των διαφόρων μορφών της Θεραπείας Συμπεριφοράς. Αρχικά εξετάστηκε η Συστηματική Απεναισθητοποίηση με βελτίωση στο 30% των ασθενών. Εξετάστηκαν ακόμη η Διακοπή Σκέψης (Thought Stopping), η Παράδοξη επιδίωξη, ο Κατακλυσμός στην φαντασία, ο Κορεσμός (Satiation) και η Αποστροφική Θεραπεία (Aversion Therapy) χωρίς να έχουν από μόνες τους ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα (Steketee 1993). Οι Emmelkamp and Kraanen (1977) βρήκαν ότι η in vivo έκθεση με την παρουσία θεραπευτή είναι εξίσου αποτελεσματική με την αυτό-καθοδηγούμενη έκθεση. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό από πλευράς οικονομίας χρόνου αφού η πρώτη θεραπεία καταναλώνει περίπου μισό χρόνο απ' ότι η δεύτερη, και έχει επαληθευθεί από μεταγενέστερες έρευνες (Marks 1997).

Στην ερώτηση «ποια μορφή ΕΠΑ να επιλέξω στη θεραπεία και γιατί;», η απάντηση είναι «σύμφωνα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου». Συχνότερα, στην κλινική πράξη, επιλέγεται η αυτό-καθοδηγούμενη ΕΠΑ (self-guided ERP), δηλαδή αυτή που ασθενής φέρνει εις πέρας μόνος του της ασκήσεις – στόχους που έχει συμφωνήσει προηγουμένως με τον θεραπευτή, καθώς έτσι αυξάνεται το αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας (self-efficacy) του ασθενή και το κίνητρο να προχωρήσει

τη θεραπεία. Ωστόσο, όταν δεν μπορεί να ολοκληρώσει τις ασκήσεις μόνος του ή στα ημερολόγια καταγραφής των ασκήσεων φαίνεται να μην προχωρά η εξοικείωση, τότε ο θεραπευτής βοηθά στην πράξη τον ασθενή στην εκτέλεση της άσκησης (Therapist-aided ERP).

Η in vivo ΕΠΑ έχει τεκμηριωθεί ως η αποτελεσματικότερη ψυχοθεραπεία για την ΙΨΔ (Eddy et al. 2004, Greist et al. 1998, McKay et al. 2015) με τα θεραπευτικά οφέλη να διατηρούνται για αρκετά χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας και προτείνεται ως η θεραπεία εκλογής (APA 2007, WHO 2006).

Η βελτίωση της συμπτωματολογίας ύστερα από ΕΠΑ συνοδεύεται από βελτίωση της ικανότητας των ατόμων για εργασία και βελτίωση της κοινωνικής τους ζωής (Duggan et al. 1992). Επίσης ευρήματα από νευροαπεικονιστικές μεθόδους (PET) δείχνουν ότι η μείωση των συμπτωμάτων μετά από ΕΠΑ συνοδεύεται από λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο (μείωση της εγκεφαλικής ροής αίματος στον δεξί κερκοφόρο πυρήνα, Baxter et al. 1996, Schwartz et al. 1996).

1.2.3. ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι σύγχρονες φαινομενολογικές κατηγοριοποιήσεις εστιάζουν στις πλευρές της ΙΨΔ που έχουν κλινική σημασία, δηλαδή στη μορφή και το περιεχόμενο των ιδεοληψιών και των τελετουργιών και στη μεταξύ τους σχέση. Η πλήρης κι εστιασμένη στα κλινικώς χρήσιμα στοιχεία φαινομενολογική ανάλυση μιας διαταραχής συνδέεται άμεσα με την θεραπευτική αντιμετώπιση, έχοντας συχνά προγνωστική αξία, κάτι που φαίνεται να ισχύει ιδιαίτερος για την ΙΨΔ (Marks, 1987).

Η ανάπτυξη της Θεραπείας Συμπεριφοράς στην ΙΨΔ με την έμφαση στην συμπεριφερσιολογική ανάλυση των τελετουργιών και των ιδεοληψιών τονίζει τη σχέση ανάμεσα στη φαινομενολογική εκδήλωση της νόσου και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Πρόσφατα γίνονται προσπάθειες να ελεγχθεί η προγνωστική αξία των σύγχρονων ομαδοποιήσεων των ΙΨ συμπτωμάτων, σε συνδυασμό με άλλους ήδη μελετημένους προγνωστικούς παράγοντες. Μέχρι στιγμής, θετικό αποτέλεσμα προβλέπουν η καλή συνεργασιμότητα του ασθενούς στις πρώτες θεραπευτικές

συνεδρίες έκθεσης (DeAraujo et al. 1996, Mataix-Cols et al. 2002) και οι τελετουργίες καθαρισμού στις γυναίκες (Basoglu et al. 1988). Αντίθετα ως αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες προβάλλουν οι τελετουργίες και ιδεοληψίες παρασυσσώρευσης (Black et al. 1998, Mataix-Cols et al. 2002), η βαρύτητα των συμπτωμάτων - συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της χρονιότητας της νόσου - (Basoglu et al. 1988, Keijers et al. 1994), ενώ αμφιλεγόμενα είναι τα ευρήματα για τη συννόσηση με Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας (deHaan et al. 1997).

1.3.1. ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Θεραπεία Συμπεριφοράς (ΘΣ), με επίκεντρο την Έκθεση και την Παρεμπόδιση Απάντησης – ΕΠΑ είναι η ψυχολογική θεραπεία εκλογής για την ΙΨΔ (National Collaborating Center for Mental Health 2006, APA 2007, Korran et al. 2007, McKay et al. 2015, Skarlinakis et al. 2016 & 2016) και η ΕΠΑ είναι απολύτως συνδεδεμένη και προσαρμοσμένη στην φαινομενολογική εικόνα των ασθενών (Marks 1987, Starcevic 2005). Αν και η ΘΣ χρησιμοποιεί για όλους τους τύπους της ΙΨΔ τις ίδιες αρχές, ο προσδιορισμός αξιόπιστων φαινομενολογικών ΙΨΔ υποομάδων θα μπορούσε να βοηθήσει τους κλινικούς να σχεδιάσουν υψηλής αποτελεσματικότητας ΕΠΑ θεραπευτικούς στόχους ειδικά προσαρμοσμένους στα χαρακτηριστικά της κάθε υποομάδας, διευκολύνοντας έτσι κι ενισχύοντας την θεραπευτική διαδικασία κι έκβαση. Συγκεκριμένα, καθώς ο καθαρισμός κι ο επανέλεγχος είναι οι πιο συχνές υποομάδες που προκύπτουν από τις ΙΨΔ μελέτες, έχει αναφερθεί ότι θα ήταν πιθανά χρήσιμο για την θεραπεία να λάβει υπόψιν όλες τις πλευρές και τα ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά καθεμιάς από αυτές τις δύο συχνές υποομάδες (Williams et al. 2013).

Η ΕΠΑ έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με φοβικά και αποφευκτικά στοιχεία όπως αυτοί που κάνουν τελετουργίες καθαρισμού (Basoglu et al. 1988, Marks 1997, Abramowitz 1997), αλλά είναι αμφιλεγόμενη η αποτελεσματικότητά της σε ασθενείς χωρίς φοβικές αποφυγές όπως όσοι κάνουν τελετουργίες επανέλεγχου (Rachman 2005).

Στα πλαίσια διπλωματικής μελέτης (Κουμαντάνου και συν. 2007) που διεξήχθη στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής κι Ερευνών, εξετάσαμε αναδρομικά τη φαινομενολογική εικόνα και την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Συμπεριφοράς σε 65 Ιδιοψυχαναγκαστικούς

ασθενείς Από τους 42 ασθενείς που ενεπλάκησαν στη θεραπεία, το 62% την ολοκλήρωσαν ενώ το 38% διέκοψαν. Οι περισσότεροι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού (70%) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, ενώ 55,5% των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου την διέκοψαν. Εξετάζοντας άλλους λόγους - εκτός της φαινομενολογίας- για το αυξημένο ποσοστό των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου που διέκοψαν τη θεραπεία, βρήκαμε ότι οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την αρχική βαρύτητα των συμπτωμάτων, για την ακρίβεια οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου εμφάνιζαν χαμηλότερο καταθλιπτικό συναίσθημα αρχικά.

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από πιλοτική προοπτική έρευνα που διεξήχθη από τον Ιανουάριο του 2007 έως τον Ιανουάριο του 2009 και περιλάμβανε 33 ΙΨ ασθενείς, οι οποίοι είχαν φαινομενολογικό και δημογραφικό προφίλ παρόμοιο με των ασθενών της αναδρομικής μελέτης. Από τους 26 ασθενείς που ενεπλάκησαν στη θεραπεία, 15 την ολοκλήρωσαν και 11 την διέκοψαν. Οι περισσότεροι «καθαριστές» τείνουν να ολοκληρώνουν επιτυχώς τη θεραπεία (75%) ενώ οι «ελεγκτές» να την διακόπτουν (62,5%).

Η αποτελεσματικότητα της Θ/Σ σε Έλληνες ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς είναι τεκμηριωμένη (Boulougouris and Bassiakos 1973, Rabavilas et al. 1976, Kasvikis et al. 1988 & 2004), αλλά λείπουν τόσο οι περιγραφές σε μεγάλα δείγματα ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών στη χώρα μας όσο και η συστηματική μελέτη και αξιολόγηση των παρεχόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η παροχή Θεραπείας Συμπεριφοράς από τη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών σε ενήλικες ασθενείς με Διαταραχές Παθολογικού Άγχους και ΙΨΔ, κατά τα τελευταία 30 και πλέον έτη, δίνει την ευκαιρία της περιγραφής των χαρακτηριστικών ενός ικανού δείγματος ΙΨ ασθενών και αξιολόγησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Η παρούσα προοπτική έρευνα επιχειρεί να συνεισφέρει στην περιγραφή και αποσαφήνιση της ετερογενούς εικόνας της ΙΨΔ στη χώρα μας και φιλοδοξεί να συμβάλλει στη διατύπωση προτάσεων για τη βελτίωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.3.2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

A. Πρώτος στόχος της εργασίας είναι α) να περιγράψει ένα ευρύ κλινικό δείγμα ΙΨΔ ασθενών με βάση τα συχνά και λιγότερο συχνά φαινομενολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, ελπίζοντας να εμπλουτίσει τις υπάρχουσες μελέτες και β) να εξετάσει την εύρεση πιθανών ομοιογενών ΙΨΔ υποομάδων συνδυάζοντας δύο αναλυτικές μεθόδους διαφορετικής φιλοσοφίας: την Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών – ΠΠΑ (Multiple Correspondence Analysis – MCA), μία πολυμεταβλητή μέθοδο που αναλύει τις συσχετίσεις μεταξύ πολλαπλών κατηγορικών μεταβλητών και στη συνέχεια μέσω γραφιστικής απεικόνισης μας επιτρέπει να προσδιορίσουμε διακριτές ομάδες, η οποία, από όσο γνωρίζουμε, δεν έχει χρησιμοποιηθεί ως τώρα σε μελέτες της ΙΨΔ και την Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (Latent Class Analysis - LCA) που με τον ατομοκεντρικό της χαρακτήρα προσφέρει χρήσιμες κλινικές πληροφορίες και αποτελεί νέα μέθοδο κατηγοριοποιήσεων με μικρή χρήση, σε μόλις πέντε μελέτες της ΙΨΔ.

Υποθέσαμε ότι: Συνδυάζοντας διαφορετικές αναλυτικές μεθόδους που μπορούν συμπεριλάβουν μεγάλο αριθμό χαρακτηριστικών και να αναδείξουν, εφόσον αυτές υπάρχουν, συγκεκριμένες υποομάδες, δύναται να ενισχυθεί η προσπάθεια ανάλυσης της ετερογενούς εικόνας της ΙΨΔ και προσδιορισμού αξιόπιστων υποομάδων, ενώ αναμένεται πιθανότατα να προκύψουν οι δύο συχνότερα εμφανιζόμενες στην υπάρχουσα βιβλιογραφία υποομάδες (ασθενείς με καταναγκασμούς καθαρισμού και ασθενείς με καταναγκασμούς επανελέγχου).

B. Δεύτερος στόχος της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση της πιθανής διαφορετικής αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Συμπεριφοράς σε δύο υποομάδες ασθενών με ΙΨΔ (ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού, ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου) και αν το διαφορετικό φαινομενολογικό προφίλ μπορεί να συσχετίζεται με την έκβαση της θεραπείας.

Με βάση τους προαναφερθέντες στόχους και τα κλινικά ευρήματα της αναδρομικής και της πιλοτικής μελέτης, ορίσαμε τις εξής **ερευνητικές υποθέσεις**:

- 1) Από το περιγραφικό τμήμα της μελέτης, αναμένουμε να προκύψουν υποομάδες με τα συχνότερα είδη ΙΨΔ συμπτωμάτων: ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου.

- 2) Στο κλινικό τμήμα της μελέτης, υποθέτουμε ότι η πλειονότητα του συνολικού δείγματος θα ολοκληρώσει* την θεραπεία του.
- 3) Οι ασθενείς του συνολικού δείγματος που θα ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους, θα παρουσιάσουν βελτίωση** της κλινικής τους εικόνας στο τέλος της θεραπείας.
- 4) Οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού θα ολοκληρώσουν τη θεραπεία σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου (που θα τείνουν να διακόψουν τη θεραπεία).
- 5) Οι ασθενείς των δύο υποομάδων που θα ολοκληρώσουν τη θεραπεία, θα παρουσιάσουν βελτίωση της κλινικής τους εικόνας στο τέλος της θεραπείας.

Αναλυτικά για τους αστερίσκους, βλ. «Κεφάλαιο 2 – Μέθοδος»

**ολοκλήρωση θεραπείας: θα έχει ολοκληρώσει τον 1^ο τελικό θεραπευτικό στόχο με άγχος μικρότερο ή ίσο του 2, στην κλίμακα άγχους (0 ως 8).*

***βελτίωση στο τέλος θεραπείας: α) απώλεια διάγνωσης βάσει του SCID και β) τουλάχιστον 50% μείωση στις βασικές μετρήσεις αλλά και σε όλα τα ερωτηματολόγια.*

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1.1. ΠΗΓΕΣ – ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα της παρούσας εργασίας αποτελείται από τους ασθενείς με ΙΨΔ που προσήλθαν για θεραπεία στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς. Η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) αποτελεί παράρτημα του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ), εδράζει στην Αθήνα και λειτουργεί από το 1988. Παρέχει την ενδεδειγμένη από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ψυχοθεραπεία (Θεραπεία Συμπεριφοράς και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία) σε ενήλικες πάσχοντες από Διαταραχές Παθολογικού Άγχους, Φοβίες, Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Μετατραυματική Διαταραχή Στρες και Διαταραχές Ελέγχου Παρορμήσεων. Εκτός από το κλινικό έργο η ΜΘΣ παρέχει επίσης έργο εκπαιδευτικό και ερευνητικό.

Στο περιγραφικό τμήμα της εργασίας αναλύθηκαν δεδομένα από 134 Ιδιοψυχαναγκαστικούς ασθενείς που αναζήτησαν θεραπεία έως το Δεκέμβριο του 2013. Από αυτούς, 65 ασθενείς εξετάστηκαν αναδρομικά συλλέγοντας δημογραφικά και φαινομενολογικά δεδομένα από τους φακέλους τους, 33 ασθενείς συμμετείχαν στην προοπτική πιλοτική έρευνα που προηγήθηκε της παρούσης και 36 ασθενείς αποτέλεσαν το δείγμα για το κλινικό τμήμα της εργασίας. Τα δημογραφικά και τα φαινομενολογικά χαρακτηριστικά όλων των ασθενών αναλύθηκαν μαζί για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, επιτρέποντάς μας να χρησιμοποιήσουμε όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες και να αυξήσουμε έτσι την στατιστική ισχύ των αναλύσεών μας.

Η πλειονότητα των ασθενών απευθύνεται στη ΜΘΣ κατόπιν παραπομπών. Ο ασθενής εισέρχεται σε λίστα αναμονής μετά από σύντομη τηλεφωνική αξιολόγηση [screening] όπου διευκρινίζεται το κύριο πρόβλημα (τελετουργίες, ιδεοληψίες, αποφυγές, κ.λπ.). Εντός περίπου 15 ημερών μετά την τηλεφωνική επαφή ορίζεται το ραντεβού της αρχικής αξιολόγησης.

Κριτήρια εισόδου στη μελέτη: η ΙΨΔ να είναι η κύρια διάγνωση, εάν γίνεται χρήση φαρμακευτικής αγωγής, ο ασθενής να την λαμβάνει σε σταθερή δοσολογία τουλάχιστον για τον τελευταίο μήνα. Σύμφωνα με τον Abramowitz και συν. (2003), τα ερευνητικά δεδομένα που έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός SSRI συν ΕΠΑ δεν υπερέρχει της ΕΠΑ μόνη της (Franklin και συν., 2002, McLean και συν., 2001), υποδεικνύουν ότι η συμπερίληψη ΙΨΔ ασθενών υπό φαρμακευτική αγωγή σε κλινικές

μελέτες θεωρείται απολύτως θεμιτή υπό την προϋπόθεση ότι η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής παραμένει σταθερή. Αποκλείονται οι ασθενείς με παρουσία (ή ιστορικό) ψυχωτικής διαταραχής, διαταραχής κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ, παρουσία οργανικού ψυχοσυνδρόμου, νοητικής υστέρησης, ή εγκεφαλικής νόσου.

Σε ό,τι αφορά στο κλινικό τμήμα της μελέτης, υπολογίστηκε ότι με βάση α) τα ποσοστά ολοκλήρωσης θεραπείας «καθαρισμού» και «επανελέγχου» από την αναδρομική και την πιλοτική έρευνα, β) το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που εκτιμήθηκε ότι ορίζει την ισχύ (ορίζεται $\alpha = 0,05$), γ) τον βαθμό βεβαιότητας ότι η διαφορά των ποσοστών των δύο ομάδων που θα ολοκληρώσουν τη θεραπεία, εάν υπάρχει, θα ανακαλυφθεί (ορίζεται $1 - E = 0,80$), προτείνεται ως απαιτούμενο συνολικό μέγεθος δείγματος 26 ασθενείς, με αναλογία περίπου 16 «washers» και 10 «checkers» (Cohen, 2002). Στο δείγμα μας τελικώς συμπεριλήφθησαν 17 ασθενείς με καταναγκασμούς καθαρισμού και 12 με καταναγκασμούς επανελέγχου.

2.1.2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.

Μετά από το τηλεφωνικό screening, οι ασθενείς έλαβαν μία συνεδρία αρχικής αξιολόγησης, που περιλαμβάνει τη χορήγηση ημι-δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, της δομημένης συνέντευξης του SCID και ερωτηματολογίων, με σκοπό τη διάγνωση της κύριας διαταραχής (και των πιθανών συνοδών διαταραχών) και τη φαινομενολογική ταξινόμηση του ασθενούς. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου – αποκλεισμού ($n=36$), εισήλθαν στην επόμενη φάση.

Ακολούθησαν δύο συνεδρίες συμπεριφερειολογικής ανάλυσης και εισαγωγής στο θεραπευτικό μοντέλο. Οι ασθενείς που δέχτηκαν να εμπλακούν στη θεραπεία προχώρησαν στην επόμενη φάση ($n=29$). Για όσους αρνήθηκαν να εμπλακούν, υπήρξε σύντομη διερεύνηση των λόγων άρνησης.

Ακολούθησε η ενεργός θεραπεία με κύριο συστατικό την Έκθεση και Παρεμπόδιση Απάντησης (ΕΠΑ), χωρίς/με τη βοήθεια του θεραπευτή. Η αξιολόγηση στη λήξη της θεραπείας διενεργήθηκε και για όσους ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη θεραπεία και για όσους την διέκοψαν.

Στον αρχικό σχεδιασμό είχε προβλεφθεί επανεξέταση 6 μηνών στην οποία θα επαναλαμβανόταν η αξιολόγηση για όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως της έκβασης της θεραπείας (ολοκλήρωση, διακοπή). Ωστόσο, η έλλειψη επαρκών δεδομένων δεν κατέστησε δυνατή αυτή την ανάλυση.

Πίνακας 2: Σχεδιασμός μελέτης.

1^η αξιολόγηση <i>Αρχή θεραπείας</i>	Ενεργός θεραπεία <i>Συνεδρίες ΕΠΑ</i>	2^η αξιολόγηση <i>Λήξη θεραπείας</i>
<ul style="list-style-type: none"> ○ SCID ○ Y-BOCS ○ Τελικοί Στόχοι* ○ CC ○ BDI ○ WSAS ○ FQ ○ Φαινομενολογική Ταξινόμηση <p>*στο τέλος της 2^{ης} εισαγωγικής συνεδρίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ HCS** <p>**στο τέλος κάθε θεραπευτικής συνεδρίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ SCID ○ Y-BOCS ○ Τελικοί Στόχοι ○ CC ○ BDI ○ WSAS ○ FQ

SCID: Structured Clinical Diagnostic Interview, for DSM IV, από τον αξιολογητή.

CC: Compulsion Checklist, αυτοσυμπληρούμενο.

Y – BOCS: Yale – Obsessive Compulsive Scale, από τον αξιολογητή.

BDI: Short Beck Depression Inventory, αυτοσυμπληρούμενο.

FQ: Fear Questionnaire, αυτοσυμπληρούμενο.

WSAS: Work and Social Adjustment Scale, αυτοσυμπληρούμενο.

Φαινομενολογική Ταξινόμηση: «καθαριστές» - «ελεγκτές» από κυρίαρχες τελετουργίες – ιδεοληψίες, από τον αξιολογητή.

Τελικοί Στόχοι: άγχος και αποφυγή, 0 – 8, αυτοσυμπληρούμενο.

HCS: Homework Compliance Scale, συμπληρώνεται από τον θεραπευτή.

2.1.3. ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η συνεδρία αρχικής αξιολόγησης διαρκούσε 90΄ και περιλάμβανε τη διάγνωση των ασθενών με βάση τη δομημένη κλινική – διαγνωστική συνέντευξη του SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), ημι-δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη της ΜΘΣ, τη χορήγηση του ερωτηματολογίου Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) στην ελληνική μετάφραση και των υπόλοιπων ψυχομετρικών εργαλείων. Όλοι οι ασθενείς υπέγραψαν γραπτή συναίνεση χρήσης των δεδομένων της αξιολόγησης και της θεραπείας τους για τον ερευνητικό σκοπό της εργασίας. Οι αξιολογήσεις διενεργήθηκαν από την ίδια αξιολογήτρια που έχει εκπαιδευτεί στη χορήγηση του SCID και του Y-BOCS. Αναλυτικά:

Όλοι οι ασθενείς αξιολογήθηκαν μέσω μίας ημι-δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης και κρίθηκαν ότι πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV για ΙΨΔ (APA, 1994). Η συνέντευξη περιλαμβάνει ευθείες ερωτήσεις για την εκτίμηση της παρούσας Ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας, πιθανών συννοσήσεων, της γενικής ψυχοπαθολογίας, δημογραφικά στοιχεία και άλλες σημαντικές κλινικές πληροφορίες. Πρόκειται για ένα πρωτότυπο εργαλείο αξιολόγησης που δημιουργήθηκε από ψυχιάτρους και ψυχολόγους της ΜΘΣ με εμπειρία στην ΙΨΔ και χρησιμοποιείται τα τελευταία 30 χρόνια. Όλες οι διαγνώσεις επιβεβαιώθηκαν κλινικά από τον ίδιο ψυχίατρο/θεραπευτή συμπεριφοράς και υπεύθυνο της ΜΘΣ (Γ.Κ).

Οι μισοί (n=69) ασθενείς διαγνώστηκαν επίσης από την Ελληνική εκδοχή της δομημένης κλινικής συνέντευξης του SCID για το DSM-IV ενώ άνω του 1/3 των ασθενών (n=36) αξιολογήθηκαν επίσης από το Y-BOCS. Η χρήση επιπρόσθετων ψυχομετρικών εργαλείων θεωρήθηκε αναγκαία βάση της εξέλιξης της έρευνας για την ΙΨΔ αλλά και τις ανάγκες της παρούσας εργασίας.

Το SCID (First et al. 1996), επελέγη ως το βασικό διαγνωστικό εργαλείο καθώς α) είναι αυτό που χρησιμοποιείται συχνότερα στις έρευνες διεθνώς, με σκοπό την εξασφάλιση της πιστότητας της διάγνωσης και β) η ΜΘΣ έχει επιμεληθεί τη μετάφραση και απόδοση στα Ελληνικά των τμημάτων της συνέντευξης που αναφέρονται στις «Διαταραχές Άγχους» και στις «Διαταραχές Διάθεσης» και έχει ελεγχθεί η συμφωνία μεταξύ βαθμολογητών (Kasvikis 2004).

Ομοίως, το Y-BOCS (Goodman et al. 1989) είναι το πρότυπο ψυχομετρικό εργαλείο για την αξιολόγηση της βαρύτητας και του είδους των συμπτωμάτων της

ΙΨΔ (“gold standard measure”: Feske and Chambless 2000), έχει μεταφραστεί επισήμως στα Ελληνικά, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ και σε συνεργασία και συμφωνία με τον κατασκευαστή του εργαλείου καθ. Goodman W.K, από την γράφουσα η οποία έχει εκπαιδευτεί στη χορήγησή του. Συγκεκριμένα, ο «Κατάλογος Συμπτωμάτων» του Y-BOCS (Y-BOCS Symptom Checklist) χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της παρούσας και παρελθούσας ΙΨΔ συμπτωματολογίας των ασθενών και η κλίμακα Y-BOCS (Y-BOCS Scale) για την εκτίμηση της βαρύτητας της διαταραχής. Η Ελληνική μετάφραση του Y-BOCS μαζί με οδηγίες και κλινικό παράδειγμα βαθμολόγησης διατίθενται σε μορφή εγχειριδίου και βρίσκεται σε εξέλιξη η διαδικασία ελέγχου των ψυχομετρικών ιδιοτήτων και στάθμισης του εργαλείου (Ελλην. μτφρ: Κουμαντάνου Λ, επιμέλεια: Κασβίκης Γ, Βαϊδάκης Ν, εκδόσεις: ΕΚΕΨΥΕ, Αθήνα 2012).

2.1.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αμέσως μετά την αρχική εκτίμηση ακολούθησαν **2 ωριαίες συνεδρίες κλινικής αξιολόγησης και λήψης ιστορικού** με έμφαση στη συμπεριφεριολογική ανάλυση (λεπτομερής καταγραφή των τελετουργιών, των ιδεοληψιών και των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ο ασθενής). Οι τελετουργίες, οι ιδεοληψίες και οι αποφυγές καταγράφηκαν και ιεραρχήθηκαν σε λίστα, από την οποία προέκυψαν οι «ενδιάμεσοι στόχοι» δηλαδή οι ασκήσεις που θα αναλάμβανε να εκτελεί ο ασθενής μεταξύ των συνεδριών (homework), ενώ οι δυσκολότερες ασκήσεις αποτέλεσαν τους «τελικούς στόχους» η επίτευξη των οποίων θα σηματοδοτούσε τη λήξη της θεραπείας. Τέλος, εξηγήθηκαν στον ασθενή η φύση της διαταραχής, η λογική της προτεινόμενης θεραπείας, η συνεργατική φύση της θεραπευτικής σχέσης.

Οι **θεραπευτικές συνεδρίες** ήταν εβδομαδιαίες, διάρκειας 60΄ έως 80΄. Σε κάθε συνεδρία συζητούντο οι ασκήσεις που είχε αναλάβει να φέρει εις πέρας ο ασθενής την προηγούμενη εβδομάδα και ορίζονταν οι επόμενες. Ο ασθενής διατηρούσε ημερολόγιο όπου βαθμολογούσε το άγχος και την αποφυγή που του προκαλούσε η εκτέλεση της κάθε άσκησης καθημερινά. Για να προχωρήσει ο ασθενής σε δυσκολότερη άσκηση, θα έπρεπε να έχει εκτελέσει την προηγούμενη με άγχος ≤ 2 , με βάση την «Κλίμακα Άγχους – Αποφυγής» (Marks 1980, ελλ. μτφρ. Κασβίκης 1988) που κυμαίνεται από 0 έως 8. Η ταχύτητα της θεραπευτικής πορείας

υπαγορευόταν από τον ρυθμό του κάθε ασθενή και μόνο όταν αισθανόταν έτοιμος να προχωρήσει.

Το **περιεχόμενο της θεραπείας** στηρίχθηκε στην αυτο – καθοδηγούμενη Έκθεση και Παρεμπόδιση Απάντησης (ΕΠΑ, Self – guided Exposure plus Response Prevention = ERP). Έκθεση και Παρεμπόδιση Απάντησης με την βοήθεια / καθοδήγηση του θεραπευτή (Therapist – aided ERP) δόθηκε μόνο όταν οι ασθενείς δεν μπορούσαν να διεκπεραιώσουν μόνοι τους τις ασκήσεις. Άλλες παρεμβάσεις (π.χ. χαλάρωση, εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες κλπ) παρέχονταν μόνο όταν αυτό απαιτείτο και μόνο επικουρικά προς την ΕΠΑ. Η θεραπεία δεν περιλάμβανε δομημένες γνωσιακές παρεμβάσεις. Η δομή και το περιεχόμενο της θεραπείας βασίστηκε στο «Εγχειρίδιο Λειτουργίας» της ΜΘΣ που καθορίζει το είδος και τον τρόπο εφαρμογής των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανά διαταραχή. Οι θεραπευτές είναι ένας ψυχίατρος και 4 ψυχολόγοι, ειδικευμένοι στην Θ/Σ και έμπειροι στη θεραπεία της ΙΨΔ, με κλινική εμπειρία τουλάχιστον 10 έτη. Κάθε εβδομάδα ο ψυχίατρος – διευθυντής της ΜΘΣ επέπτευε την πορεία των θεραπειών.

2.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Α. Για το περιγραφικό τμήμα της εργασίας, καταγράφηκαν και αναλύθηκαν δεδομένα για κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία έναρξης της νόσου, η οικογενειακή κατάσταση, η διάρκεια της ΙΨΔ, η επαγγελματική απασχόληση, η φαρμακευτική αγωγή. Μία συγκεκριμένη κύρια ιδεοληψία και τελετουργία προσδιορίστηκε για κάθε ασθενή. Ως «κύριο» ορίστηκε το σύμπτωμα που κυριαρχεί στην κλινική εικόνα του ασθενούς, δηλαδή το πιο συχνό σύμπτωμα που προκαλεί την μεγαλύτερη δυσφορία (Abramowitz et al. 2003). Παρότι ορισμένα είδη ΙΨΔ συμπτωμάτων όπως η ιδεοληπτική σκέψη, η ψυχαναγκαστική επιβράδυνση, οι νοητικές τελετουργίες είναι επαρκώς τεκμηριωμένα (Achtar et al. 1975, Rachman and Hodgson 1980, Rachman 1974, Ratnasuriya et al. 1991), δεν συμπεριλαμβάνονται στις 15 κατηγορίες ιδεοληψιών και καταναγκασμών του Y-BOCS-SC. Γι' αυτό, για την κατηγοριοποίηση των κύριων ιδεοληψιών και τελετουργιών, χρησιμοποιήσαμε τόσο κλασικές (Achtar et al. 1975, Rachman and Hodgson 1980) όσο και πιο πρόσφατες (Mataix-Cols et al. 1999) φαινομενολογικές ταξινομήσεις, με στόχο την πλήρη αντιπροσώπευση των ΙΨΔ συμπτωμάτων.

Τα είδη των καταναγκασμών είναι: καθαρισμός, επανέλεγχος, επανάληψη, τακτοποίηση, αποφυγή, παρασυσσώρευση, νοητικές τελετουργίες και επιβράδυνση.

Τα είδη των ιδεοληψιών είναι: φόβος μόλυνσης/ακαθαρσίας, παθολογικές αμφιβολίες/επιθετικότητα, ιδεοληπτικές εικόνες, ιδεοληψίες σχετικά με το σεξ, ιδεοληψίες σχετικά με την θρησκεία, ιδεοληπτική σκέψη, και μαγική σκέψη (με/χωρίς ιδεοληψίες συμμετρίας).

B. Για την κλινική αξιολόγηση των ασθενών (τόσο συνολικά όσο για τις δύο ομάδες χωριστά) χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία:

- Βασικά εργαλεία μέτρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος (outcome measures):
 1. **Yale – Brown Obsessive – Compulsive Scale** (Y – BOCS, Goodman et al. 1989, Κουμαντάνου και συν. 2012) συμπληρώνεται από τον αξιολογητή, *βαρύτητα και είδος ΙΨΔ συμπτωματολογίας*
 2. **Τελικοί Στόχοι Θεραπείας** (Marks 1979, Kasvikis et al. 1989) βαθμολογούνται από τον ασθενή: 0-8 για άγχος και αποφυγή)
- Επίσης:
- Εκτίμηση ΙΨ συμπτωματολογίας: *Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου* (Compulsion Checklist, Marks et al. 1977, Kasvikis et al. 1989, αυτοσυμπληρούμενο).
- Εκτίμηση του συναισθήματος: *Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck, (Short Beck Depression Inventory-BDI*, Beck and Beck 1972, Jemos 1984, αυτοσυμπληρούμενο).
- Εκτίμηση φοβικών συμπτωμάτων: *Ερωτηματολόγιο Φόβου* (Fear Questionnaire, Marks and Mathews 1979, Kasvikis et al. 2006, αυτοσυμπληρούμενο).
- Εκτίμηση λειτουργικότητας: *Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής & Επαγγελματικής Προσαρμογής* (Work and Social Adjustment Scale, Marks 1986, Mundt et al. 2002, Theodorou 2013, αυτοσυμπληρούμενο).
- Εκτίμηση της συνεργασιμότητας: *Κλίμακα Αξιολόγησης Συνεργασιμότητας* (Homework Compliance Scale, Primakoff et al. 1986, Μυτσκίδου 2008, συμπληρώνεται από τον θεραπευτή στο τέλος κάθε θεραπευτικής συνεδρίας).

Τα ψυχομετρικά εργαλεία χορηγήθηκαν σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές:

(i) στην αρχή της θεραπείας

(ii) στη λήξη της θεραπείας

Οι δύο αξιολογήσεις έγιναν για όλους τους ασθενείς ασχέτως έκβασης (ολοκλήρωση θεραπείας, διακοπή θεραπείας) από ανεξάρτητο αξιολογητή, εκπαιδευμένο και πιστοποιημένο στη χορήγηση των εργαλείων.

2.2.1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ – ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ως κριτήριο για να θεωρηθεί ένας ασθενής ότι ολοκλήρωσε τη θεραπεία του ορίστηκε το να έχει ολοκληρώσει τους τελικούς του στόχους με άγχος μικρότερο ή ίσο του '2' στην κλίμακα άγχους 0 έως 8.

Ως κριτήριο διακοπής της θεραπείας ορίστηκε το να σταματά ο ασθενής τη θεραπεία αφού έχει θέσει τελικούς θεραπευτικούς στόχους και έχει ξεκινήσει τουλάχιστον μία άσκηση ΕΠΑ.

2.2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

α) Η ίση ή μεγαλύτερη του 50% μείωση της βαθμολογίας των ασθενών στα ερωτηματολόγια στο τέλος της θεραπείας επί της βαθμολογίας που είχαν δώσει στην αρχή της θεραπείας. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο μετρήσεων (πριν και μετά την θεραπεία) ορίζεται ως κλινικά σημαντική αλλαγή (Blanchard and Schwartz, 1988).

β) Η απώλεια της διάγνωσης στο τέλος της θεραπείας βάσει του SCID.

2.3. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

2.3.1. Κλίμακα Yale-Brown για την Βαθμολόγηση της Βαρύτητας και του Είδους των Συμπτωμάτων Ασθενών με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-YBOCS)

Η κλίμακα Y-BOCS κατασκευάστηκε το 1989 από τον καθ. W. K Goodman και τους συνεργάτες του. Έχει θεωρηθεί ως «πρότυπο εργαλείο αξιολόγησης της ΙΨΔ» (gold standard measure: Feske and Chambeless 2000) και χρησιμοποιείται ευρύτατα τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πράξη για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου στην ψυχοθεραπεία και την φαρμακοθεραπεία. Έχει άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πάρα πολλές γλώσσες.

Κατ' ουσίαν πρόκειται για ένα εγχειρίδιο για την αξιολόγηση της ΙΨΔ που αποτελείται από τρία τμήματα:

- Η κλίμακα αξιολόγησης της βαρύτητας της ΙΨΔ
- Ο Κατάλογος Καταγραφής των Συμπτωμάτων του παρελθόντος και της τελευταίας εβδομάδας (Y-BOCS Symptom Checklist)
- Ένα υπόδειγμα Καταγραφής των Συμπτωμάτων – Στόχων (Ιδεοληψίες – Στόχοι, Καταναγκασμοί – Στόχοι, Αποφυγές)

Το Y-BOCS περιλαμβάνει γενικές και ειδικές οδηγίες συμπλήρωσης και βαθμολόγησης. Χορηγείται σε ασθενείς που έχουν ήδη λάβει ως κύρια διάγνωση την ΙΨΔ (κατά προτίμηση με βάση κάποια ημι-δομημένη ή δομημένη κλινική, ψυχιατρική συνέντευξη).

Για τη διευκόλυνση του χρήστη της κλίμακας, προτείνεται η χορήγηση του Y-BOCS με την εξής σειρά: Αρχικά συμπληρώνεται ο Κατάλογος Καταγραφής των Συμπτωμάτων του παρελθόντος και της τελευταίας εβδομάδας. Από αυτές τις πληροφορίες θα αντληθούν οι κύριες Ιδεοληψίες – Στόχοι και Καταναγκασμοί – Στόχοι και τέλος βαθμολογείται η Κλίμακα Αξιολόγησης της Βαρύτητας της ΙΨΔ.

Το Y-BOCS έχει άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες: Μεταξύ βαθμολογητών αξιοπιστία: $r=.80 - .99$, επαναληπτικών μετρήσεων αξιοπιστία: $r=.81 - .97$ σε διάστημα 2 εβδομάδων, εσωτερικής συνέπειας αξιοπιστία: $\alpha=.69 - .91$, εγκυρότητα περιεχομένου: $\text{mean } r=.51, L=.17 - .77$ (Goodman et al. 1989).

Κατάλογος Συμπτωμάτων (Y-BOCS Symptom Checklist)

Ο Κατάλογος Συμπτωμάτων περιλαμβάνει 74 συμπτώματα (ιδεοληψίες και καταναγκασμούς) της ΙΨΔ ομαδοποιημένα σε 15 κατηγορίες. Ο εξεταστής σημειώνει αν ο ασθενής εμφανίζει τώρα ή εμφάνισε στο παρελθόν καθένα από αυτά τα συμπτώματα. Είναι σημαντικό βοήθημα τόσο για τον εντοπισμό των τρεχόντων ειδών καταναγκασμών και ιδεοληψιών, όσο και για την αναγνώριση παρελθόντων συμπτωμάτων που ίσως επανεμφανιστούν σε επόμενες αξιολογήσεις.

Ο Κατάλογος θεωρείται ότι προσφέρει μια περιεκτική «χαρτογράφηση» των ιδεοληψιών και καταναγκασμών που παρουσιάζει ο ασθενής και βοηθά στον

εμπλουτισμό και την ολοκλήρωση της συμπεριφερσιολογικής ανάλυσης και της κλινικής εικόνας.

Σύμφωνα τις οδηγίες του εγχειριδίου, ο εξεταστής θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι οι αναφερόμενες συμπεριφορές είναι γνήσια συμπτώματα της ΙΨΔ κι όχι κάποιας άλλης διαταραχής (π.χ. Ειδικής Φοβίας, Παραφιλίας, Τριχοτιλλομανίας). Ειδικά σε περιπτώσεις που η διαφορική διάγνωση είναι εξαιρετικά δύσκολη (π.χ. ανάμεσα σε σύνθετα κινητικά τικ και καταναγκασμούς αγγίγματος) είναι σημαντική η αναλυτική περιγραφή του συμπτώματος, η επίτευξη συμφωνίας στην βαθμολόγηση σε επόμενη αξιολόγηση ή/και η χορήγηση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου εκτίμησης των τικ.

Λίστα Συμπτωμάτων – Στόχων

Αφού εντοπιστούν τα τρέχοντα είδη ιδεοληψιών και καταναγκασμών, ο εξεταστής τα ταξινομεί και τα καταγράφει στη Λίστα Συμπτωμάτων –Στόχων, σύμφωνα με τις κλινικά χρήσιμες κατηγοριοποιήσεις (π.χ. διαχωρισμός καταναγκασμών σε επανελέγχου και καθαρισμού). Η Λίστα περιλαμβάνει τις «Ιδεοληψίες – Στόχους», τους «Καταναγκασμούς – Στόχους» και τις «Αποφυγές» που κυριαρχούν στην κλινική εικόνα του ασθενούς. Ο εξεταστής πρέπει να περιγράψει τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων, ώστε να μπορούν να εντοπίζονται ευκολότερα (π.χ. εκτός από την καταγραφή των επανελέγχων, να διευκρινίζεται τι ακριβώς ελέγχει ο ασθενής). Ο εξεταστής χρειάζεται να βεβαιωθεί για το ποιά είναι τα κυρίαρχα συμπτώματα, αυτά δηλαδή στα οποία θα εστιάσει κυρίως η συνέντευξη και η κλίμακα βαρύτητας.

Κλίμακα Βαθμολόγησης Βαρύτητας Ιδεοληψιών – Καταναγκασμών (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)

Ο στόχος της Κλίμακας Βαθμολόγησης της Βαρύτητας είναι να χρησιμοποιηθεί ως ημι-δομημένη συνέντευξη. Ο εξεταστής θα πρέπει να αξιολογεί τα λήμματα με την προτεινόμενη σειρά και να χρησιμοποιεί τις παρεχόμενες ερωτήσεις. Πριν την χορήγηση της κλίμακας, ο εξεταστής εξηγεί σύντομα στον ασθενή τι είναι οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί και δίνει παραδείγματα. Στις γενικές οδηγίες συμπεριλαμβάνεται ένα τέτοιο υπόδειγμα.

Η βαθμολόγηση των λημμάτων βασίζεται στην αναφορά του ασθενούς, αλλά η τελική βαθμολογία στηρίζεται στις παρατηρήσεις του εξεταστή κατά τη διάρκεια της

συνέντευξης και την κλινική εκτίμησή του. Οι βαθμολογίες θα πρέπει να αντικατοπτρίζουν τη μέση συχνότητα εμφάνισης κάθε λήμματος καθ' όλη την τελευταία εβδομάδα έως και την στιγμή της συνέντευξης.

Η κλίμακα στην αναθεωρημένη της εκδοχή (7 και 9/89) περιλαμβάνει 19 λήμματα που αντιστοιχούν σε χαρακτηριστικά της ΙΨΔ ενδεικτικά της βαρύτητάς της. Αν και βαθμολογούνται όλα, η συνολική βαρύτητα υπολογίζεται μόνο από τα λήμματα 1-10. Τα λήμματα 1-5 αναφέρονται στις ιδεοληψίες και τα λήμματα 6-10 στους καταναγκασμούς. Η βαθμολόγηση κάθε λήμματος γίνεται με βάση μία κλίμακα από 0 ως 4. Η συνολική βαθμολόγηση του Y-BOCS είναι το άθροισμα των λημμάτων 1 ως 10 (εκτός των 1b και 6b) ενώ τα υποσύνολα των ιδεοληψιών και των καταναγκασμών είναι αντίστοιχα τα αθροίσματα των λημμάτων 1 ως 5 (εκτός του 1b) και των 6 ως 10 (εκτός του 6b). Συνεπώς, οι επιμέρους βαθμολογήσεις για τις ιδεοληψίες και τους καταναγκασμούς κυμαίνονται από 0 ως 20 και η συνολική βαθμολόγηση από 0 ως 40.

Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του Y-BOCS, τα λήμματα 1b, 6b και 11 – 16 μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες αλλά διαθέτουν μέχρι στιγμής περιορισμένα δεδομένα για τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες και θα πρέπει να θεωρηθούν κυρίως ως διερευνητικά. Τα λήμματα 17 της «συνολικής βαρύτητας» και 18 της «συνολικής βελτίωσης» έχουν προσαρμοστεί από την Clinical Global Impression Scale (GuyW, 1976) προκειμένου να αξιολογηθεί η γενική δυσλειτουργία που σχετίζεται αλλά δεν περιορίζεται στην παρουσία των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων. Κατά την βαθμολόγηση αυτών των λημμάτων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη επίσης η δυσλειτουργία που προκαλείται από συμπτώματα δευτερογενούς κατάθλιψης. Στο λήμμα 18 βαθμολογείται η συνολική βελτίωση σε σχέση με την αρχική βαθμολογία και ανεξαρτήτως αν οφείλεται – κατά την κρίση του εξεταστή – σε ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία. Το λήμμα 19 που αξιολογεί την αξιοπιστία των πληροφοριών που παρέχει ο ασθενής, θεωρείται ότι ενδέχεται να βοηθήσει στην ερμηνεία της βαθμολογίας άλλων λημμάτων του Y-BOCS, σε ορισμένες περιπτώσεις ΙΨΔ.

Η Ελληνική μετάφραση του Y-BOCS

Με αφορμή τις ανάγκες της παρούσας εργασίας προχωρήσαμε στην μετάφραση και απόδοση του Y-BOCS στα Ελληνικά. Η διαδικασία της μετάφρασης και

απόδοσης διενεργήθηκε από την γράφουσα στα πλαίσια της λειτουργίας της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής κι Ερευνών, από τις εκδόσεις του οποίου και κυκλοφορεί. Την επιμέλεια όλης της διαδικασίας ανέλαβαν από κοινού ο υπεύθυνος της ΜΘΣ, ψυχίατρος Ι. Κασβίκης και ο καθηγητής Ψυχιατρικής Ν. Βαϊδάκης, αμφότεροι με πολύ μεγάλη εμπειρία στην ΙΨΔ.

Για την μετάφραση ακολουθήσαμε τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με την διαδικασία μετάφρασης κι απόδοσης των σχετικών με την υγεία εργαλείων αξιολόγησης (WHO, 2011, rev.2016):

1.	Απευθείας μετάφραση
2.	Αντίστροφη μετάφραση
3.	Προκαταρκτικός έλεγχος, γνωστική και γλωσσική σύγκριση με το πρωτότυπο
4.	Τελική μορφή

Κατόπιν επικοινωνίας, λάβαμε από τους κατασκευαστές του Y-BOCS και την ομάδα του καθ. Goodman, η οποία ασχολείται με την διεθνή χρήση της κλίμακας, την έγκριση για την μετάφραση της κλίμακας στα Ελληνικά.

Προχωρήσαμε στην απευθείας μετάφραση (forward translation) του εργαλείου από τα αγγλικά στα ελληνικά, η οποία ελέγχθηκε από τους δύο επιμελητές της έκδοσης και εν συνεχεία στην αντίστροφη μετάφραση (back translation) από ανεξάρτητο μεταφραστή δίγλωσσο, με μητρική γλώσσα την αγγλική. Ακολούθως, έγινε η σύγκριση της αντίστροφης μετάφρασης με το πρωτότυπο. Αυτή η μεταφρασμένη μορφή του Y-BOCS δόθηκε σε 6 (3 άντρες - 3 γυναίκες) ασθενείς με ΙΨΔ που δέχτηκαν εγγράφως να συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία, και η συνέντευξη ηχογραφήθηκε. Με βάση αυτό το υλικό, η μεταφράστρια και οι επιμελητές συζήτησαν πιθανές γλωσσικές δυσκολίες στη χορήγηση του εργαλείου ή στην κατανόηση ορισμένων λέξεων από τους ασθενείς και προχώρησαν στην αναδιαμόρφωσή τους. Η τελική μορφή της Ελληνικής μετάφρασης του Y-BOCS στάλθηκε προς επεξεργασία και σχολιασμό στην αρμόδια ομάδα του καθ. Goodman και έλαβε την έγκριση και τα δικαιώματα χρήσης για την Ελλάδα.

Τέλος, αποφασίσαμε στην έκδοση του Ελληνικού Y-BOCS να συμπεριλαμβάνεται στο παράρτημα ένα κλινικό παράδειγμα με υπόδειγμα βαθμολόγησης, προς διευκόλυνση των χρηστών του εργαλείου.

2.3.2. Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου (Compulsion Checklist - CC).

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τους I. Marks et al. το 1977 και αποδόθηκε στα Ελληνικά από τον ψυχίατρο I.Κασβίκη (Kasvikis et al. 1989). Είναι αυτο-συμπληρούμενο και περιλαμβάνει 37 λήμματα που αντιστοιχούν σε καθημερινές δραστηριότητες στις οποίες βάσει κλινικής πράξης κι εμπειρίας συνήθως εμφανίζονται καταναγκαστικές συμπεριφορές. Εξετάζει την ύπαρξη και βαρύτητα καταναγκασμών σε αυτές τις δραστηριότητες. Η βαθμολόγηση γίνεται βάσει μίας κλίμακας τύπου likert από 0 ως 3, όπου 0=δεν έχω προβλήματα με αυτή τη δραστηριότητα – μου παίρνει περίπου τον ίδιο χρόνο όπως σε όλους τους ανθρώπους. Δεν χρειάζεται να την επαναλάβω ή να την αποφεύγω, 1=αυτή η δραστηριότητα μου παίρνει περίπου διπλάσιο χρόνο από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει να την επαναλάβω δύο φορές και μάλλον την αποφεύγω, 2=αυτή δραστηριότητα μου παίρνει τριπλάσιο χρόνο από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει να την επαναλάβω τρεις ή περισσότερες φορές ή συνήθως την αποφεύγω, 3=είναι αδύνατο να τελειώσω ή να επιχειρήσω αυτή τη δραστηριότητα.

Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 – 111, και βαθμολογία ≥ 40 θεωρείται ότι δείχνει κλινική ΙΨΔ (Marks et al. 1977). Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι ότι συμπληρώνεται εύκολα από τον ασθενή, έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, βαθμολογεί συχνά καταναγκαστικά συμπτώματα και δίνει την εικόνα για την βαρύτητα αυτών των συμπεριφορών σε τρεις διαστάσεις (διάρκεια, επαναληπτικότητα, αποφυγή) (Taylor, 1995). Οι αδυναμίες του είναι ότι καταναγκασμοί όπως οι νοητικές τελετουργίες ή η παρασυσσώρευση υπο-αντιπροσωπεύονται και ότι δεν περιλαμβάνει ιδεοληψίες. Πιθανότατα, γι αυτούς τους λόγους, δεν προτιμάται συχνά στην έρευνα για την ΙΨΔ.

Οι Nakagawa et al. (1996) συνέκριναν το YBOCS και το Compulsion Checklist (CC) ως προς την δυνατότητά τους να εκτιμήσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα στην ΙΨΔ. Τα συνολικά σκορ του YBOCS και του CC παρουσίασαν πολύ υψηλή συσχέτιση ($p < 0.001$) μεταξύ τους ως προς την αλλαγή κατά τη διάρκεια

τόσο της θεραπείας ($r=0.62$), όσο και της αρχικής αξιολόγησης ($r=0.47$).

Επισημαίνεται ότι αυτή η συσχέτιση και η δυνατότητα του Ερωτηματολογίου Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου να προσδιορίσει ποιά συγκεκριμένη τελετουργία ταλαιπωρεί τον ασθενή, μπορεί να έχει κλινική χρησιμότητα, παρά τις διαφορές των δύο εργαλείων που φαίνεται να μπορούν να λειτουργήσουν «συνεργατικά».

2.3.3. Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory-BDI)

Το BDI είναι ένα από τα γνωστότερα, πιο συχνά χρησιμοποιούμενα και εγκυρότερα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της κατάθλιψης σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο. Κατασκευάστηκε από τον Beck (Beck et al. 1961) ενώ η σύντομη εκδοχή (short version, Beck & Beck 1972) μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στον Ελληνικό πληθυσμό από τον Τζέμο (Jemos, 1984). Τα λήμματα του ερωτηματολογίου σχηματίστηκαν με κλινικά κριτήρια. Δηλαδή ο Beck κατέγραψε στάσεις και συμπτώματα που χαρακτηριστικά παρουσιάζουν οι ασθενείς με κατάθλιψη και που ταιριάζουν με το περιεχόμενο της κατάθλιψης σύμφωνα με την βιβλιογραφία.

Στην παρούσα σύντομη μορφή του, περιλαμβάνει 21 λήμματα-κατηγορίες που αντιστοιχούν σε συμπτώματα τυπικά της κατάθλιψης και συμβολίζονται με γράμματα του αλφαβήτου. Κάθε λήμμα διαθέτει 4-5 προτάσεις (απαντήσεις) βαθμιαίας βαρύτητας από το «καθόλου» ως το «μέγιστο». Ο ασθενής καλείται να επιλέξει μόνο μία από τις προτεινόμενες απαντήσεις, αυτήν που θεωρεί ότι τον αντιπροσωπεύει περισσότερο τις τελευταίες 15 ημέρες. Σε μερικά λήμματα, δύο ή και τρεις προτάσεις που θεωρήθηκε ότι δηλώνουν την ίδια βαρύτητα, βαθμολογήθηκαν με τον ίδιο αριθμό αλλά διαχωρίστηκαν με τα γράμματα α, β, γ (π.χ. 2α, 2β, 2γ). Σύμφωνα με τον Beck (1975) η μορφή αυτή προκύπτει από την παρατήρηση ότι καθώς αυξάνεται η βαρύτητα της κατάθλιψης, αυξάνεται ο αριθμός και η ένταση των συμπτωμάτων. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των βαθμών των προτάσεων-απαντήσεων που δίνει ο ασθενής και κυμαίνεται από 0-62. Το όριο που συνιστά κλινική κατάθλιψη είναι βαθμολογία ≥ 19 , αλλά αναλόγως με τον σκοπό που χρησιμοποιείται μπορεί να τεθεί πιο αυστηρό όριο (13) ή πιο χαλαρό (21). Σύμφωνα με την ελληνική προσαρμογή, βαθμολογία κάτω του 10 σημαίνει απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, 10 με 20 λίγα συμπτώματα, πάνω από 20 μέτρια συμπτώματα, πάνω από 30 βαριά και από 40 και πάνω σοβαρή (πολύ βαριά)

καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ελληνική προσαρμογή έδειξε υψηλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ($r=.88$) και αξιοπιστία των ημίσεων τμημάτων (split-half reliability) από .55 έως .73.

2.3.4.Κλίμακα Βαθμολόγησης Τελικών Θεραπευτικών Στόχων (άγχος – αποφυγή), (Final Treatment Goals).

Πρόκειται για μία κλίμακα τύπου likert από 0 ως 8 (Marks 1979, απόδοση στα Ελληνικά Κασβίκης 1989) όπου ο ασθενής βαθμολογεί πόσο άγχος του προκαλεί η επαφή με το φοβόγνο ερέθισμα, στα πλαίσια ενός τελικού (ή/και ενδιάμεσου) θεραπευτικού στόχου. Οι διαβαθμίσεις περιλαμβάνουν 0=καθόλου άγχος, 2=λίγο άγχος, 4=μέτριο άγχος, 6=έντονο άγχος, 8=αβάσταχτο άγχος, ενώ τα ενδιάμεσα μονά νούμερα εκφράζουν τις ενδιάμεσες καταστάσεις άγχους. Όπως είναι ευνόητο, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0 ως 8. Χρησιμοποιείται ως ένα εύχρηστο εργαλείο που ανά πάσα στιγμή δίνει στον θεραπευόμενο την δυνατότητα να αξιολογεί το άγχος που βιώνει σε κάθε κατάσταση αλλά και να μπορούν θεραπευτής και θεραπευόμενος να έχουν μία κοινή «γλώσσα» συνεννόησης. Παρόμοια είναι η κλίμακα μέτρησης της αποφυγής (0-8) όπου ο ασθενής αξιολογεί πόσο θέλει να αποφύγει να εκτελέσει την άσκηση/στόχο λόγω του άγχους που αυτή του εκλύει.

2.3.5. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής και Κοινωνικής Προσαρμογής (Work and Social Adjustment Scale – WSAS)

Το WSAS είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο, εύχρηστο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την έκπτωση της λειτουργικότητας εξαιτίας ενός προσδιορισμένου ψυχιατρικού προβλήματος (Marks 1986). Έχει άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες όπως αυτές ελέγχθηκαν από τον Mundt et al. (2002) χορηγούμενο τουλάχιστον σε δύο κλινικά δείγματα: ασθενών με κατάθλιψη και ασθενών με ΙΨΔ.

Περιλαμβάνει 5 λήμματα που αναφέρονται σε βασικούς τομείς της επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής του θεραπευόμενου: επάγγελμα, φροντίδα σπιτιού, κοινωνική ζωή, προσωπική διασκέδαση, οικογένεια. Ο θεραπευόμενος βαθμολογεί σε κλίμακα likert από 0 ως 8 κατά πόσο έχει επηρεαστεί ο κάθε τομέας από την ψυχική διαταραχή που παρουσιάζει: 0= καθόλου, 2=ελαφρά, 4=σίγουρα, 6 = έντονα 8=πολύ σοβαρά. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-40 (cut-off score=20). Βαθμολογία >20 δείχνει σοβαρή επιβάρυνση στην λειτουργικότητα, 10-20

μέτρια επιβάρυνση και <10 υπο-κλινική επιβάρυνση. Στην ελληνική του απόδοση η κλίμακα μεταφράστηκε αναλλοίωτη από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα και ξαναμεταφράστηκε από δίγλωσσο μεταφραστή. Ο βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας (internal consistency) της ελληνικής απόδοσης είναι Cronbach's alpha=. 83, (Theodorou, 2013).

2.3.6. Ερωτηματολόγιο Φόβου (Fear Questionnaire – FQ)

Το Ερωτηματολόγιο Φόβου (Marks and Mathews 1979, Kasvikis et al. 2006) είναι μία σύντομη κλίμακα που επιτρέπει την γρήγορη εκτίμηση του συνόλου των φοβιών του ασθενούς με σκοπό την αξιολόγηση του είδους της φοβίας που αυτός παρουσιάζει. Έχει άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες κι έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες.

Περιλαμβάνει 15 λήμματα (φοβικά συμπτώματα) που ο ασθενής βαθμολογεί πόσο τον αγχώνουν από 0 ως 8 και δύο ανοιχτά λήμματα όπου ο ασθενής μπορεί να περιγράψει και να βαθμολογήσει την κύρια φοβία που τον απασχολεί ή/και να προσθέσει κάποια άλλη φοβία του που δεν περιλαμβάνεται στη λίστα των 15 λημμάτων. Εκτιμά 3 παράγοντες που αντιστοιχούν στις 3 συχνότερες φοβίες που συναντώνται στην κλινική πράξη: Αγοραφοβία, Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία Αίματος-Τραύματος. Ο κάθε παράγοντας περιλαμβάνει 5 λήμματα και η βαθμολογία του κυμαίνεται από 0-40, συνεπώς η συνολική βαθμολογία και των 15 λημμάτων κυμαίνεται από 0-120, με cut-off score για κάθε παράγοντα το 20. Ακολουθεί μια μικρότερη κλίμακα 5 λημμάτων που εκτιμά άγχος και κατάθλιψη και ομοίως κυμαίνεται βαθμολογικά από 0 ως 40. Ενδεικτικά, το λήμμα 18 εκτιμά κατάθλιψη, το λήμμα 20 πανικό, το λήμμα 22 αποπροσωποποίηση – αποπραγματοποίηση. Σε κάθε λήμμα ο ασθενής βαθμολογεί πόσο άγχος του προκαλεί, αλλά και πόσο αποφεύγει από 0 ως 8 την κάθε φοβία, αφού οι προκαταρκτικές έρευνες του ερωτηματολογίου έδειξαν πολύ υψηλή συνάφεια ανάμεσα στο άγχος και την αποφυγή. Τέλος, υπάρχει η κλίμακα μέτρησης (0-8) της ενόχλησης κι επιβάρυνσης που προκαλούν στον ασθενή τα συμπτώματα της φοβικής του συμπεριφοράς.

Το ερωτηματολόγιο φόβου μεταφράστηκε στα Ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από μεταφράστρια με μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Προκαταρκτική μελέτη διερεύνησε τις ψυχομετρικές του ιδιότητες με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Πούλου, 2001), γεγονός που δημιούργησε τη βάση για τη στάθμισή

του στον ελληνικό πληθυσμό (Kasvikis et al. 2006). Είναι ένα εργαλείο με ικανοποιητική αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha > .70$), ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test –retest reliability) είναι $r = .83$, $p < 0.01$).

2.3.7. Κλίμακα Αξιολόγησης Συνεργασιμότητας (Homework Compliance Scale – HCS)

Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε από την Primakoff et al. (1986) και μεταφράστηκε – αποδόθηκε στα ελληνικά από την Μυτσκίδου (2008). Πρόκειται για μία κλίμακα που επιχειρεί να ποσοτικοποιήσει και να μετρήσει την συνεργασιμότητα του ασθενούς σε θεραπευτικούς στόχους, λαμβάνοντας υπόψιν και ποιοτικά στοιχεία που σχετίζονται με την απόδοσή του.

Η κλίμακα αξιολογεί τον βαθμό συνεργασιμότητας που επιδεικνύει ο ασθενής ως προς την συμφωνημένη θεραπευτική άσκηση/στόχο σε κάθε συνεδρία, σε εβδομαδιαία βάση, από την στιγμή που θα τεθεί ο πρώτος στόχος και μετά. Αξιολογεί δηλαδή κατά πόσο ο ασθενής έφερε εις πέρας την συμφωνημένη εργασία κάθε φορά. Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 (ο θεραπευόμενος δεν επιχείρησε να κάνει την εργασία που του είχε ανατεθεί για το σπίτι) ως 5 (ο θεραπευόμενος έκανε περισσότερο από αυτό που απαιτούσε η συμφωνημένη εργασία) και συμπληρώνεται από τον θεραπευτή μετά από κάθε συνεδρία. Στο τέλος της θεραπείας (τελευταία θεραπευτική συνεδρία), οι βαθμοί αθροίζονται και το άθροισμα διαιρείται με τον αριθμό συνεδριών που χορηγήθηκαν. Το αποτέλεσμα της διαίρεσης εκφράζει τον μέσο όρο συνεργασιμότητας του ασθενούς καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας του.

Για την επίτευξη ακριβέστερης βαθμολόγησης, προτείνεται να διερευνά ο θεραπευτής αν όντως η άσκηση έγινε όπως ακριβώς είχε συμφωνηθεί και γραφεί, στον απαιτούμενο χρόνο και συχνότητα, να συζητηθούν τυχόν δυσκολίες κατά την εκτέλεσή της και σκέψεις ή συναισθήματα πριν, κατά και μετά το πέρας της άσκησης, όπως αυτά που καταγράφονται στο αντίστοιχο ημερολόγιο ασκήσεων (Primakoff et al. 1986).

2.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Μετατρέψαμε την «έναρξη νόσου» από συνεχή σε κατηγορική μεταβλητή για να διευκολυνθεί η στατιστική ανάλυση, ακολουθώντας το παράδειγμα της Noshirvani et al. (1991). Συγκεκριμένα, με την μετατροπή, η μεταβλητή «έναρξη νόσου»

περιλάμβανε κατηγορίες που αντιστοιχούσαν σε ηλικιακές ομάδες: 4-14 ετών, 15-24 ετών, 25-35 ετών, 35+ ετών, επιτρέποντας την συμπερίληψη του συγκεκριμένου δημογραφικού στοιχείου στις αναλύσεις.

Για την περιγραφή των ασθενών και την παρουσίαση της πολυμεταβλητής διαμόρφωσης των φαινομενολογικών και δημογραφικών μεταβλητών του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (Multiple Correspondence Analysis - MCA), καθώς θεωρείται η βέλτιστη μέθοδος για την απεικόνιση της συσχέτισης μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών (Lebart et al. 1984). Οι κατηγορίες των υπό μελέτη μεταβλητών απεικονίζονται ως σημεία σε διδιάστατο γράφημα, στο οποίο παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των κατηγοριών και με βάση την διάταξη και την γειννιάσή τους μπορούμε να προσδιορίσουμε πολυδιάστατες υποομάδες με συγκεκριμένο δημογραφικό και φαινομενολογικό προφίλ (Greenacre, 2007).

Επίσης, για την ομαδοποίηση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (Latent Class Analysis – LCA) που είναι το ανάλογο της ανάλυσης παραγόντων για κατηγορικές μεταβλητές. Πρόκειται για μια σύγχρονη μέθοδο ομαδοποίησης κατηγορικών μεταβλητών, δηλαδή παρατηρήσεων που κατατάσσονται σε ποιοτικές κατηγορίες. Η ίδια μεθοδολογία που εφαρμόζεται στην Ανάλυση Παραγόντων για ποσοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιείται από την Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων για κατηγορικές μεταβλητές. Στην συγκεκριμένη μεθοδολογία υπολογίζονται οι πιθανότητες της κάθε απάντησης σε κάθε μεταβλητή και οι συμμετέχοντες κατανέμονται σε ομάδες ("Κλάσεις") ανάλογα με το συνδυασμό των απαντήσεών τους στις μεταβλητές αυτές. Η μέθοδος αυτή βοηθά στον εντοπισμό των διαφόρων συνδυασμών των μεταβλητών που υπάρχουν στον υπό έρευνα πληθυσμό, καθώς και στη διευκρίνιση των χαρακτηριστικών των ομάδων αυτών (McCutcheon 1987).

Όπως και στην ανάλυση παραγόντων, ο αριθμός των κλάσεων δεν είναι προκαθορισμένος και γι' αυτό υπάρχουν μια σειρά από κριτήρια (όπως π.χ. το κριτήριο του Kaiser στην ανάλυση παραγόντων) που βοηθούν στην επιλογή του βέλτιστου αριθμού κλάσεων. Στην συγκεκριμένη περίπτωση πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις για μοντέλα μέχρι και 5 κλάσεων και επιλέχθηκε η λύση των 2 κλάσεων, γιατί είχε:

- καλή προσαρμογή στα δεδομένα (goodness of fit), όπως υπολογίζεται από το G^2 (παρόμοιο με το X^2 του Pearson),
- τη μεγαλύτερη φειδωλότητα (parsimony), δηλαδή ήταν το πιο απλό μοντέλο που να ικανοποιεί τις απαιτήσεις,
- το χαμηλότερο Μπεϋζιανό κριτήριο πληροφορίας (BIC), που στηρίζει την καλύτερη προσαρμογή στα δεδομένα (μέγιστη πιθανοφάνεια - Likelihood), "τιμωρώντας" όμως τα πιο πολύπλοκα μοντέλα,
- τον πιο "καθαρό" διαχωρισμό μεταξύ των κλάσεων και
- την μεγαλύτερη ερμηνευτική δυνατότητα, δηλαδή ήταν πιο κοντά στην κατανόηση που έχουμε για το φαινόμενο, συγκριτικά με τα άλλα μοντέλα.

Για την εκτίμηση της κλινικής εικόνας του συνολικού δείγματος και των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια t (για ποσοτικές), χ^2 (για κατηγορικές) και Fisher's Exact Test (για διχοτομικές μεταβλητές). Για την επικύρωση της λύσης της LCA, χρησιμοποιήθηκε η μονής κατεύθυνσης Ανάλυση Διακύμανσης (One-way ANOVA) με παράγοντα τις καταχωρήσεις των μελών στην κάθε κλάση (between subjects variable). Για τη σύγκριση της κλινικής πορείας των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η Ανάλυση Διακύμανσης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA repeated measures) με παράγοντες την κύρια τελετουργία και την έκβαση της θεραπείας.

Όλες οι αναλύσεις έγιναν με στόχο τη θεραπεία (intent – to – treat analysis) για το συνολικό δείγμα και χωριστά για ασθενείς με καταναγκασμούς καθαριότητας και για ασθενείς με καταναγκασμούς επανελέγχου.

Η έκδοση 4.0.5 του R χρησιμοποιήθηκε για όλες τις αναλύσεις. Τα στατιστικά πακέτα FactoMineR και PoLCA χρησιμοποιήθηκαν για την MCA και την LCA αντίστοιχα, το Bayes factor για τις εκτιμήσεις των Μπεϋζιανών παραγόντων και το SPSS έκδοση 23 για τις υπόλοιπες κλινικές αναλύσεις (R CoreTeam 2021, Le et al. 2008, Linzer et al. 2011, Morey et al. 2018, IBM SPSS Statistics for Windows, version 23.0, 2015).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1.1. Δημογραφικά και Φαινομενολογικά Χαρακτηριστικά (n=134)

Το δείγμα αποτελείται από 77 γυναίκες (58%) και 57 άνδρες (42%) με μέση ηλικία τα 32 έτη. Οι περισσότεροι ασθενείς (61%) ήταν άγαμοι/μόνοι και εργάζονταν (41%). Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου ήταν 22 έτη και η μέση διάρκεια της ΙΨΔ 11 έτη. 55% των ασθενών λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή πριν την έναρξη της θεραπείας, κυρίως αντικαταθλιπτικά.

Ως προς την φαινομενολογία, 10 ασθενείς είχαν μόνο ιδεοληψίες. Άλλοι 10 ασθενείς εμφάνιζαν διάφορα είδη καταναγκασμών ή διάφορα είδη ιδεοληψιών, χωρίς κάποιο να προεξάρχει (πολλαπλοί καταναγκασμοί ή ιδεοληψίες). Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν ιδεοληψίες, εκτός από έναν που είχε μόνο τελετουργική συμπεριφορά. Συνεπώς, 128 ασθενείς εμφάνιζαν κύριες ιδεοληψίες και 119 κύριες τελετουργίες. Στους 36 ασθενείς του κλινικού δείγματος χορηγήθηκε το Y-BOCS για την εκτίμηση της βαρύτητας της ΙΨΔ (M.O = 25, SD = 5, L = 14–35). Η διαφορά στους μέσους όρους του Y-BOCS μεταξύ ανδρών (n = 13) και γυναικών (n = 23) ήταν στατιστικά μη σημαντική [άνδρες = 24 (5) versus γυναίκες = 25 (4), t=0.44, p = 0.6 > 0.05]

Από τους ασθενείς με κυρίαρχες τελετουργίες, το 40% παρουσίαζε τελετουργίες καθαρισμού, 23% τελετουργίες επανελέγχου, 8% νοητικές τελετουργίες, 6% τελετουργίες επανάληψης, 5% τελετουργίες αποφυγής, 3% ψυχαναγκαστική επιβράδυνση, τελετουργίες τακτοποίησης /συμμετρίας εμφάνιζε το 2% των ασθενών ενώ 1% παρασυσσώρευση. Οι περισσότεροι ασθενείς (45%) είχαν κυρίαρχες ιδεοληψίες παθολογικής αμφιβολίας και επιθετικότητας, 42% παρουσίαζαν ιδεοληψίες σχετικά με τη μόλυνση και την ακαθαρσία, 4% είχαν ιδεοληπτική σκέψη, 4% μαγική σκέψη και 1% είχε ιδεοληπτικές εικόνες, ιδεοληψίες με θρησκευτικό περιεχόμενο και ιδεοληψίες σχετικά με το σεξ. Οι περισσότεροι ασθενείς με καταναγκασμούς καθαρισμού και αποφυγής παρουσίαζαν ιδεοληψίες μόλυνσης/ακαθαρσίας, ενώ οι ασθενείς με καταναγκασμούς ελέγχου κι επανάληψης εμφάνιζαν συνήθως ιδεοληψίες παθολογικής αμφιβολίας κι επιθετικότητας [$\chi^2(4)=61,9, p= .000$].

Πίνακας 3: Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά – συνολικό δείγμα (n=134)

<i>Φύλο</i>	άνδρες	42%	v=57
	γυναίκες	58 %	v=77
<i>Ηλικία :M.O(±T.A)</i>	32 (12) έτη		
<i>Ηλικία Έναρξης ΓΨΔ:M.O(±T.A)</i>	22 (9) έτη		
<i>Διάρκεια ΓΨΔ:M.O(±T.A)</i>	11 (9) έτη		
<i>Έναρξη ΓΨΔ (ομάδες)</i>	4 – 14 έτη	28%	v=37
	15 – 24 έτη	42%	v=57
	25 – 34 έτη	20%	v=27
	35 + έτη	10%	v=13
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>	άγαμοι/μόνοι	61%	v=82
	έγγαμοι	39%	v=52
<i>Επάγγελμα</i>	άνεργοι	18%	v=24
	εργαζόμενοι	41%	v=55
	φοιτητές	19%	v=26
	συνταξιούχοι	3%	v=4
<i>Φάρμακα</i>	Βενζοδιαζεπίνες	28%	v=38
	Αντικαταθλιπτικά	43%	v=58
	Αντιψυχωσικά	15%	v=20
	Άλλα	9%	v=12
	Αλκοόλ	2%	v=3
<i>Κύριες Τελετουργίες*</i>	Καθαρισμός	40%	v=53
	Επανέλεγχος	23%	v=31
	Επανάληψη	6%	v=8
	Τακτοποίηση	2%	v=3
	Παρασυσσωρευση	1%	v=2
	Επιβράδυνση	3%	v=4
	Νοητικές	8%	v=11

	Αποφυγή	5%	v=7
<i>Κύριες Ιδεοληψίες**</i>	Μόλυνση/ακαθαρσία	42%	v=56
	Ιδεοληπτική εικόνα	1%	v=1
	Ιδεοληπτική σκέψη	4%	v=5
	Αμφιβολία/επιθετικότητα	45%	v=60
	Σεξουαλικές	1%	v=1
	Θρησκευτικές	1%	v=1
	Μαγική σκέψη	4%	v=5

*v=119 **v=129

3.1.2. Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (Multiple Correspondence

Analysis – MCA)

Τα αποτελέσματα από την Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (ΠΠΑ) ανέδειξαν 2 διακριτές διαστάσεις που βοηθούν να κατανοήσουμε την πολυδιάστατη διαμόρφωση των μεταβλητών. Ο Πίνακας 4 δείχνει τη διάκριση (discrimination) και την συνεισφορά (contribution) των μεταβλητών στις δυο διαστάσεις. Το φύλο διακρίνεται καλύτερα στην διάσταση 1 και όλες οι άλλες μεταβλητές διακρίνονται λίγο πολύ εξίσου και στις δύο διαστάσεις.

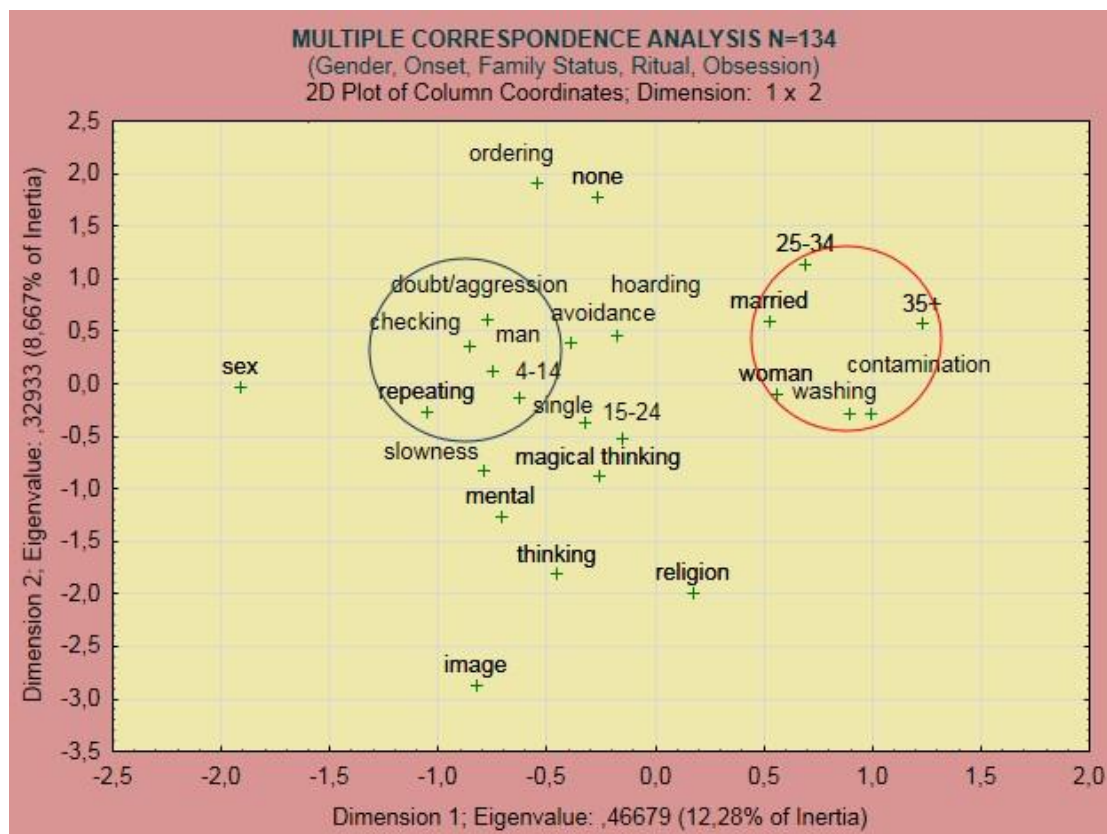
Πίνακας 4: Η συνεισφορά των μεταβλητών στην ΠΠΑ (Contributions of variables–MCA).

Μεταβλητές	Διάσταση 1		Διάσταση 2	
	Διάκριση	Απόδοση (%)	Διάκριση	Απόδοση (%)
Φύλο	0,396	17,16	0,004	0,21
Οικ.κατάσταση	0,229	9,94	0,173	9,76
Έναρξη νόσου	0,398	17,26	0,309	17,43
Κύρια τελετουργία	0,670	29,02	0,641	36,23
Κύρια ιδεοληψία	0,615	26,62	0,644	36,37
Σύνολο	2,308	100,00	1,771	100,00
Αδράνεια	0,123		0,087	

Οι τιμές με έντονη γραφή είναι άνω της αδράνειας για κάθε διάσταση. MCA, multiple correspondence analysis, ΠΠΑ: Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών.

Το γράφημα 1 δείχνει τα αποτελέσματα από την τοπολογική διαμόρφωση των μεταβλητών όπως προέκυψε από την τομή των 2 διαστάσεων. Από την ΠΠΑ προέκυψαν δύο υποομάδες διακριτές με καθεμία να παρουσιάζει τα δικά της δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά: Στην πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνονται κυρίως γυναίκες, έγγαμες, με σχετικά όψιμη έναρξη νόσου, που παρουσιάζουν καταναγκασμούς καθαρισμού και ιδεοληπτικούς φόβους σχετικά με την μόλυνση και την ακαθαρσία. Οι ασθενείς της άλλης ομάδας είναι κυρίως άνδρες με πρώιμη έναρξη της ΙΨΔ, άγαμοι που παρουσιάζουν ιδεοληψίες παθολογικής αμφιβολίας ή επιθετικότητας και καταναγκασμούς ελέγχου κι επανάληψης.

Γράφημα 1: Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών (ΠΠΑ) στις μεταβλητές: φύλο, ηλικία έναρξης νόσου, οικογενειακή κατάσταση, κύρια τελετουργία, κύρια ιδεοληψία.



3.1.3. Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (Latent Class Analysis – LCA): Η λύση των 2 κλάσεων (πίνακες 5 & 6).

Η πρώτη κλάση που συμπεριλαμβάνει το 44% του δείγματος (n=59) χαρακτηρίζεται από τελετουργίες καθαρισμού, ιδεοληψίες σχετικά με την μόλυνση και την ακαθαρσία, σημαντικά περισσότερες γυναίκες συγκριτικά με την άλλη κλάση, ενώ οι άγαμοι/ μόνοι ασθενείς υπερτερούν ελαφρώς των έγγαμων.

Στην δεύτερη κλάση που συμπεριλαμβάνεται το 56% του δείγματος (n=75) παρατηρείται υψηλότερη εμφάνιση τελετουργιών επανελέγχου κι επανάληψης καθώς και ιδεοληψιών παθολογικής αμφιβολίας ή επιθετικότητας, στατιστικώς ασήμαντη αριθμητική υπεροχή των ανδρών και των ασθενών που ήταν άγαμοι/μόνοι ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Νοητικές τελετουργίες, πολλαπλές τελετουργίες ή καμία κύρια τελετουργία, καταναγκασμοί τακτοποίησης και παρασυσσώρευσης, ιδεοληπτικές εικόνες, ιδεοληπτική σκέψη καθώς και ιδεοληψίες σεξουαλικού και θρησκευτικού περιεχομένου εμφανίζονται αποκλειστικά σε αυτή την κλάση.

Και στις δύο κλάσεις η ηλικιακή ομάδα έναρξης νόσου που επικρατεί είναι αυτή που κυμαίνεται μεταξύ 15 έως 24 ετών. Ωστόσο, οι ασθενείς με πιο πρώιμη έναρξη της ΙΨΔ (μεταξύ 4 έως 14 ετών) τείνουν να κατηγοριοποιούνται στην δεύτερη κλάση. Το ίδιο αποτέλεσμα προκύπτει κι από την σύγκριση των μέσων όρων έναρξης νόσου μεταξύ των δύο κλάσεων, όπου η δεύτερη κλάση τείνει να παρουσιάζει πρωϊμότερη ηλικία έναρξης της διαταραχής σε σχέση με την πρώτη κλάση (Μ.Ο α'κλάσης:23,4 έτη vs. Μ.Ο β'κλάσης:20,4 έτη, $p=0,007$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (LCA): Η λύση των 2 κλάσεων – Κατηγορικές μεταβλητές (n=134)

		Κλάση 1 (n=59) <i>ns (%)</i>	Κλάση 2 (n=75) <i>ns (%)</i>	<i>Sig.ofFET</i>	<i>Bayesian factor</i>
Φύλο	Άνδρες	15 (26)	42 (56)	p<.001	>100
	Γυναίκες	44 (74)	33 (44)		
Οικ.κατάσταση	Άγαμοι	34 (58)	48 (64)	p=.479	0,41
	Έγγαμοι	25 (42)	27 (36)		
Έναρξη νόσου (groups)	4-14 ετών	13 (22)	24 (32)	p=.406	0,19
	15-24 ετών	25 (42)	32 (42)		
	25 -34 ετών	13 (22)	14 (19)		
	35+ ετών	8 (14)	5 (7)		
Επάγγελμα	Οικιακά	16 (27)	9 (12)		

	Συνταξιούχος	2 (3)	2 (2)		
	Φοιτητής	11 (18)	15 (20)		
	Εργαζόμενος	17 (29)	38 (50)	p=.05	1,31
	Άνεργος	13 (22)	11 (15)		
<hr/>					
	Βενζοδιαζεπίνες	11 (18)	27 (36)	p=.034	3,25
	SSRI'S	28 (47)	30 (40)	p=.48	0,45
	Αντιψυχωτικά	8 (13)	12 (16)	p=.81	0,24
	Άλλα	4 (7)	8 (11)	p=.55	0,24
	Αλκοόλ	1 (2)	2 (2)	p=1	0,10
<hr/>					
Είδος Κύριας	Καθαρισμός	53 (89)	0 (0)	p<.001	>100
Τελετουργίας	Επανάλεγχος	2 (4)	29 (39)		
	Επανάληψη	0 (0)	8 (11)		
	Τακτοποίηση	0 (0)	3 (4)		
	Παρασυσσώρευση	0 (0)	2 (3)		
	Επιβράδυνση	2 (4)	2 (2)		
	Νοητικές	0 (0)	11 (15)		
	Αποφυγής	2 (3)	5 (7)		
	Πολλαπλές	0 (0)	5 (7)		
	Δεν υπάρχει	0 (0)	10 (13)		
<hr/>					
Είδος Κύριας	Μόλυνση	56 (94)	0 (0)	p<.001	>100
Ιδεοληψίας	Εικόνα	0 (0)	1 (1)		
	Ιδ. σκέψη	0 (0)	5 (7)		
	Αμφιβολία/Επιθετικότητα	1 (2)	59 (80)		
	Σεξ	0 (0)	1 (1)		
	Θρησκεία	0 (0)	1 (1)		
	Μαγική σκέψη	1 (2)	4 (5)		
	Πολλαπλές	1 (2)	4 (5)		

LCA, latent class analysis; FET, Fisher's exact test. Οι τιμές με έντονη γραφή είναι στατιστικώς σημαντικές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (LCA): Η λύση των 2 κλάσεων – Ποσοτικές μεταβλητές (n=134)

	Κλάση 1 (n=59) <i>M.O (T.A)</i>	Κλάση 2 (n=75) <i>M.O (T.A)</i>	<i>F (df)</i>	<i>Sig*</i>	<i>Bayesian factor</i>
Ηλικία	33.3 (12)	31.6 (11.5)	0.7 (1)	p=0.4	0,26
Έναρξη Νόσου	23.4 (10.8)	20.4 (8.6)	3.2 (1)	p=0.07	0,82
Διάρκεια ΙΨΔ	9.8 (7)	11.3 (10.8)	0.8 (1)	p=0.3	0,28

ΙΨΔ, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή; LCA, latent class analysis; ANOVA, ανάλυση διακύμανσης *One – Way ANOVA

3.2.1. Κλινικό Δείγμα (n=36)

Το κλινικό δείγμα αναλύθηκε μαζί με το συνολικό δείγμα στο πρώτο - περιγραφικό μέρος της εργασίας καθώς έχουν παρόμοια δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, το προφίλ του κλινικού δείγματος έχει ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά στο κλινικό δείγμα (n=36)

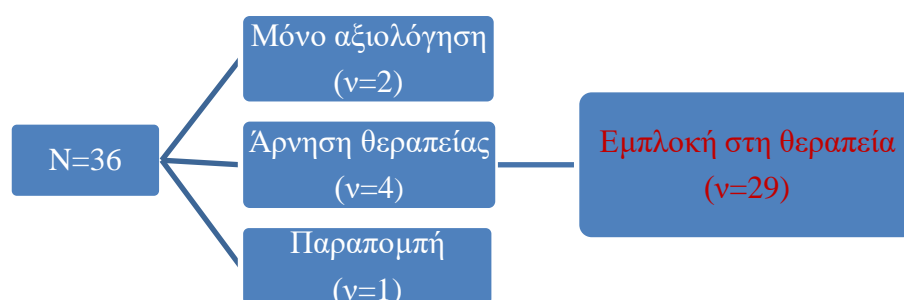
<i>Φύλο</i>	άνδρες	36%	v=13
	γυναίκες	64 %	v=23
<i>Ηλικία:Μ.Ο(± Τ.Α)</i>	32 (12)		
<i>Εναρξη Νόσου:Μ.Ο(±Τ.Α)</i>	22 (9)		
<i>Διάρκεια ΙΨΔ:Μ.Ο (±Τ.Α)</i>	11 (9) έτη		
<i>Εναρξη ΙΨΔ (ομάδες)</i>	4 – 14 έτη	22%	v=8
	15 – 24 έτη	47%	v=17
	25 – 34 έτη	17%	v=6
	35 + έτη	14%	v=5
<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>	άγαμοι/μόνοι	67%	v=24
	έγγαμοι	33%	v=12
<i>Επάγγελμα</i>	άνεργοι	17%	v=6
	εργαζόμενοι	36%	v=13
	φοιτητές	22%	v=8
	οικιακά	25%	v=9
<i>Φάρμακα</i>	Βενζοδιαζεπίνες	28%	v=38
	Αντικαταθλιπτικά	43%	v=58
	Αντιψυχωσικά	15%	v=20
	Άλλα	9%	v=12
	Αλκοόλ	2%	v=3
	Καθαρισμού	40%	v=53
	Επανελέγχου	23%	v=31

<i>Κύριες Τελετουργίες*</i>	Επανάληψης	6%	v=8
	Τακτοποίησης	2%	v=3
	Παρασυσσώρευσης	1%	v=2
	Επιβράδυνσης	3%	v=4
	Νοητικές	8%	v=11
	Αποφυγής	5%	v=7
<i>Κύριες Ιδεοληψίες**</i>	Μόλυνσης/ακαθαρσίας	42%	v=56
	Ιδεοληπτική εικόνα	1%	v=1
	Ιδεοληπτική σκέψη	4%	v=5
	Αμφιβολίας/επιθετικότητας	45%	v=60
	Σεξουαλικές	1%	v=1
	Θρησκευτικές	1%	v=1
	Μαγική σκέψη	4%	v=5

3.2.2. Έκβαση θεραπείας και συνεργασιμότητα – Συνολικό κλινικό δείγμα (v=36)

Από τους 36 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 29 ενεπλάκησαν στη θεραπεία.

Γράφημα 2: Κατανομή ασθενών ως προς τη θεραπεία (N=36)



3.2.3. Ολοκλήρωση θεραπείας – Διακοπή θεραπείας

Όπως φαίνεται από την ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Repeated measures ANOVA) το συνολικό σκορ του YBOCS στο τέλος της θεραπείας είχε στατιστικά σημαντική μείωση συγκριτικά με την αρχή για το σύνολο των ασθενών που ενεπλάκησαν στη θεραπεία, ανεξαρτήτως της έκβασης $F(1,18)=76,77, p<.001$.

Σε ό,τι αφορά την έκβαση, από τους 29 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία, οι 23 (79%) την ολοκλήρωσαν ενώ οι 6 (21%) την διέκοψαν πρόωρα. Οι περατώσαντες (completers) ήταν σημαντικά περισσότεροι από τους διακόψαντες (dropouts) ($\chi^2=9,96, df=1, p<.005$).

Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν την θεραπεία και αυτοί που την διέκοψαν δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς τα δημογραφικά και τα φαινομενολογικά χαρακτηριστικά τους, ούτε ως προς την αρχική βαρύτητα της ΙΨΔ, όπως αυτή εκφράζεται από τους μέσους όρους στο Y-BOCS στην αρχή της θεραπείας. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος στο αρχικό συνολικό σκορ του YBOCS όσων διέκοψαν τη θεραπεία είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, αλλά αυτή η διαφορά αν και τείνει να είναι σημαντική, δεν φτάνει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Μ.Οδιακοπή=27,33, Μ.Οολοκλήρωση=23,43, $t(27)=1,81, p=0,081$). Στα επιμέρους σκορ του YBOCS (άθροισμα ιδεοληψιών, άθροισμα καταναγκασμών) όπως και στα υπόλοιπα ψυχομετρικά εργαλεία δεν σημειώνεται αξιόλογη διαφορά (πίνακας 8).

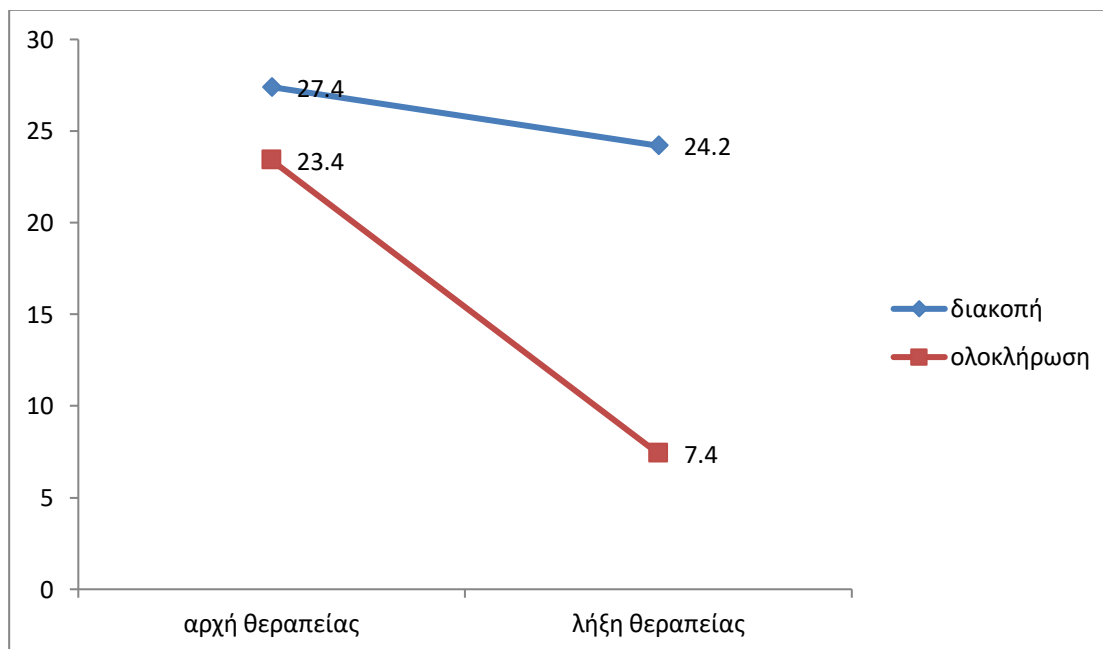
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Σύγκριση μέσων όρων των ασθενών που ολοκλήρωσαν ($n=23$) και των ασθενών που διέκοψαν την θεραπεία ($n=6$) στα ερωτηματολόγια στην αρχή της θεραπείας.

	Ολοκλήρωση θεραπείας($n=23$)	Διακοπή θεραπείας($n=6$)			
	<i>M.O (T.A)</i>	<i>M.O (T.A)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>YBOCS συνολικό</i>	23,43 (5)	27,33 (4)	1,81	27	0,081
<i>YBOCS ιδεοληψίες</i>	11,56 (4)	13,66 (2)	1,34	27	0,19
<i>YBOCS τελετουργίες</i>	11,86 (2)	13,66 (2)	1,63	27	0,11
<i>Ερ/λόγιο Κατάθλιψης του Beck</i>	19,95 (9)	23,66 (9)	0,87	27	0,39

Ερ/λόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου	23,39 (20)	19,5 (12)	-0,45	27	0,65
Ερ/λόγιο Φόβου	32,43 (26)	41,5 (17)	0,78	27	0,49
Ερ/λόγιο Επαγγελματικής & Κοινωνικής Προσαρμογής	19,6 (9)	23,17 (6)	0,86	27	0,39

Η έκβαση της θεραπείας επέδρασε στατιστικώς σημαντικά στη μείωση της τελικής βαθμολογίας του YBOCS [$F(1,18)=30,58, p<0,001$], καθώς οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία μείωσαν τη βαθμολογία τους κατά 12,8 μονάδες περισσότερο από ό,τι οι ασθενείς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική πτώση στο σκορ του τελικού YBOCS σε σχέση με το αρχικό σκορ [$t(22)=16,8, p<.001$], σε αντίθεση με όσους διέκοψαν τη θεραπεία των οποίων η μείωση στο τελικό YBOCS ήταν ασήμαντη στατιστικά [$t(4)=1,48, p>.05$] (γράφημα 3).

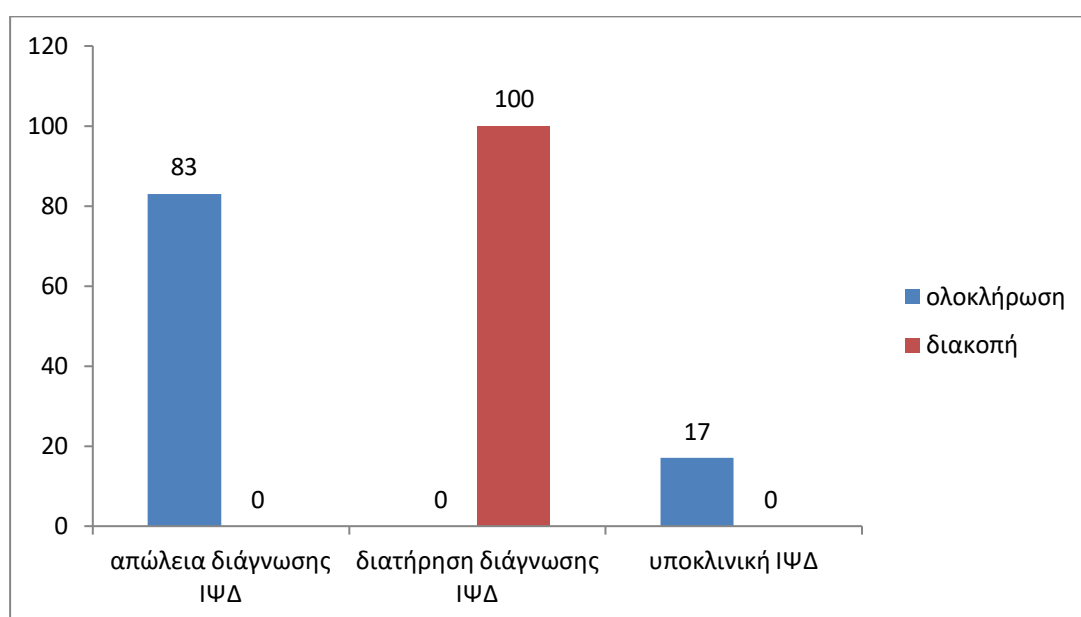
Γράφημα 3: Σύγκριση μέσων όρων των ασθενών που ολοκλήρωσαν την θεραπεία ($n=23$) και των ασθενών που την διέκοψαν ($n=6$) ως προς το συνολικό σκορ του Y-BOCS στην αρχή και τη λήξη της θεραπείας



Σε ό,τι αφορά την βελτίωση των ασθενών στο τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας με κριτήριο την απώλεια της διάγνωσης σύμφωνα με την δομημένη

συνέντευξη του SCID, σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ όσων ολοκλήρωσαν κι όσων διέκοψαν τη θεραπεία ($\chi^2=29$, $df=2$, $p<.001$). Συγκεκριμένα, το σύνολο των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία ($n=6$), διατήρησαν την διάγνωση της ΙΨΔ στο τέλος, ενώ από τους 23 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία οι 19 (83%) έχασαν την διάγνωση και 4 ασθενείς (17%) την διατήρησαν σε υποκλινική μορφή (γράφημα 4).

Γράφημα 4: Σύγκριση των ασθενών που ολοκλήρωσαν την θεραπεία και των ασθενών που την διέκοψαν ως προς την απώλεια της διάγνωσης με βάση το τελικό SCID.

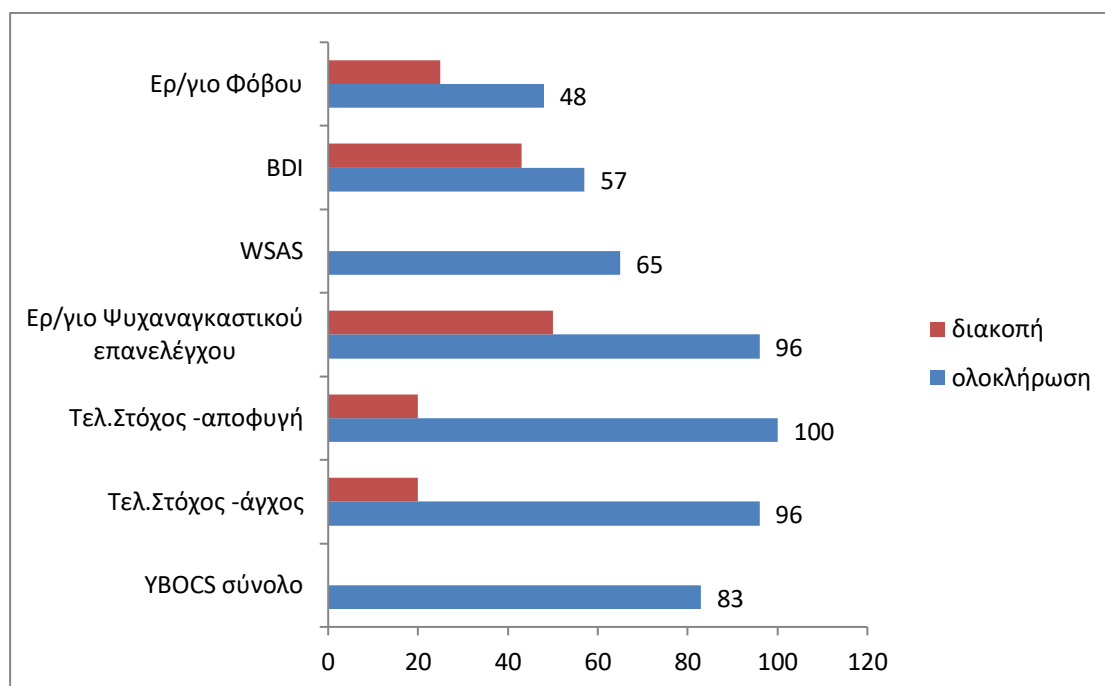


Σε ό,τι αφορά το δεύτερο κριτήριο βελτίωσης, περισσότεροι από τους μισούς από τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία παρουσίασαν μείωση ίση ή μεγαλύτερη του 50% στην τελική βαθμολογία σε όλα τα ψυχομετρικά εργαλεία (γράφημα 5).

Συγκεκριμένα, $\geq 50\%$ μείωση στην τελική βαθμολόγηση του YBOCS σημείωσε το 83% ($n=19$) των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, στον 1^ο τελικό στόχο σημειώθηκε βελτίωση στη μέτρηση άγχους στο 96% ($n=22$) και στη μέτρηση αποφυγής στο σύνολο των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ($n=23$). Στο Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου βελτιώθηκε το 96% ($n=22$), στο Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck το 57% ($n=13$), στο Ερωτηματολόγιο

Επαγγελματικής & Κοινωνικής Προσαρμογής το 65% (n=15) και στο Ερωτηματολόγιο Φόβου το 48% (n=11) που ήταν και το χαμηλότερο ποσοστό βελτίωσης. Παρομοίως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά μειώθηκε σε αυτούς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία περίπου κατά το ήμισυ (αρχή=44%, τέλος=18%).

Γράφημα 5: Βελτίωση ($\geq 50\%$ μείωση) στα ερωτηματολόγια στη λήξη θεραπείας για τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (n=23)



Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και όσοι την διέκοψαν δεν διέφεραν στον αριθμό των συνεδριών στις οποίες συμμετείχαν [$t(27)=0,7, p>.05$], ούτε στην κλίμακα αξιολόγησης της συνεργασιμότητας HCS [$t(27)=0,7, p>.05$].

3.2.4. Ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού – ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου

Στο δείγμα μας συμπεριλαμβάνονται 17 ασθενείς με κυρίαρχες τελετουργίες καθαρισμού και 12 με τελετουργίες επανελέγχου. Οι δύο αυτές ομάδες δεν διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, με εξαίρεση την τάση να είναι νεώτεροι κατά μέσο όρο οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου

[$t(27)=1,88, p=.070$] και την απασχόληση με οικιακά να εμφανίζεται μόνο σε ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού [$\chi^2(3)=8,20, p=.042$] (πίνακας 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού και των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου.

	<i>Καθαρισμός (n=17)</i>	<i>Επανελέγχος (n=12)</i>	<i>p</i>
Φύλο	Γυναίκες: n=13 (76%) Άνδρες: n=4 (24%)	Γυναίκες: n=5 (42%) Άνδρες: n=7 (58%)	0,130
Ηλικία: M.O (±T.A)	36,47 (11)έτη	29 (8) έτη	0,070
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος: n=9 (53%) Έγγαμος: n=8 (47%)	Άγαμος: n=9 (75%) Έγγαμος: n=3 (25%)	0,414
Επάγγελμα	Άνεργοι: n=2 (12%) Εργαζόμενοι: n=7 (41%) Οικιακά: n=6 (35%) Φοιτητές: n=2 (12%)	Άνεργοι: n=2 (17%) Εργαζόμενοι: n=4 (33%) Οικιακά: n=0 (0%) Φοιτητές: n=6 (35%)	0,042
Έναρξη Νόσου: M.O (±T.A)	26 (13) έτη	20 (5) έτη	0,133
Διάρκεια Νόσου: M.O (±T.A)	10,5 (5) έτη	8,5 (7) έτη	0,381

Ως προς την αρχική βαρύτητα, οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού εμφανίζουν περισσότερα καταναγκαστικά συμπτώματα, μεγαλύτερη βαρύτητα στους καταναγκασμούς και υψηλότερη επιβάρυνση στη γενική λειτουργικότητά τους, σε σχέση με την άλλη ομάδα κι αυτές οι διαφορές είναι στατιστικώς σημαντικές. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο βαθμολόγησης στο άθροισμα καταναγκασμών του YBOCS, στο Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου, στο Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής & Κοινωνικής Προσαρμογής και στην μέτρηση της αποφυγής στον 1^ο τελικό στόχο. Στα υπόλοιπα υπό μελέτη ψυχομετρικά εργαλεία δεν σημειώνεται αξιολογή διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (πίνακας 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Σύγκριση μέσων όρων των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού και των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου στα ερωτηματολόγια στην αρχή της θεραπείας

	Καθαρισμός (v=17)	Επανελέγχος (v=12)			
	M.O (T.A)	M.O (T.A)	t	df	p
<i>YBOCS συνολικό</i>	26,64 (4)	25,08 (5)	0,97	27	0,336
<i>YBOCS ιδεοληψίες</i>	12,82 (2)	13,08 (3)	0,28	27	0,778
<i>YBOCS τελετουργίες</i>	13,82 (2)	12 (3)	2,16	27	0,039
<i>YBOCS βαρύτητα</i>	4 (1)	4 (1)	-0,26	27	0,794
<i>Ερ/λόγιο Κατάθλιψης του Beck</i>	21,29 (9)	22,83 (11)	-0,39	27	0,695
<i>Ερ/λόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου</i>	34,76 (17)	14,41 (10)	3,61	27	0,001
<i>Ερ/λόγιο Φόβου</i>	31,05 (20)	44,58 (30)	-1,45	27	0,158
<i>Ερ/λόγιο Επαγγελματικής & Κοινωνικής Προσαρμογής</i>	24,47 (8)	16,91 (9)	2,33	27	0,027
<i>1^{ος} Τελικός Στόχος - άγχος</i>	7,84 (1)	7,5 (1)	1,25	19	0,226
<i>1^{ος} Τελικός Στόχος - αποφυγή</i>	8 (0)	7,46 (1)	3,02	11	0,012

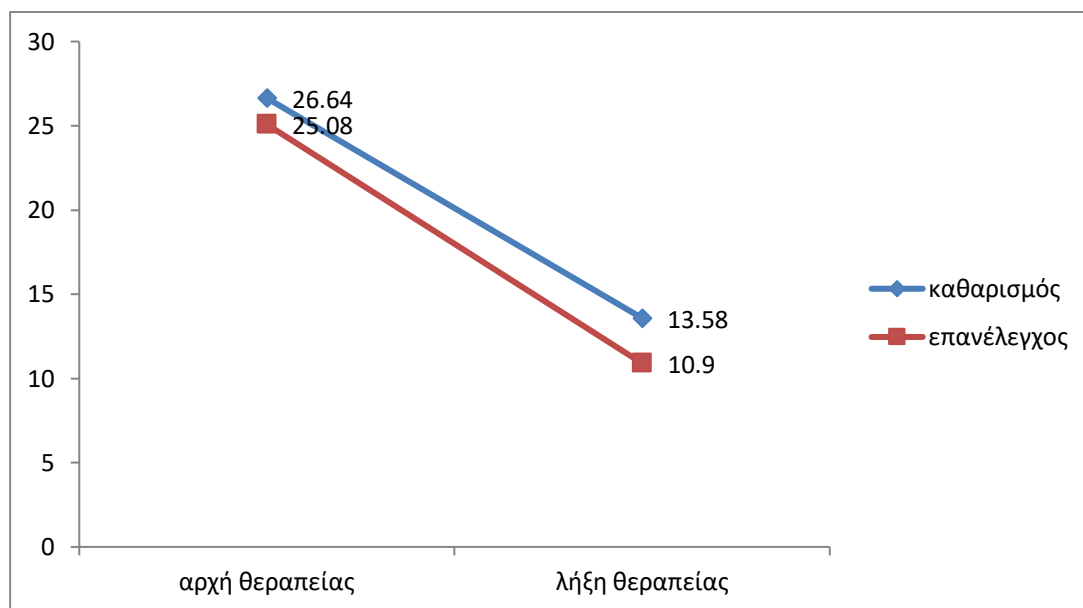
Συμμετείχαν στη θεραπεία 12 ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και 11 με τελετουργίες επανελέγχου. Τρεις ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού αξιολογήθηκαν μόνο , χωρίς να εμπλακούν στη θεραπεία και 3 ασθενείς (2 με τελετουργίες καθαρισμού και ένας με τελετουργίες επανελέγχου) αρνήθηκαν να εμπλακούν στη θεραπεία.

Οι ασθενείς των δύο ομάδων δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την έκβαση της θεραπείας [$\chi^2 (1)=0,00, p>.05$]. Συγκεκριμένα, ολοκλήρωσαν τη θεραπεία οι 9 από τους 12 ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και οι 8 από τους 11 ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου (αντίστοιχα 3 ασθενείς από κάθε ομάδα διέκοψαν τη θεραπεία). Επίσης, οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν μεταξύ τους στατιστικώς σημαντικές διαφορές στα ψυχομετρικά εργαλεία στη λήξη θεραπείας, εκτός από το

Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου, όπου οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού διατηρούν υψηλότερη βαθμολόγηση έναντι των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου [Μ.Οκαθαρισμός=13,08 – Μ.Οεπανελέγχος=3,44, $t(19)=2,52, p=.027$].

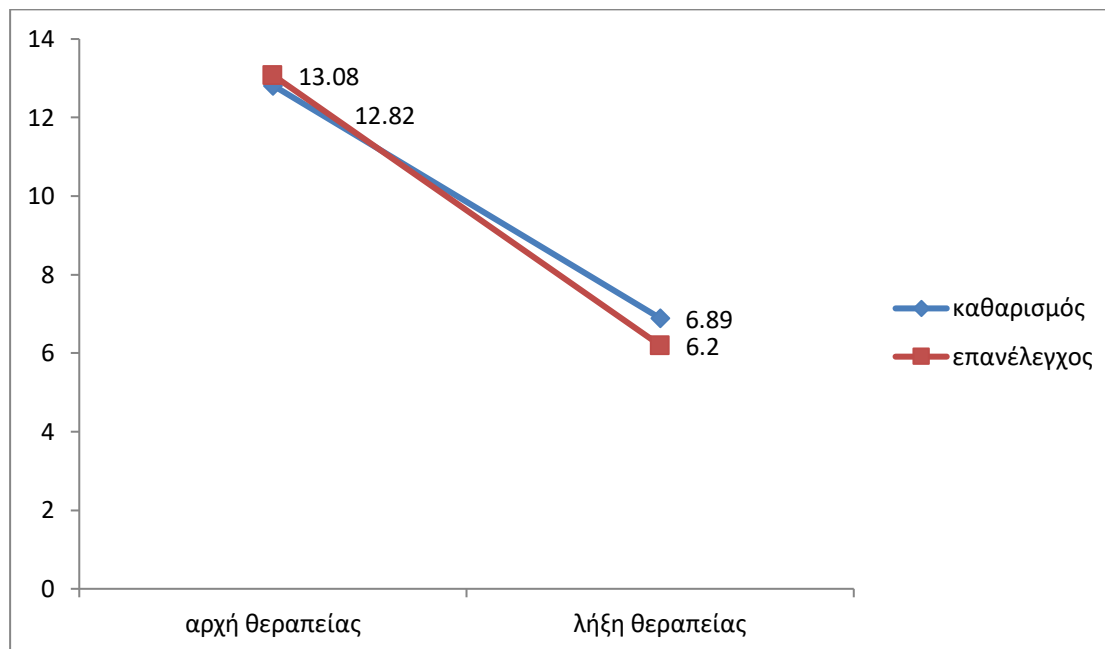
Το είδος της κύριας τελετουργίας («καθαρισμός» - «επανελέγχος») δεν επέδρασε στη μείωση της συνολικής βαθμολογίας του YBOCS στη λήξη της θεραπείας [$F(1,18)=0,58, p=0,457$]. Συγκεκριμένα, και οι δύο ομάδες πέτυχαν στατιστικώς σημαντική μείωση στην βαθμολόγηση του τελικού YBOCS σε σχέση με το αρχικό, χωρίς όμως να διαφέρουν μεταξύ τους ως προς αυτήν τη μείωση (γραφήματα 6, 7,8).

Γράφημα 6. Σύγκριση μέσων όρων των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού ($n=12$) και τελετουργίες επανελέγχου ($n=10^*$) ως προς τη συνολική βαθμολογία του YBOCS στην αρχή και στο τέλος της θεραπείας.



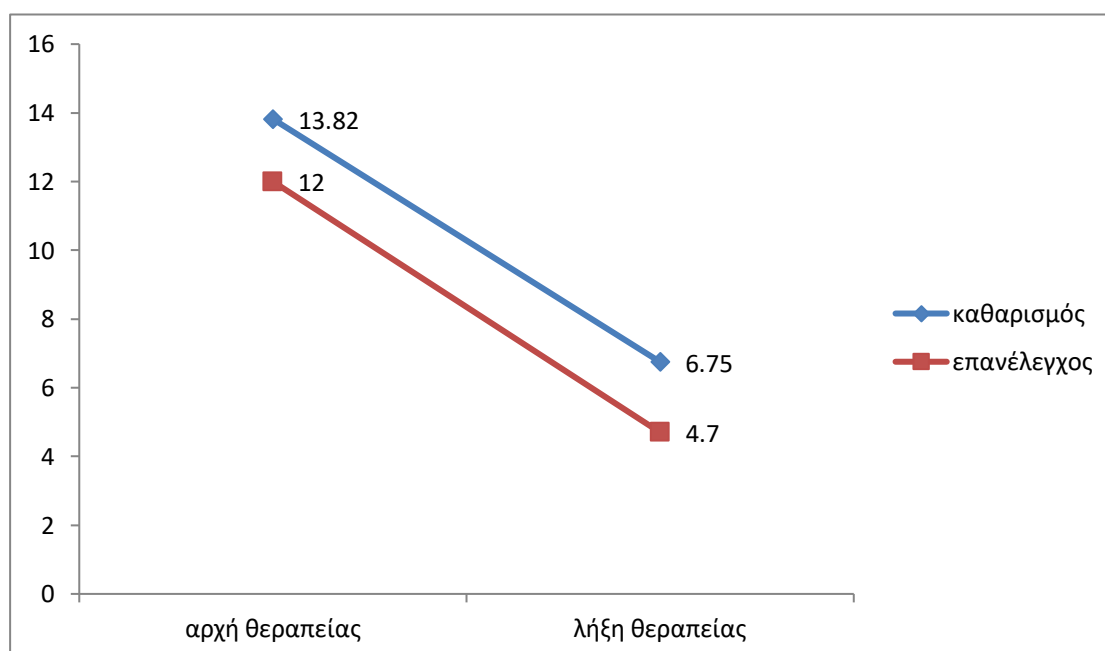
**ένας ασθενής δεν είχε όλα τα τελικά ερωτηματολόγια κι εξαιρέθηκε της ανάλυσης*

Γράφημα 7. Σύγκριση μέσων όρων των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού (n=12) και των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου (n=10)* ως προς τη βαθμολογία για το άθροισμα ιδεοληψιών του Y-BOCS στην αρχή και τη λήξη της θεραπείας.



**ένας ασθενής δεν είχε συμπληρώσει όλα τα τελικά ερωτηματολόγια κι εξαιρέθηκε της ανάλυσης*

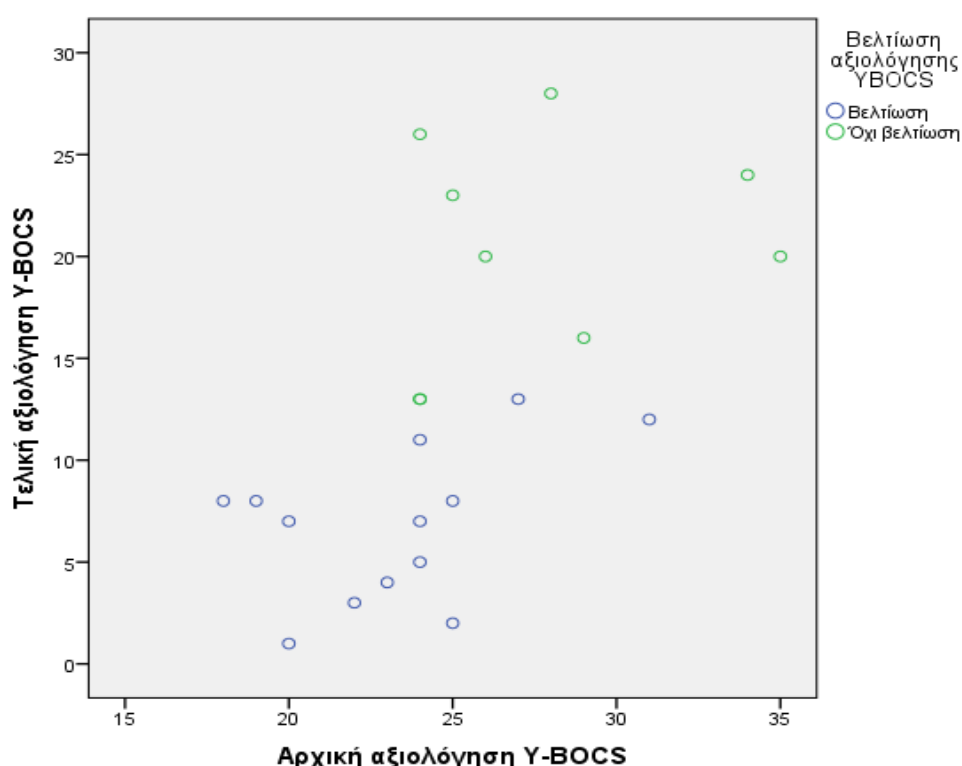
Γράφημα 8. Σύγκριση μέσων όρων των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού (n=12) και των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου (n=10)* ως προς τη βαθμολογία για το άθροισμα καταναγκασμών του Y-BOCS στην αρχή και τη λήξη της θεραπείας.



*ένας ασθενής δεν είχε συμπληρώσει όλα τα τελικά ερωτηματολόγια κι εξαιρέθηκε της ανάλυσης

Επίσης δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο μεταβλητών (είδος τελετουργίας και έκβαση θεραπείας) ως προς την βελτίωση του συνολικού YBOCS πριν και μετά την θεραπεία [$F(1,18)=0,39, p=0,540$]. (γράφημα 9).

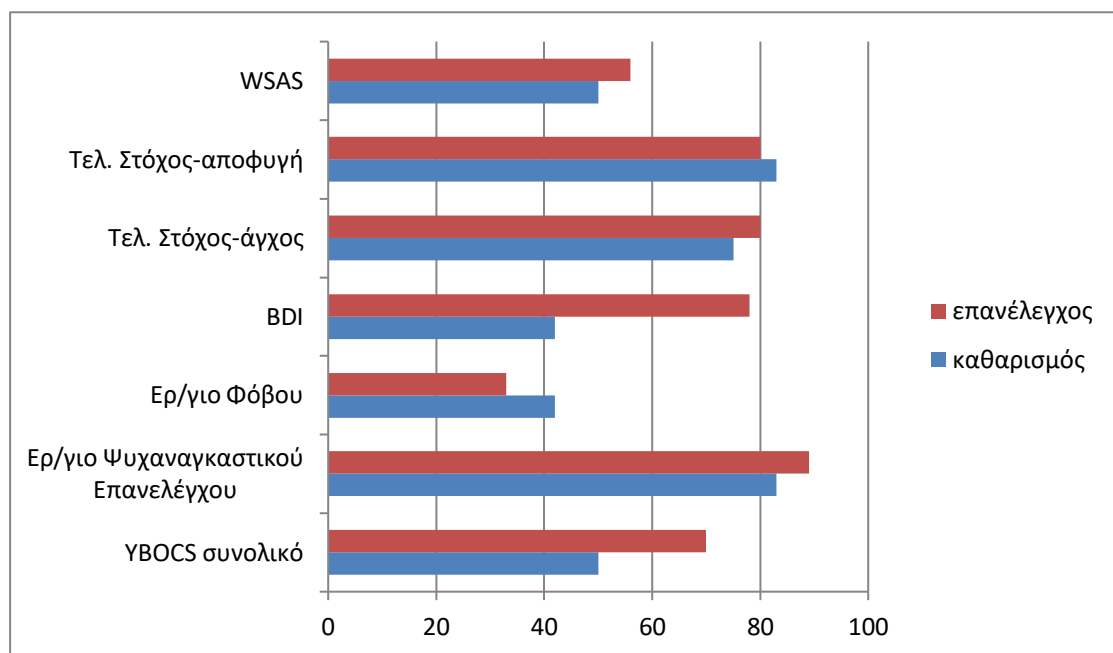
Γράφημα 9: Τελική βαθμολογία αξιολόγησης του συνολικού Y-BOCS σε συνάρτηση με την έκβαση της θεραπείας και την αρχική βαθμολογία



Σε ό,τι αφορά στα κριτήρια βελτίωσης, οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και αυτοί με τελετουργίες επανελέγχου δεν διέφεραν μεταξύ τους σημαντικά ως προς την απώλεια της διάγνωσης της ΙΨΔ βάσει του SCID στη λήξη της θεραπείας [$\chi^2(2)=4.65, p=.097$]. Συγκεκριμένα, από την ομάδα των τελετουργιών καθαρισμού (N=12) 5 ασθενείς έχασαν την διάγνωση, 4 ασθενείς διατήρησαν την ΙΨΔ αλλά σε υποκλινική μορφή και 3 ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια για ΙΨΔ στη λήξη θεραπείας. Αντιστοίχως, από τους 11 ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου, οι 8 έχασαν την διάγνωση και 3 την διατήρησαν.

Παρομοίως, δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε σχέση με το δεύτερο κριτήριο βελτίωσης ($\geq 50\%$ μείωση της βαθμολογίας των ερωτηματολογίων στη λήξη θεραπείας). Συγκεκριμένα, η διαφορά των δύο ομάδων στους ασθενείς που βελτιώθηκαν ήταν για το συνολικό σκορ του YBOCS: [$\chi^2(1)=0,26, p=0,607$], για το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck: [$\chi^2(1)=1,46, p=0,227$], για το Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου: [$\chi^2(1)=0,00, p=1,00$], για το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής & Κοινωνικής Προσαρμογής: [$\chi^2(1)=0,00, p=1,00$], για την μέτρηση άγχους στον 1^ο Τελικό Στόχο: [$\chi^2(1)=0,00, p=1,00$], για την μέτρηση αποφυγής στον 1^ο Τελικό Στόχο: [$\chi^2(1)=0,00, p=1,00$] και για το Ερωτηματολόγιο Φόβου: [$\chi^2(1)=0,00, p=1,00$] (γράφημα 10).

Γράφημα10: Βελτίωση ($\geq 50\%$ μείωση έναντι της αρχικής βαθμολόγησης) στα ερωτηματολόγια στη λήξη θεραπείας για τους ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και για τους ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία.



Οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τον αριθμό θεραπευτικών συνεδριών που έλαβαν [Μ.Ο καθαρισμός=14,7, Μ.Ο επανελέγχος=15,2, $t(26)=-0,106, p=.916$] αλλά ούτε και στον βαθμό συνεργασιμότητας που επέδειξαν κατά την διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών, όπως αυτός εκφράζεται από την κλίμακα HCS [Μ.Ο καθαρισμός=3,26, Μ.Ο επανελέγχος=3,59, $t(21)=1,49, p=.150$].

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το δείγμα του περιγραφικού τμήματος της μελέτης, αποτελούμενο από χρόνιους ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς (μέση διάρκεια ΙΨΔ=11 έτη), είναι ένα τυπικό κλινικό δείγμα πασχόντων από ΙΨΔ που αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότερες δημογραφικές και φαινομενολογικές μεταβλητές του δείγματός μας, όπως η μέση διάρκεια της νόσου, οι κύριες τελετουργίες, η μέση ηλικία έναρξης της ΙΨΔ και το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, συνάδουν με τα δεδομένα άλλων μελετών για την ΙΨΔ που διεξήχθησαν στα πλαίσια δημόσιας ή ιδιωτικής κλινικής πρακτικής (Warren and Thomas 2001, Houghton et al. 2010).

Στο πρώτο τμήμα της παρούσας έρευνας, επιχειρήθηκε η εξέταση της πιθανής ύπαρξης ομοιογενών υποομάδων ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών με βάση τα δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά τους, χρησιμοποιώντας δύο στατιστικές αναλύσεις κατάλληλες στο προφίλ του δείγματός μας. Η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες με σκοπό την ανεύρεση πιθανών ομαδοποιήσεων (Sun et al. 2012, Lagarde et al. 2014, Oliveira και συν. 2015), αλλά είναι η πρώτη φορά, από όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, που αυτή η ανάλυση χρησιμοποιείται σε έρευνα σχετικά με την ΙΨΔ. Επίσης διεξήχθη η Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (LCA) η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες σχετικά με νευροψυχιατρικές διαταραχές (Lubke et al. 2007, Clifton et al. 2007, Manley et al. 2009) και σε πέντε έρευνες για την ΙΨΔ (Taylor 2011, Delucchi et al. 2011, Thomsen and Jensen 1991, Nestaltdt et al. 2003 & 2009). Όπως αναφέρουν οι Delucchi et al. (2011), η LCA είναι μια «ατομοκεντρική» μέθοδος που θα μπορούσε να συνεισφέρει στην καλύτερη κατανόηση του φαινότυπου και της πιθανής υποβόσκουσας δομής της ΙΨΔ.

Η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών έδειξε δύο διακριτές υποομάδες ασθενών που διαφέρουν σε ένα σύνολο χαρακτηριστικών κι όχι μόνο στο φύλο ή στο είδος καταναγκασμού. Η Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων επιβεβαίωσε αυτό το αποτέλεσμα καταλήγοντας σε 2 κλάσεις ενώ πρόσφερε κάποιες πρόσθετες πληροφορίες: και οι δύο αναλύσεις έδειξαν μια ξεκάθαρη υποομάδα γυναικών ασθενών με καταναγκασμούς καθαρισμού και ιδεοληψίες μόλυνσης, παρόμοια με τον παράγοντα «καθαρισμός/μόλυνση» που σταθερά προκύπτει από όλες τις μελέτες

διαστάσεων της ΙΨΔ (Mataix-Cols et al. 2005, Williams et al. 2013, Leckman et al. 2009). Η δεύτερη υποομάδα αποτελείται κυρίως από άνδρες ασθενείς, με καταναγκασμούς ελέγχου και ιδεοληψίες παθολογικής αμφιβολίας ή επιθετικότητας. Σύμφωνα με την LCA, καταναγκασμοί επανάληψης, νοητικοί, τακτοποίησης, παρασυσσώρευσης ή πολλαπλοί καταναγκασμοί καθώς και σεξουαλικού, θρησκευτικού περιεχομένου ιδεοληψίες και εικόνες, εμφανίζονται αποκλειστικά σε αυτή την υποομάδα (κλάση), ωστόσο, μόνο ένας ασθενής παρουσίαζε σεξουαλικές ιδεοληψίες και ομοίως ένας είχε ιδεοληψίες θρησκευτικού τύπου, ως κυρίαρχες ιδεοληψίες.

Είναι συζητήσιμο το αν οι συνδυασμοί «τελετουργίες ελέγχου και ιδεοληψίες επιθετικότητας» ή «σεξουαλικές και θρησκευτικές ιδεοληψίες» συνιστούν έναν ενιαίο και ξεκάθαρο παράγοντα (Baer 1994, Leckman et al. 1997, Feinstein et al. 2003, Cavallini et al. 2002, Abramowitz et al. 2003). Ο Pinto et al. (2007) υποστηρίζει ότι οι ιδεοληψίες επιθετικότητας συμπεριλαμβάνουν δύο διαφορετικούς επιμέρους τύπους: α) *αμφιβολίες* δηλαδή ιδεοληψίες σχετικά με πιθανό κακό λόγω αμελείας ή ατυχήματος και β) «*ταμπού – ιδεοληψίες*» (taboo obsessions) δηλαδή ιδεοληπτικούς φόβους για παρορμητική επιθετική συμπεριφορά και ανησυχίες σεξουαλικού ή θρησκευτικού περιεχομένου. Ο Summerfeldt et al. (1999) αναφέρει ότι ο «επανελέγχος» μόνος του ίσως αποτελεί μία ετερογενή κατάσταση και προτείνει δύο πιθανές υποκατηγορίες: α) επιθετικές και σεξουαλικές ιδεοληψίες που συνδυάζονται με συμπεριφορές επανελέγχου σχετικά με την τέλεση παρορμήσεων και β) ιδεοληπτικές αμφιβολίες με περιεχόμενο την ενδεχόμενη υπευθυνότητα αν συμβεί κάτι κακό, που συνδυάζονται με καταναγκασμούς ελέγχου.

Το εύρημα ότι οι νοητικές τελετουργίες εμφανίζονται αποκλειστικά στην δεύτερη υποομάδα (κλάση) μαζί με ιδεοληπτικές εικόνες, ιδεοληψίες σχετικά με το σεξ, την θρησκεία και ιδεοληψίες αμφιβολίας/επιθετικότητας συνάδει με τα αποτελέσματα έρευνας του Abramowitz et al. (2003) όπου οι νοητικές τελετουργίες συσχετιζόνταν με έντονα αγχογόνες θρησκευτικές, σεξουαλικές ή βίαιες παραισφρυτικές σκέψεις. Ωστόσο, σε αυτή την μελέτη νοητικές τελετουργίες και σεξουαλικές, θρησκευτικές ή επιθετικές ιδεοληψίες συνιστούσαν έναν ξεχωριστό παράγοντα με την ονομασία «*απαράδεκτες σκέψεις*», ο οποίος ήταν ένας από τους πέντε που προσδιορίστηκαν. Οι διαφορές ανάμεσα στα ευρήματα της παρούσας μελέτης κι αυτής του Abramowitz, δεδομένου του παρόμοιου μεγέθους δείγματος,

προκύπτουν κυρίως από διαφορές στη μεθοδολογία που η κάθε έρευνα ακολούθησε (π.χ. διαφορετική στατιστική ανάλυση, διαφορετικός τρόπος φαινομενολογικής κατηγοριοποίησης των ασθενών και διαφορετικός αριθμός υποομάδων).

Η «συμμετρία/τακτοποίηση» και η «παρασυσσώρευση» συνήθως αποτελούν ξεχωριστούς παράγοντες. Στην μελέτη μας, η παρουσία καταναγκασμών τακτοποίησης και παρασυσσώρευσης στην ίδια υποομάδα πρέπει να ειδωθεί με προσοχή καθώς λίγοι ασθενείς του δείγματός μας εμφανίζουν αυτά τα είδη καταναγκασμών ως προεξάρχοντα. Περισσότεροι από τους μισούς άνδρες του δείγματος ήταν άγαμοι (μόνοι, χήροι, διαζευγμένοι) ενώ οι γυναίκες ήταν σε μεγάλο ποσοστό έγγαμες, εύρημα που έχει επιβεβαιωθεί και από επιδημιολογικές έρευνες (Hollander 1998). Οι Marks (1987) και Hare (1972) πιθανολογούν ότι αυτό το στοιχείο αποτελεί μία έκφραση της βαρύτητας της νόσου και των δυσκολιών που προκαλεί στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή των ασθενών. Οι περισσότεροι άνδρες ήταν εργαζόμενοι, ενώ σημαντικό ποσοστό γυναικών ασχολούνταν κυρίως με τα οικιακά, εύρημα που πιθανόν να σχετίζεται με την δυνατότητα που τους παρείχε αυτή η ενασχόληση, ώστε να μπορούν να παρακολουθήσουν το πρωινό ωράριο λειτουργίας της ΜΘΣ.

Και στις δύο αναλύσεις, η υποομάδα «καθαρισμός/μόλυνση» συσχετίστηκε με όψιμη ηλικία έναρξης της διαταραχής (25-35+ ετών) ενώ η άλλη υποομάδα («αμφιβολία/επανελέγχος») συσχετίστηκε με πρώιμη έναρξη της ΙΨΔ (4-14 ετών). Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με πρώιμη ηλικία έναρξης πιθανόν αποτελούν μια διακριτή υποομάδα της ΙΨΔ (Millet et al. 2004, Leckman et al. 2009, Rosario-Campos et al. 2001). Σε μία συστηματική ανασκόπηση, ο Taylor(2011) ανέλυσε με LCA τα αποτελέσματα όλων των ερευνών που εξέταζαν την πιθανότητα διάκρισης ΙΨΔ υποομάδων με βάση την ηλικία έναρξης της διαταραχής και κατέληξε σε δύο κλάσεις: πρώιμη έναρξη με μέση ηλικία έναρξης τα 11 έτη και όψιμη έναρξη με μέση ηλικία έναρξης της ΙΨΔ τα 23 έτη. Η κλάση της πρώιμης ηλικίας έναρξης ήταν συχνότερη σε άνδρες και συσχετιζόταν με μεγαλύτερη βαρύτητα της διαταραχής, συνοσηρότητα με διαταραχή των Τικ και παρουσία ΙΨΔ σε 1^ο βαθμού συγγενείς. Ο προσδιορισμός υποομάδων ωστόσο με βάση την ηλικία έναρξης είναι παρακινδυνευμένος κυρίως λόγω της δυσκολίας να γνωρίζει ο ασθενής ακριβώς πότε πρωτοεμφανίστηκε η διαταραχή και λόγω των διαφορετικών μεθόδων ορισμού της «πρώιμης έναρξης» (Mataix-Cols et al. 2005). Επιπλέον, σύμφωνα με τους

Noshirvani et al. (1991), η πρώιμη ηλικία έναρξης της ΙΨΔ στους άνδρες ίσως οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες, ενώ η αντίστοιχη όψιμη ηλικία έναρξης στις γυναίκες πιθανόν οφείλεται στη σχέση της ΙΨΔ με την κατάθλιψη.

Στην έρευνα της Delucchi et al. (2011), προέκυψαν από την LCA τρεις κλάσεις που υποδείκνυαν ένα πιθανό υποβόσκον φάσμα βαρύτητας της ΙΨΔ. Οι κλάσεις με μεγαλύτερη βαρύτητα συμπτωμάτων συσχετιζόντουσαν με υψηλότερες βαθμολογήσεις βαρύτητας στο ΥBOCS, πρώιμη ηλικία έναρξης, αριθμητική υπεροχή των ανδρών, συχνότερη εμφάνιση ιδεοληψιών και όλων των ειδών καταναγκασμούς και συμπτώματα παρασυσσώρευσης, ευρήματα παρόμοια με το προφίλ της δεύτερης κλάσης της παρούσας μελέτης.

Οι καταναγκασμοί καθαρισμού κι επανελέγχου είναι τα δύο συχνότερα συμπτώματα στην ΙΨΔ και έχουν εντοπιστεί σε μελέτες υποομάδων της ΙΨΔ αλλά και στην κλινική πράξη (Williams et al. 2013). Ποια είναι η προγνωστική θεραπευτική αξία των ΙΨΔ υποομάδων; Συγκεκριμένα, οι υποομάδες «καθαρισμός/μόλυνση» και «επανελέγχος/αμφιβολία», με τα ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη ικανοποιώντας την 1^η ερευνητική υπόθεση, απαντούν με διαφορετικό τρόπο στην θεραπεία με Έκθεση και Παρεμπόδιση Απάντησης (ΕΠΑ); Το κλινικό τμήμα της μελέτης προσπάθησε να εξετάσει αυτό το ερώτημα σε μία προοπτική διερεύνηση.

4.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.2.1. Συνολικό Δείγμα

Από τους 36 ασθενείς του κλινικού δείγματος, 29 ενεπλάκησαν στη θεραπεία και από αυτούς σημαντικά περισσότεροι ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη θεραπεία τους (n=23, 79%) έναντι όσων την διέκοψαν πρόωρα (n=6, 21%). Τα ποσοστά αυτά συνάδουν με εκείνα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας και επαληθεύουν την 2^η ερευνητική μας υπόθεση. Σύμφωνα με τις ανασκοπήσεις των Foa (1992) και Marks (1997) η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Συμπεριφοράς στην ΙΨΔ κυμαίνεται μεταξύ 67% - 90%. Σε ότι αφορά Έλληνες ασθενείς, το 63% από 12 ΙΨΔ ασθενείς που έλαβαν έκθεση στην πραγματικότητα (in vivo), ολοκλήρωσε επιτυχώς τη θεραπεία (Rabavilas et al. 1976) και η βελτίωσή τους αυξήθηκε στα 2 χρόνια επανεξέτασης (Boulougouris et al. 1977). Στην αξιολόγηση των κλινικών

αποτελεσμάτων κατά τον 1^ο χρόνο λειτουργίας της ΜΘΣ, 51% των Ιδιοψυχαναγκαστικών ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη θεραπεία τους (Κασβίκης et al. 1989), ενώ σε αναδρομική μελέτη 60 ΙΨΔ ασθενών της ΜΘΣ, το ποσοστό ολοκλήρωσης της θεραπείας ήταν 62% (Κουμαντάνου 2007). Οι Franklin et al. (2000) αναφέρουν ότι τα θετικά αποτελέσματα της in vivo ΕΠΑ δεν περιορίζονται μόνο στους ασθενείς που θεραπεύονται σε πειραματικό περιβάλλον (τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες – RCT) αλλά ισχύουν και για ιδιοψυχαναγκαστικούς ασθενείς που θεραπεύονται σε κλινικά πλαίσια, αν και ενδέχεται να είναι λίγο χαμηλότερα από αυτά των άλλων ερευνών.

Σε ό,τι αφορά την βελτίωση των ασθενών στο τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας με κριτήριο την απώλεια της διάγνωσης σύμφωνα με την δομημένη συνέντευξη του SCID, όλοι οι ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία, διατήρησαν την διάγνωση της ΙΨΔ στο τέλος, ενώ από τους 23 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία οι 19 έχασαν την διάγνωση και 4 ασθενείς την διατήρησαν σε υποκλινική μορφή. Υπάρχουν ασυμπτωματικοί ΙΨΔ ασθενείς; Σύμφωνα με τους Fisher and Wells (2005) αν και περίπου 60% των ΙΨΔ ασθενών επιδεικνύουν κλινικά σημαντική αλλαγή μετά από ΕΠΑ, μόνο 25% είναι ασυμπτωματικοί. Η συστηματική διερεύνηση κλινικών παραγόντων που πιθανώς επηρεάζουν, όπως χρονιότητα, βαρύτητα της ΙΨΔ, συνοσηρότητα, αλλά και παρακολούθηση μακράς διάρκειας, θα μπορούσαν να φωτίσουν περισσότερο αυτό το ερώτημα.

Ως προς το δεύτερο κριτήριο βελτίωσης, οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη θεραπεία βελτιώθηκαν σημαντικά ($\geq 50\%$) στην ΙΨ συμπτωματολογία, στο άγχος και στην αποφυγή. Η μείωση των ΙΨ συμπτωμάτων στη λήξη της θεραπείας συνοδεύτηκε από συνολικότερη βελτίωση στο συναίσθημα, στα φοβικά συμπτώματα και στη γενική λειτουργικότητα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την 3^η ερευνητική μας υπόθεση και συμφωνούν με τα αντίστοιχα μετα-ανάλυσης για την αποτελεσματικότητα της ΕΠΑ στην ΙΨΔ με έμφαση στην κλινική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων (Abramowitz 1997), όπου αναφέρεται ότι στο τέλος της θεραπείας, η λειτουργικότητα των ασθενών είναι περισσότερο συγκρίσιμη με τη λειτουργικότητα ατόμων του γενικού πληθυσμού, παρά με αυτή ιδιοψυχαναγκαστικών ασθενών που δεν είχαν λάβει ΕΠΑ. Επίσης, όπως έχει διατυπωθεί (Başoğlu and Şalcioğlu 2011), η Θεραπεία Συμπεριφοράς που συμπεριλαμβάνει έκθεση, έχει παθολυτική δράση,

καθώς επιφέρει εκτός από την μείωση των συμπτωμάτων, βελτίωση στη λειτουργικότητα ή/και γνωσιακές αλλαγές.

Όπως αναμενόταν, οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία μείωσαν σημαντικά περισσότερο το σκορ στο τελικό Y-BOCS σε σχέση με την αρχική μέτρηση, συγκριτικά με όσους διέκοψαν τη θεραπεία, των οποίων η μείωση ήταν μη σημαντική στατιστικά. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία μείωσαν τη βαθμολογία τους κατά 12,8 μονάδες περισσότερο από ό,τι οι ασθενείς που εγκατέλειψαν τη θεραπεία.

Αποπειραθήκαμε να διερευνήσουμε πιθανούς λόγους που να σχετίζονται με την διακοπή θεραπείας, και γι' αυτό αναζητήσαμε ενδεχόμενες διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και σε όσους την εγκατέλειψαν. Όπως βρέθηκε, οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν την θεραπεία και αυτοί που την διέκοψαν δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα δημογραφικά και τα φαινομενολογικά χαρακτηριστικά τους. Ως προς την αρχική βαρύτητα της διαταραχής, όσοι διέκοψαν έτειναν να εμφανίζουν αυξημένη βαρύτητα στο Y-BOCS σε σύγκριση με όσους την ολοκλήρωσαν, χωρίς όμως αυτή η διαφορά να είναι στατιστικώς σημαντική. Σύμφωνα με τους Basoğlu et al. (1988) και Keijers et al. (1994) η αρχική βαρύτητα των συμπτωμάτων αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα ενώ σε άλλη έρευνα (DeGraujo et al. 1996) δεν έχει βρεθεί να σχετίζεται με τη θεραπευτική έκβαση και μόνο η καλή συνεργασιμότητα προέβλεπε θετικό αποτέλεσμα.

Εξετάσαμε την ελλιπή συνεργασιμότητα ως πιθανό λόγο διακοπής της θεραπείας, ωστόσο, οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στον βαθμό συνεργασιμότητας που επέδειξαν ή στον αριθμό συνεδριών που έλαβαν. Οι ασθενείς που διέκοψαν τη θεραπεία έλαβαν αρκετές συνεδρίες μέχρι την διακοπή κι ίσως αυτό να συσχετίζεται με το εύρημα ότι όλοι, ανεξαρτήτως της έκβασης, μείωσαν το συνολικό σκορ του Y-BOCS στο τέλος της θεραπείας συγκριτικά με την αρχή.

Σε έρευνα που εξέτασε την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς στη διάρκεια ενός έτους (Σωτηροπούλου 2005), φάνηκε ότι οι συχνότερες αιτίες διακοπής της θεραπείας ανεξαρτήτως διάγνωσης, σχετίζονταν με αντικειμενικές δυσκολίες του ασθενούς (επαγγελματικοί λόγοι, απόσταση, διαπροσωπικές δυσκολίες). Σε άλλη διδακτορική μελέτη που διεξήχθη στη ΜΘΣ (Μυτσκίδου, 2008), εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στη θεραπευτική συμμαχία,

στη συνεργασιμότητα και το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε ασθενείς με διαταραχές άγχους που έλαβαν Θεραπεία Συμπεριφοράς. Βρέθηκε ότι όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ήταν πιο συνεργάσιμοι από όσους διέκοψαν, δηλαδή πραγματοποιούσαν περισσότερες φορές την εβδομάδα τις συγκεκριμένες ασκήσεις έκθεσης που είχαν συμφωνήσει. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο αξιολόγησης της συνεργασιμότητας με την παρούσα μελέτη (HCS), όμως στο δείγμα της υπήρχαν μόνο 5 ασθενείς με ΙΨΔ. Σχετικά με τους λόγους πρόωρης διακοπής της θεραπείας στην ΙΨΔ, οι Stanley and Turner (1995) πιθανολογούν ότι η ΕΠΑ είναι μια απαιτητική διαδικασία που κάποιοι ασθενείς δυσκολεύονται να ακολουθήσουν, ενώ σύμφωνα με τους deHaan et al. (1997) έχει σημασία η χρονική στιγμή που ο ασθενής διακόπτει τη θεραπεία. Η διακοπή στις πρώτες θεραπευτικές συνεδρίες πιθανόν σχετίζεται με δυσκολία των ασθενών να ακολουθήσουν τις οδηγίες της ΕΠΑ, ενώ η διακοπή σε μεταγενέστερο θεραπευτικό στάδιο είναι πιθανότερη σε βαριάς μορφής ασθενείς οι οποίοι βελτιώνονται με βραδύτερο ρυθμό.

4.2.2. Καθαρισμός – Επανελέγχος

Στο δείγμα μας συμπεριλαμβάνονται 17 ασθενείς με κυρίαρχες τελετουργίες καθαρισμού και 12 με τελετουργίες επανελέγχου. Οι δύο αυτές ομάδες δεν διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, με εξαίρεση την τάση να είναι νεότεροι κατά μέσο όρο οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου και την απασχόληση με οικιακά να εμφανίζεται μόνο σε ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού. Οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού παρουσιάζουν βαρύτερη κλινική εικόνα αρχικά σε σχέση με την άλλη ομάδα, καθώς εμφανίζουν σημαντικά περισσότερα καταναγκαστικά συμπτώματα, μεγαλύτερη βαρύτητα στους καταναγκασμούς και υψηλότερη επιβάρυνση στη γενική λειτουργικότητά τους,

Στη θεραπεία συμμετείχαν 12 ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και 11 με τελετουργίες επανελέγχου. Παρά την βαρύτερη αρχική εικόνα των ασθενών με καθαρισμό και σε αντίθεση με την 4η ερευνητική μας υπόθεση, τα ποσοστά ολοκλήρωσης και διακοπής της θεραπείας ήταν ίσα στις δύο υποομάδες (ολοκλήρωσαν τη θεραπεία οι 9 από τους 12 ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού και οι 8 από τους 11 ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου).

Και οι δύο ομάδες πέτυχαν στατιστικώς σημαντική μείωση στην βαθμολόγηση του τελικού Y-BOCS σε σχέση με το αρχικό, χωρίς να διαφέρουν

μεταξύ τους ως προς αυτήν τη μείωση. Για την ακρίβεια, αμφότερες παρουσίασαν παρόμοια εικόνα πτώσης σε όλες τις επιμέρους μετρήσεις βαρύτητας της ΙΨΔ με βάση το Y-BOCS: άθροισμα ιδεοληπιών, άθροισμα καταναγκασμών, συνολικό άθροισμα. Επίσης, οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν μεταξύ τους στατιστικώς σημαντικές διαφορές στα ψυχομετρικά εργαλεία στη λήξη θεραπείας, εκτός από το Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου, όπου οι ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού διατήρησαν υψηλότερη βαθμολόγηση έναντι των ασθενών με τελετουργίες επανελέγχου. Αυτό το εύρημα ίσως εξηγείται εν μέρει από την φύση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου που αξιολογεί κυρίως «φανερούς» - συμπεριφορικούς καταναγκασμούς όπως αυτοί που κατά κόρον χαρακτηρίζουν την ομάδα του καθαρισμού, ενώ δεν αξιολογεί συμπτώματα όπως ο νοητικός έλεγχος που συμπεριλαμβάνεται στους καταναγκασμούς επανελέγχου.

Ικανοποιώντας την τελευταία ερευνητική μας υπόθεση, οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και στις δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους σημαντικά ως προς την απώλεια της διάγνωσης της ΙΨΔ βάσει του SCID στη λήξη θεραπείας αλλά ούτε και σε σχέση με το δεύτερο κριτήριο βελτίωσης ($\geq 50\%$ μείωση της βαθμολογίας των ερωτηματολογίων στη λήξη θεραπείας έναντι της αρχικής). Παρομοίως, οι δύο υποομάδες δεν παρουσίαζαν αξιοσημείωτες διαφορές στον αριθμό θεραπευτικών συνεδριών που έλαβαν αλλά ούτε και στον βαθμό συνεργασιμότητας που επέδειξαν κατά την διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών, όπως αυτός εκφράζεται από την κλίμακα HCS.

Στο κλινικό τμήμα της παρούσας μελέτης, επιχειρήσαμε μια απευθείας σύγκριση των ασθενών με «καθαρισμό/μόλυνση» και των ασθενών με «επανελέγχο/αμφιβολία» ως προς την απόκρισή τους στην θεραπεία με ΕΠΑ. Από όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε δεν έχει διενεργηθεί μέχρι στιγμής αυτή η άμεση σύγκριση, παρότι πρόκειται για τις πιο συχνές και καλά περιγεγραμμένες υποομάδες στην ΙΨΔ. Επιπλέον, τα υπάρχοντα δεδομένα για τα αποτελέσματα της θεραπείας τους, προέρχονται κυρίως από μελέτες όπου οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση κλινικές παρατηρήσεις των συμπτωμάτων τους κι όχι εμπειρικές μεθόδους π.χ. χρήση του Y-BOCS, παραγοντικές ή κλάσεων αναλύσεις, όπως αυτές που ακολουθήσαμε. Εξάιρεση αποτελούν δύο μελέτες (Mataix-Cols et al. 2002, Abramowitz et al. 2003) που εξέτασαν την απαντητικότητα στην ΕΠΑ ομάδων συμπτωμάτων (clusters, dimensions) προερχόμενων από τον Κατάλογο Συμπτωμάτων

του Y-BOCS-SC. Παρόμοια με τα δικά μας ευρήματα, οι δύο αυτές μελέτες βρήκαν ότι η ΕΠΑ ωφελεί και την ομάδα «καθαρισμός/μόλυνση» και την ομάδα «επανέλεγχος/αμφιβολία & επιθετικότητα» χωρίς αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ τους. Ανάλογα ευρήματα έχουν προκύψει κι από άλλες έρευνες (Rufert et al. 2006, Foa 1978).

Αντιθέτως, οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου προέβλεπαν φτωχότερη απόκριση στην ΕΠΑ στην μελέτη των Basoglu et al. (1988), ενώ ο Drummond (1993) βρήκε ότι σχετίζονται με θετική έκβαση στην ΕΠΑ σε επιβαρυσμένους, χρόνιους, ανθεκτικούς εσωτερικούς ΙΨΔ ασθενείς. Τέλος, στην έρευνα της McLean et al. (2001) οι ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου εμφάνισαν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά ανάρρωσης από όλες τις άλλες υποομάδες συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού. Η υποομάδα «καθαρισμός» μόνη της φαίνεται να παρουσιάζει περισσότερο σταθερά, θετικά αποτελέσματα κατόπιν ΕΠΑ. Έχει υποστηριχθεί (Foa et al. 1999) ότι οι ασθενείς αυτής της υποομάδας που μπορούν να διατυπώσουν ξεκάθαρα τι φοβούνται ως συνέπεια της μόλυνσής τους ή/και να μην τελέσουν καταναγκασμούς, συνήθως απαντούν πολύ καλά στην ΕΠΑ, της οποίας η μακροχρόνια χρήση στην θεραπεία ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού, επέτρεψε την ανάπτυξη τεχνικών βελτίωσης της συνεργασιμότητας αλλά και του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Παρά την ωφέλεια της ΕΠΑ στους καταναγκασμούς καθαρισμού και επανελέγχου, υπάρχει χώρος για βελτίωση. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη της Feinstein et al. (2003) που υποστήριξε ότι ενδέχεται η ομάδα «ιδεοληψίες μόλυνσης/τελετουργίες καθαρισμού» να είναι ετερογενής και προσδιόρισε τους εξής δύο υποτύπους: Έναν που βασίζεται στην αηδία και σχετίζεται με την δυσφορία του ατόμου από την αίσθηση της βρωμιάς (disgust - based) και έναν που σχετίζεται με τον φόβο μόλυνσης και βασίζεται στο φόβο ασθένειας και διασποράς της ασθένειας ή της μόλυνσης (harm - based). Καθώς η εξοικείωση στην αηδία χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να επιτευχθεί, πιθανόν οι συγκεκριμένοι ασθενείς να χρειάζονται μεγαλύτερης διάρκειας συνεδρίες ή θεραπείες (McKay 2006). Ωστόσο, πόσοι ασθενείς με «καθαρισμό/μόλυνση» έχουν ανησυχίες σχετικά με την αηδία είναι άγνωστο, με μόνο δεδομένο την μελέτη του Pinto et al. (2008) όπου 10,9% των ασθενών με τελετουργίες καθαρισμού βαθμολόγησαν το λήμμα 19 του YBOCS –

SC:«δεν ανησυχεί για τις συνέπειες της μόλυνσης παρά μόνο για το πώς θα αισθανθεί εξαιτίας της».

Επιπλέον, για τους ασθενείς με ιδεοληψίες μόλυνσης και καταναγκασμούς καθαρισμού που είναι απρόθυμοι να εμπλακούν σε θεραπεία με ΕΠΑ ή ανθίστανται σε αυτήν, έχει προταθεί η «θεραπεία μείωσης του ιδεασμού περί κινδύνου» (danger ideation reduction therapy- DIRT) η οποία, χωρίς να εστιάζει στην ΕΠΑ, χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές με στόχο την μείωση των ‘σχετιζόμενων με κίνδυνο’ προσδοκιών από τη μόλυνση (Jones and Menzies 1998, Krochmalik et al. 2001). Τα αποτελέσματα αυτών των θεραπευτικών προτάσεων τελούν υπό διερεύνηση.

Σχετικά με τους καταναγκασμούς επανελέγχου έχει προταθεί η συμπερίληψη στη θεραπεία τεχνικών που στοχεύουν στη λείανση των γνωσιακών παραποιήσεων που συναντώνται συχνά στους ασθενείς με το συγκεκριμένο είδος τελετουργιών, όπως η υπερ-υπευθυνότητα για ενδεχόμενα καταστροφικά αποτελέσματα (Salkovskis 1985), η υπερβολική εκτίμηση του κακού (Rachman 2002), η έλλειψη ανοχής στην αβεβαιότητα (Tolin et al. 2003), και η μνημονική καχυποψία (vandenHoutand Kindt, 2003).

Η ΕΠΑ μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες μορφές της ΙΨΔ (Clark 2005), κι αυτό ίσως εξηγεί την αποτελεσματικότητά της σε διάφορες υποομάδες συμπτωμάτων. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η ΕΠΑ μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με την αμιγή γνωσιακή θεραπεία ως προς την αλλαγή των γνωσιών που σχετίζονται με την ΙΨΔ (Whittal et al. 2005), διατυπώνοντας το ερώτημα αν όντως χρειάζεται να προστεθούν γνωσιακές τεχνικές στην ΕΠΑ.

Επιπροσθέτως, τα ευρήματα που δείχνουν ότι οι αλλαγές στους καταναγκασμούς προβλέπουν συνολικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα και όχι οι αλλαγές στις ιδεοληψίες, καθώς και ό,τι η μείωση των καταναγκασμών είναι η διαδικασία μέσω της οποίας και η ΕΠΑ και η ΓΘ οδηγούν σε βελτίωση (Anholt et al. 2008), υποδεικνύουν ότι ο πρωταρχικός στόχος στην θεραπεία της ΙΨΔ οφείλει να είναι η μείωση των καταναγκασμών ανεξαρτήτως υποομάδας συμπτωμάτων, στόχος που τεκμηριωμένα επιτυγχάνεται από την ΕΠΑ.

Συνεπώς, η απόφαση για την συμπερίληψη γνωσιακών τεχνικών στην ΙΨΔ ίσως να μην χρειάζεται να βασίζεται στις υποομάδες συμπτωμάτων, αλλά στην

παρουσία των γνωσιακών στρεβλώσεων και διαδικασιών που φαίνεται ότι ισχύουν σε διάφορα είδη συμπτωμάτων και υποομάδες. (π.χ. πεποιθήσεις ότι οι παραισφρητικές ιδέες είναι σημαντικές και πρέπει να ελεγχθούν, υπερ-υπευθυνότητα για ενδεχόμενα με καταστροφικές συνέπειες, έλλειψη ανοχής στην αβεβαιότητα, τάσεις τελειοθρίας).

4.3. ΙΣΧΥΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.

Οι έρευνες σε Έλληνες ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι περιορισμένες. Πρόσφατες μελέτες εξέτασαν την επιδημιολογία της ΙΨΔ σε ανηλικούς κι ενήλικες, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού, χωρίς κλινική αξιολόγηση (Politis et al. 2017, Skaripnakis et al. 2019). Δυστυχώς μέχρι στιγμής, υπάρχει έλλειψη ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την φαινομενολογική περιγραφή Ελλήνων ασθενών με ΙΨΔ αλλά και σύγχρονες μελέτες για την αποτελεσματικότητα της Έκθεσης και Παρεμπόδισης Απάντησης (ΕΠΑ) στην ΙΨΔ στη χώρα μας, πέρα από τις πρωτοποριακές έρευνες που διεξήχθησαν στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να προσφέρει πληροφορίες σε περιγραφικό και κλινικό επίπεδο με Έλληνες ασθενείς, με απώτερο σκοπό την διατύπωση αξιόπιστων προτάσεων για την βελτίωση των παρεχόμενων παρεμβάσεων στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Στο περιγραφικό τμήμα της παρούσας μελέτης, συνδυάστηκαν δυο στατιστικές αναλύσεις με στόχο να εξεταστεί η πιθανή ομαδοποίηση ΙΨΔ ασθενών με βάση τα δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά τους. Και οι δύο αυτές μέθοδοι αναλύουν τις αλληλο-συσχετίσεις μεταξύ πολλαπλών κατηγορικών μεταβλητών, επιτρέποντας τον προσδιορισμό υποομάδων ασθενών με διαφορετικά χαρακτηριστικά. Χρησιμοποιήθηκε η Πολύ-Παραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχιών για πρώτη φορά (από όσο γνωρίζουμε) σε μία μελέτη ΙΨΔ υποομάδων κι επίσης έγινε προσπάθεια να εμπλουτιστεί ο περιορισμένος αριθμός (μόλις 5) των ΙΨΔ μελετών που χρησιμοποιούν την Ανάλυση Λανθανουσών Κλάσεων (LCA), με τα δεδομένα από ένα ευρύ τυπικό κλινικό δείγμα Ελλήνων ασθενών. Ο συνδυασμός αυτών των μεθόδων είναι πρωτότυπος και πλεονεκτεί έναντι των παραγοντικών αναλύσεων που συνήθως χρησιμοποιούνται, καθώς προσφέρει ακριβέστερο προσδιορισμό έγκυρων υποομάδων, οι οποίες επιπλέον αποτελούνται από ΙΨΔ άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, κι όχι από ΙΨΔ συμπτώματα.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας περιορίζονται από την φύση της, καθώς είναι μία έρευνα πεδίου που διεξήχθη στα πλαίσια της καθημερινής κλινικής λειτουργίας μιας δημόσιας, δευτεροβάθμιας δομής ψυχικής υγείας. Στο περιγραφικό τμήμα, σχεδόν οι μισοί ασθενείς εξετάστηκαν αναδρομικά, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν πιθανώς χρήσιμες κλινικές πληροφορίες όπως ιστορικό Διαταραχής των Τις, συνοδές διαταραχές, πληροφορίες για το νευροβιολογικό υπόβαθρο των ασθενών. Επίσης, ορισμένα είδη καταναγκασμών υπο-αντιπροσωπεύονταν στο δείγμα μας (π.χ. θρησκευτικές και σεξουαλικές ιδεοληψίες) και τα αποτελέσματα σχετικά με την ομαδοποίησή τους, χρήζουν προσοχής εξαιτίας του σχετικά μικρού αριθμού ασθενών που παρουσίαζαν αυτά τα συμπτώματα στη δεύτερη υποομάδα. Παρότι τυπικά η LCA διεξάγεται σε ακόμη μεγαλύτερα δείγματα από το δικό μας, θεωρήσαμε ικανό το μέγεθος του δείγματός μας για την συγκεκριμένη ανάλυση, καθώς πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι μέγεθος δείγματος ≥ 100 θεωρείται κατάλληλο για την διεξαγωγή της LCA (Wurpts and Geiser 2014). Επιπροσθέτως, στην μετα-ανάλυση του Taylor (2011) διεξήχθη LCA για καθεμία από τις 9 μελέτες για την ηλικία έναρξης της ΨΔ, και οι 6 από αυτές είχαν μέγεθος δείγματος παρόμοιο με το δικό μας.

Ως προς το κλινικό μέρος της έρευνας, εκτός από την αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων στο συνολικό δείγμα, επιχειρήσαμε μία απευθείας σύγκριση των δύο πιο συχνών υποομάδων ΨΔ ασθενών, οι οποίες προέκυψαν και από την ανάλυσή μας: ασθενείς με τελετουργίες καθαρισμού/φόβο μόλυνσης και ασθενείς με τελετουργίες επανελέγχου/ιδεοληψίες αμφιβολίας, ως προς την απαντητικότητα τους στην ΕΠΑ. Η απευθείας σύγκριση αυτών των δύο υποομάδων ως προς τα κλινικά τους αποτελέσματα, δεν έχει διενεργηθεί μέχρι στιγμής, από όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε.

Παρότι η μελέτη διεξήχθη στα πλαίσια κλινικής καθημερινής πρακτικής, προσπαθήσαμε να εφαρμόσουμε ένα ερευνητικό σχέδιο με σαφή και αυστηρή κατά το δυνατόν μεθοδολογία.

Συγκεκριμένα, η βελτίωση των ασθενών αξιολογήθηκε με βάση 2 κριτήρια, την απώλεια διάγνωσης μέσω του SCID και την μείωση τουλάχιστον 50% των τελικών μετρήσεων στα ψυχομετρικά εργαλεία σε σχέση με τις αρχικές. Πρόκειται για ένα αυστηρό κριτήριο, ειδικά όσον αφορά το Y-BOCS, καθώς στις έρευνες

χρησιμοποιείται ως κριτήριο βελτίωσης το 25% ή 30% μείωσης επί της αρχικής βαθμολόγησης.

Επίσης, στην μελέτη χρησιμοποιήθηκαν σε μεγάλο βαθμό εργαλεία σταθμισμένα ή ελεγμένα στις ψυχομετρικές τους ιδιότητες. Για τις ανάγκες της μελέτης (κι όχι μόνο) προχωρήσαμε στην επίσημη μετάφραση στα Ελληνικά κι έκδοση του Y-BOCS, του πρότυπου ψυχομετρικού εργαλείου αξιολόγησης της ΙΨΔ, ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες του Π.Ο.Υ και σε συνεργασία με τον κατασκευαστή του εργαλείου, καθ. W. Goodman. Η δε στάθμισή του είναι σε εξέλιξη. Επιπλέον, χρησιμοποιήσαμε συνδυαστικά τόσο ερωτηματολόγια που βαθμολογούνται από αξιολογητή (π.χ. Y-BOCS) όσο και αυτό-συμπληρούμενα (π.χ. Ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικού Επανελέγχου) για να προστατέψουμε την εσωτερική εγκυρότητα των μετρήσεων.

Τέλος, η αξιολόγηση των ασθενών διενεργήθηκε από ψυχολόγο εκπαιδευμένη στην χορήγηση του SCID και του Y-BOCS (γράφουσα) ενώ οι θεραπείες διεξήχθησαν από 4 ψυχολόγους (Η.Π, Τ.Μ, Γ.Β, Β.Θ) που λάμβαναν συστηματική εποπτεία από εξειδικευμένο κι έμπειρο στην Θεραπεία Συμπεριφοράς και στην ΙΨΔ ψυχίατρο (Ι.Κ.). Αξιολογήτρια και θεραπευτές, ήταν όλοι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και είχαν πάνω από 10 χρόνια κλινική εμπειρία και εξειδικευμένη κοινή εκπαίδευση στην ΙΨΔ και στη Θεραπεία Συμπεριφοράς. Όλοι τους (πλην του ψυχιάτρου – υπεύθυνου) συνεργάζονται εθελοντικά και αμισθί στη Μονάδα Θεραπεία Συμπεριφοράς κι ως εκ τούτου ο αριθμός των συνεργατών είναι δεδομένος και περιορισμένος. Στη μελέτη αξιοποιήθηκε όλο το υπάρχον προσωπικό της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς, ωστόσο, εκ των συνθηκών ήταν ανέφικτη η χρήση ανεξάρτητου αξιολογητή των θεραπευτικών αποτελεσμάτων ή εξωτερικού αξιολογητή για τον έλεγχο της πιστότητας της θεραπείας. Ωστόσο, προκειμένου να θωρακίσουμε κατά το δυνατόν την αξιοπιστία της διαδικασίας, επιλέξαμε την χρησιμοποίηση αρκετών θεραπευτών και τη διενέργεια των αξιολογήσεων από άλλο πρόσωπο, ενώ η πιστότητα της θεραπείας εξασφαλίστηκε από το «Εγχειρίδιο Λειτουργίας της Μ.Θ.Σ.» που καθορίζει το είδος και τον τρόπο χορήγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανά διαταραχή, εν προκειμένω την ΕΠΑ στην ΙΨΔ.

Οι Fisher et al. (2005) σε μετα-ανάλυση όλων των ψυχοθεραπειών για την ΙΨΔ, βρήκαν ότι η ΕΠΑ παρήγαγε στατιστικά αξιόπιστη βελτίωση στο 75% των

ασθενών με 60% ποσοστό ανάρρωσης (recovery rate) και υποστήριξαν ότι υπάρχει μια ξεκάθαρη σχέση θεραπευτικής δόσης και θεραπευτικού αποτελέσματος, όπου όσο περισσότερες οι θεραπευτικές ώρες, τόσο αυξάνεται το ποσοστό ανάρρωσης.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την ανασκόπηση των Franklin and Foa (2002) η ΕΠΑ είναι η θεραπεία εκλογής για την ΙΨΔ και είναι πιο αποτελεσματική από την Γνωσιακή Θεραπεία ή την φαρμακοθεραπεία μόνες τους, ωστόσο, η ανωτερότητα της ΕΠΑ εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το αν χορηγείται με τον βέλτιστο τρόπο (Optimal ERP). Έτσι, οι ερευνητές προτείνουν να ακολουθούν οι θεραπευτές συγκεκριμένες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της ΕΠΑ. Αυτές οι οδηγίες περιλαμβάνουν μακράς διάρκειας έκθεση (90' και άνω), αυστηρή παρεμπόδιση απάντησης κατά την διάρκεια της έκθεσης αλλά και μεταξύ των συνεδριών, πολλές και μακράς διάρκειας συνεδρίες, εκπαιδευμένους θεραπευτές.

Αυτές οι προϋποθέσεις ίσχυαν στην παρούσα μελέτη, και ίσως αυτό εξηγεί το μεγάλο ποσοστό ολοκλήρωσης της θεραπείας που παρατηρήθηκε τόσο στο συνολικό δείγμα όσο και στις δύο υποομάδες.

Παρά τα υψηλά ποσοστά θετικής έκβασης της θεραπείας στο συνολικό δείγμα, δεν κατέστη δυστυχώς εφικτή η εξέταση του μακροχρόνιου θεραπευτικού αποτελέσματος, λόγω έλλειψης επαρκών δεδομένων που κατέστησαν αδύνατο τον έλεγχο στους 6 μήνες παρακολούθησης. Ομοίως, για τον προσδιορισμό προγνωστικών παραγόντων είχε σχεδιαστεί να χρησιμοποιηθούν Αναλύσεις Παλινδρόμησης (Γραμμική και Λογιστική) αλλά δεν βρέθηκαν αξιόλογοι προγνωστικοί παράγοντες.

Η συνεργασιμότητα είναι ένας παράγοντας που εξετάστηκε ως προς την πιθανή επιρροή του στη θεραπευτική έκβαση, χωρίς αξιόλογα αποτελέσματα. Λείπουν τα δομημένα ψυχομετρικά εργαλεία που αξιόπιστα αξιολογούν τον βαθμό συνεργασιμότητας στις διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήσαμε ένα εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί ήδη σε έρευνες που αφορούν σε ψυχοθεραπείες διαταραχών (π.χ. γνωσιακή θεραπεία κατάθλιψης, θεραπεία συμπεριφοράς σε διαταραχές άγχους) και ταιριάζει στη δομή της Θεραπείας Συμπεριφοράς, το οποίο λαμβάνει υπόψη τον αριθμό συνεδριών που έλαβε ο ασθενής και βαθμολογείται από τον θεραπευτή. Πιθανόν, η συνδυαστική χρήση αυτής της

κλίμακας με ένα άλλο εργαλείο (π.χ. που να συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή) να διευκρινίζει περισσότερο τον ρόλο της συνεργασιμότητας στην πορεία κι έκβαση της θεραπείας.

Όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, παρουσίασαν σαφή βελτίωση (τουλάχιστον 50%) σε σχέση με την αρχή, τόσο στα ψυχαναγκαστικά τους συμπτώματα, όσο και στη διάθεση και την γενική λειτουργικότητά τους. Η βελτίωση αυτή έχει κλινική σημασία, καθώς σύμφωνα με τους Blanchard and Schwartz (1988) η μείωση 50% και άνω ανάμεσα σε δύο βαθμολογήσεις (πριν και μετά τη θεραπεία) ορίζεται ως κλινικά σημαντική αλλαγή. Ωστόσο, απουσιάζει ο περαιτέρω έλεγχος της κλινικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων (π.χ. κριτήριο RCI, Jacobson and Truax, 1991) που θα πρόσφερε χρήσιμες κλινικά πληροφορίες.

Σε αντίθεση με την ερευνητική μας υπόθεση και την τάση να διακόπτουν τη θεραπεία τους οι ασθενείς με τελετουργίες επανέλεγχου, η οποία είχε βρεθεί στην πιλοτική έρευνα που είχε προηγηθεί της παρούσης, οι δύο υποομάδες ωφελήθηκαν εξίσου από την θεραπεία με ΕΠΑ που έλαβαν, επιδεικνύοντας παρόμοια αποτελέσματα. Αυτό το εύρημα αν και συνάδει με άλλα ερευνητικά δεδομένα, δημιουργεί εύλογα ερωτηματικά, εξαιτίας του μικρού αριθμού ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στην κάθε υποομάδα. Πιθανόν μεγαλύτερα δείγματα να παρείχαν σαφέστερη εικόνα για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της κάθε υποομάδας.

4.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Από το περιγραφικό τμήμα της μελέτης προέκυψαν δύο διακριτές υποομάδες ΙΨΔ ασθενών που διαφέρουν σε πλήθος χαρακτηριστικών κι όχι μόνο σε ένα φαινομενολογικό σύμπτωμα ή δημογραφικό δεδομένο, και η καθεμία παρουσιάζει τα δικά της ιδιαίτερα γνωρίσματα. Οι υποομάδες αντιστοιχούν σε εκείνες που έχουν αναδειχτεί σταθερά από τις μελέτες ΙΨΔ υποομάδων («καθαρισμός/μόλυνση», «επανέλεγχος/αμφιβολία & επιθετικότητα»). Το εύρημα επιβεβαιώνει την σύγχρονη τάση ομαδοποίησης ΙΨΔ χαρακτηριστικών και προσδιορισμού υποομάδων. Ο πρωτότυπος συνδυασμός αναλύσεων που χρησιμοποιήσαμε, δεδομένων των πλεονεκτημάτων τους, ελπίζουμε να συνεισφέρει στην έρευνα για ανεύρεση αξιόπιστων υποομάδων στην ΙΨΔ. Μελλοντικές έρευνες με ακόμη μεγαλύτερα δείγματα, που θα συνδυάζουν διαφορετικές αναλυτικές μεθόδους (κλασικές παραγοντικές, αντιστοιχιών όπως η ΠΠΑ και ατομοκεντρικές όπως η LCA), θα

μπορούσαν να βελτιώσουν την κατανόησή μας σχετικά με την φαινοτυπική δομή της ΙΨΔ.

Αν και οι υποομάδες «καθαρισμός/μόλυνση» και «επανέλεγχος/αμφιβολία» είναι οι πιο συχνές ΙΨΔ ομάδες, τα αποτελέσματα για την απόκρισή τους στην ΕΠΑ δεν είναι οριστικά, ή είναι αποσπασματικά και τουλάχιστον για τον «επανέλεγχο» αμφιλεγόμενα. Στην παρούσα μελέτη επιχειρήσαμε - για πρώτη φορά από όσο γνωρίζουμε - μία απευθείας σύγκριση των δύο υποομάδων ως προς τα αποτελέσματα της θεραπείας τους με ΕΠΑ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, και οι δύο υποομάδες φαίνεται να ωφελούνται εξίσου από την ΕΠΑ, ωστόσο είναι εμφανές ότι απαιτείται επανάληψη κι επέκταση αυτής της διερεύνησης σε μεγαλύτερα δείγματα.

Τα ευρήματά μας επιβεβαιώνουν τα αντίστοιχα παλαιότερων ερευνών για την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Συμπεριφοράς σε Έλληνες ΙΨΔ ασθενείς. Το υψηλό ποσοστό θεραπευτικής επιτυχίας, τουλάχιστον σε έναν βαθμό, μπορεί να εξηγηθεί από τον τρόπο χορήγησης της ΕΠΑ που τήρησε τις προϋποθέσεις ώστε να χαρακτηριστεί βέλτιστος (optimal). Αυτές οι προϋποθέσεις όμως, έχουν μεγάλη δαπάνη χρόνου (θεραπευτικών ωρών και διάρκειας συνεδρίας) και ίσως απαιτούν μεγάλο αριθμό θεραπευτών με εξειδίκευση. Αναδεικνύεται συνεπώς, η ανάγκη εκπαίδευσης των ειδικών στην εφαρμογή της ΕΠΑ στην ΙΨΔ, η επέκταση δημόσιων δομών για τη θεραπεία της ΙΨΔ με τις τεκμηριωμένα αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (evidence-based medicine) και η ανεύρεση τρόπων για να βοηθηθούν περισσότεροι πάσχοντες, ειδικά όσοι δεν διαθέτουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες δομές. Οι Greist et al. (2002) προκειμένου να αντιμετωπίσουν την περιορισμένη διαθεσιμότητα ειδικών θεραπευτών για την ΙΨΔ, ανέπτυξαν ένα σύστημα αυτοβοήθειας που παρείχε ΘΣ μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (BT-STEPS). Κατόπιν, σύγκριναν την αποτελεσματικότητά του με την κλασική μορφή ΘΣ με κλινικό και την χαλάρωση ως θεραπεία ελέγχου. Βρήκαν ότι οι δύο μορφές ΘΣ ήταν ανώτερες της χαλάρωσης και η ΘΣ μέσω κλινικού ανώτερη από αυτήν μέσω υπολογιστή. Ωστόσο, πρόκειται για μια ελπιδοφόρο εξέλιξη και ένα αρχικό βήμα προκειμένου να βοηθηθούν ΙΨΔ ασθενείς όταν δεν είναι διαθέσιμη η παροχή ΘΣ μέσω κλινικού και μία ενδιαφέρουσα πρόταση να δοκιμαστεί ένα τέτοιο σύστημα στη χώρα μας, που η διαθεσιμότητα ειδικών είναι ακόμη πιο περιορισμένη.

Ένα από τα μεγάλα πλεονεκτήματα της Θεραπείας Συμπεριφοράς είναι η παθολυτική δράση της. Την επιβεβαιώσαμε και στην παρούσα μελέτη αφού κατόπιν της θεραπείας, οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική βελτίωση όχι μόνο στα ΙΨΔ συμπτώματα αλλά και στην διάθεση, στο άγχος και στην κοινωνική, επαγγελματική, προσωπική λειτουργικότητα. Δεδομένης της πολύ σοβαρής επίπτωσης της ΙΨΔ στην ποιότητα ζωής των πασχόντων, προβάλλεται ως αναγκαία η συστηματική μελέτη της παθολυτικής δράσης της ΕΠΑ, ο ενδεδειγμένος έλεγχος της κλινικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων καθώς και οι πιθανές αλλαγές σε επίπεδο γνωσιών, με στόχο την σταθεροποίηση και μεγιστοποίηση της θεραπευτικής ωφέλειας.

Παρά την εγνωσμένη αξία της ΕΠΑ, η ΙΨΔ συχνά εμπεριέχει θεραπευτικές προκλήσεις. Μία εξ αυτών είναι οι ανθεκτικοί ασθενείς που δεν απαντούν ικανοποιητικά σε καμία μορφή ενδεδειγμένων θεραπειών (ΕΠΑ, φαρμακοθεραπεία) είτε παρέχονται συνδυαστικά, είτε ως μονοθεραπεία. Αυτοί οι ασθενείς έχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που συντελούν στην φτώχη τους απάντηση στις θεραπείες; Στο ερώτημα μπορούν να απαντήσουν προγνωστικές μελέτες που θα εξετάζουν την συνεισφορά διαφόρων πιθανών παραγόντων στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ειδικά σε ό,τι αφορά στις ΙΨΔ υποομάδες, ο συστηματικός έλεγχος της προγνωστικής τους αξίας σε ερευνητικά σχέδια μακράς διάρκειας σε μεγάλα δείγματα, θα μπορέσει να οδηγήσει σε διαμόρφωση πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων κατάλληλων για την κάθε υποομάδα. Στην παρούσα μελέτη, παρά την αρχική πρόθεση, δεν κατέστη εφικτό να διενεργηθεί ένας τέτοιος προγνωστικός έλεγχος, αφού δεν βρέθηκε κάποιος αξιόλογος παράγοντας, εύρημα που ενδεχομένως οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος, ωστόσο αποτελεί στόχο μελλοντικής ερευνητικής δραστηριότητας.

Η συχνότητα, η πολυπλοκότητα, η επιβάρυνση και οι θεραπευτικές ιδιαιτερότητες της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, καθιστούν χρήσιμη την δημιουργία ενός δικτύου ειδικών που ασχολούνται κλινικά κι ερευνητικά με την ΙΨΔ στη χώρα μας. Ένα τέτοιο πλαίσιο ίσως ευόδωνε τη συνεργασία, την προώθηση της έρευνας, την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού και ειδικά των ενδιαφερομένων σχετικά με τις αποτελεσματικές θεραπείες αλλά και τον συντονισμό της εκπαίδευσης των ειδικών, και της διάδοσης της ΕΠΑ για την ΙΨΔ. Τέλος, η αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων στις δομές ψυχικής υγείας είναι μονόδρομος για την βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, με όρους κόστους

- ωφέλειας. Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στα πλαίσια της καθημερινής κλινικής λειτουργίας μιας δημόσιας, δευτεροβάθμιας δομής ψυχικής υγείας, στοιχείο που δείχνει ότι αυτή η αξιολόγηση είναι εκτός από αναγκαία, και εφικτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Feb;65(1):44-52.
2. Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(6):1049-57.
3. Akhtar S, Wig NH, Varma VK, Pershad D and Verma SK. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry* 1975; 127:342-348.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed.). Washington, DC: APA;1994.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed.Revised). Washington, DC: APA; 2000.
6. American Psychiatric Association. Treating obsessive-compulsive disorder. A quick reference guide based on “practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder”. Published at. *Am J Psychiatry.* 2007 July;164(7):5-53.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: APA;2013.
8. Anholt GE, Kempe P, de Haan E et al. Cognitive versus behavior therapy: processes of change in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2008; 77:38-42.
9. Antony MM, Downie F, Swinson RP. Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In Swinson RP, Antony MM, Rachman S and Richter MA. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment.* The Guilford Press 1998, NY.
10. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry* 1994;55(3)suppl:18-23.

11. Ball SG, Baer L, Otto MW. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behav Res Ther.* 1996;34(1):47-51.
12. Başoğlu M, Lax T, Kasvikis Y and Marks IM. Predictors of improvement in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1988 2:299-317.
13. Başoğlu M and Şalcioğlu E. A mental healthcare model for mass trauma survivors. Control – focused behavioral treatment of earthquake, war and torture trauma. Cambridge University Press, 2011.
14. Baxter LR, Saxena S, Brody AL, Ackermann RF, Colgan M, Schwartz JM et al. Brain mediation of obsessive-compulsive disorder symptoms: evidence from functional brain imaging studies in the human and nonhuman primate. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 1996 Jan;1(1):32-47.
15. Bebbington PE. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiat* 1998, Suppl.35:91-96.
16. Beck AT, Ward CH, Mendeson M, Mock J and Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 1961; 4:53-63.
17. Beck AT. and Beck RW. Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgraduate Med.*, 1972; 52(6):81-85.
18. Beck AT. *Depression: Causes and treatment.* University of Pennsylvania Press (third edition), 1975.
19. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* 1976, New York: International Universities Press.
20. Black A. The natural history of obsessional neurosis. In HR Beech (Ed.) *Obsessional states.* London: Methuen, 1974.
21. Black DW and Noyes R. Comorbidity and obsessive-compulsive disorder In JD Maser, CR Cloninger (Eds.) *Comorbidity of mood and anxiety disorders.* Washington: American Psychiatric Press, 1990, Inc.
22. Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G, Baker P. hoarding and treatment response in 38 non depressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1998 Aug;59(8):420-425.
23. Blanchard EB. and Schwartz SP. Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behav Assess.* 1988; 10(2):171-188.

24. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario-Campos MC, Pittenger C, Leckman JF. Systematic review of the factor structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1229-33.
25. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Pavizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999;14(8):434-441.
26. Boulougouris JC, Bassiakos L. Prolonged flooding in cases with obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther*. 1973;11:227-231.
27. Boulougouris JC, Rabavilas AD and Stefanis C. Psychophysiological responses in obsessive compulsive patients. *Beh Res Therapy* 1977;15:221-230.
28. Bridges P, Coktepe E and Maratos J. A comparative review of patients with obsessional neurosis and with depression treated by psychosurgery. *Brit J Psychiatr*. 1973 123:663-674.
29. Bystrisky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Mainment K, Saxena S. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive disorder and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety* 2001;14(4):214-218.
30. Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther*. 1999;37:113-25.
31. Calkins AW, Berman NC, Wilhelm S. Recent advances in research on cognition and emotion in OCD. A review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 May;15(5):357. Doi:10.1007/s11920-013-0357-4.
32. Carr A. Compulsion neurosis: A review of the literature. *Psychol Bullet*. 1974, 81:311-318.
33. Castle DJ, Deale A and Marks IM. Gender differences in obsessive-compulsive disorder. *Aust NZ J Psychiatry* 1995;29:114-117.
34. Cavallini MC, Di Bella D, Siliprandi F, Malchiodi F, Bellodi L. Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *Am J Med Genet*. 2002;114(3):347-53.

35. Cillicilli AS, Telcioglu M, Askin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey *Compr Psychiatry* 2004;45(5):367-374.
36. Clark DA. Lumping versus splitting: a commentary on subtyping in OCD. *Behav Ther* 2005; 36:401-404.
37. Clifton A, Pilkonis PA. Evidence for a single latent class of diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):70-78.
38. Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *J Psychiatr Res*. 2008;42: 289–96.
39. Crino R, Slade T, Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM III to DSM IV. *Am J Psychiatry* 2005;162(5):876-882.
40. Davey GC. UCS revaluation and conditioning models of acquired fears. *Behav Res Ther*. 1989;27(5):521-8.
41. Davey GC, de Jong PJ, Tallis F. USC inflation in the aetiology of a variety of anxiety disorders: some case histories. *Behav Res Ther*. 1993;Jun, 31(5):495-8.
42. de Araujo LA, Ito LM and Marks IM. Early Compliance and Other Factors Predicting Outcome of Exposure for Obsessive-Compulsive Disorder. *Br J Psychiatry*. 1996 169:747-752.
43. de Haan E, van Oppen P, vanBalkom AJLM, Spinhoven P, Hoogduin KAL, Van Dyck R. Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand*. 1997 96:354-361.
44. Delucchi KL, Katerberg H, Stewart SE, Denys DA, Lochner C, Stack DE, et al. Latent class analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2011;52:334-41.
45. Denys D, de Geus F, van Megen HJ, Westenberg HG. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: factor analysis on clinician-rated scale and a self-report measure. *Psychopathology*. 2004;37(4):181-9.
46. De Silva P, Menzies R, Shafran R. The spontaneous decay of compulsive urges: the case of covert compulsions. *Behav Res Ther*. 2003;41: 129-37.

47. Dollard J and Miller NL. *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. 1950 New York: Mc Graw-Hill.
48. Drummond LM. The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1993;163:223-229.
49. Duggan C, Marks IM, Richards D. Clinical audit of behaviour therapy training of nurses. *Health Trends*. 1992 25:25-30.
50. Du Pont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR. Economic cost of obsessive-compulsive disorder. *Med Interface* 1995;8(4):102-109.
51. Eddy KT, Dutra L, Brandley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2004 24:1011-1030.
52. Edwards S. & Dickerson M. Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology* 1987;60:317-328.
53. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of obsessive-compulsive disorder in quality of life. *Compr Psychiatry* 2006;47(4):270-275.
54. Emmelkamp PMG and Kraanen J. Therapist-controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behav Res Ther*. 1977;15(6):491-495.
55. Emmelkamp MG. *Obsessive-Compulsive Disorders. A clinical research approach*. In I. Hand (Ed.) *Obsessions and Compulsions: Recent advances in Behavioural Analysis and Therapy*. Springer, N.Y, 1982.
56. Emmelkamp PMG, de Hann E and Hoogduin CA. Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatr*. 1990;156:55-60.
57. Feinstein SD, Fallon BA, Petkova E, Liebowitz MR. Item by item factor analysis of the YaleBrown obsessive-compulsive scale symptom checklist. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003;15(2):187-93.
58. First MB, Spitzer RL, Gibbon M and Williams J. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition (SCID-I/P, version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1996.
59. Fisher PL and Wells A. How effective are behavioral and cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther*. 2005 Dec;43(12):1543-1558.

60. Flamment M, Whitaker A., Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K. Obsessive-compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 27:764-771.
61. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and complete response prevention of obsessive-compulsive neurosis. *Behav Ther* 1978; 9:821-829.
62. Foa EB and Kozak MJ. Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In AH Tuma and JD Maser (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders*. pp. 421-452, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985
63. Foa EB, Kozak MJ, Steketee G. and McCarthy PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *Brit J Clin Psychol*. 1992;31:279-292.
64. Foa EB, Abramowitz JS, Franklin ME, Kozak MJ. Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 1999; 30:717-724.
65. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions. *Braz J Psychiatry*. 2005;27(3):201-207.
66. Franklin, M., & Foa, E. Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 367-386). New York: Oxford University Press, 2002.
67. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29:353-370.
68. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: developmental, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.
69. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale II: validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1012-106.
70. Greenacre M. *Correspondence analysis in practice*. 2nd ed. London: Chapman and Hall/ CRC; 2007.
71. Greist JH. The comparative effectiveness of treatment for obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 1998 62(4):65-81.

72. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch MJ et al. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as control. *J Clin Psychiatry*. 2002 Feb;63(2):138-145.
73. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;Jan;34(1):19-27.
74. Hare H, Price J and Slater OT Fertility in obsessional neurosis. *Brit J Psychiatry* 1972;121:197-205.
75. Hodgson RJ and Rachman S. The effects of contamination and washing in Obsessional patients. *Beh Res Therapy* 1972;10:111-117.
76. Hodgson RJ and Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389-395.
77. Hollander E. Managing aggressive behavior in patients with obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;15:38-44.
78. Hornsveldt RH, Kraaimaat FW, van Dam-Baggen RM. Anxiety/discomfort and handwashing in obsessive-compulsive and psychiatric control patients. *Behav Res Ther*. 1979;17(3):223-228.
79. Houghton S, Saxon D, Bradburn M, Rickotts T, Hardy G. The effectiveness of routinely delivered cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a benchmarking study. *Br J Psychol*. 2010;49(4):473-89.
80. IBM Corp. Released 2015, IBM SPSS Statistics for Windows, version 23.0. Armonk, NY:IBM Corp.
81. Jacobson NS and Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(1):12-19.
82. Jemos J. Beck depression inventory, validation in Greek sample. Doctoral Thesis. 1984 Athens University, Medical School, Greece.
83. Jones MK, Menzies RG. Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers: a controlled trial. *Behav Res Ther* 1998; 36:959-970.

84. Kasvikis Y, Skaloubaka D, Tzeranis S, Timoyannaki M, Papadatos Y. First year clinical experience of a new behavioral treatment unit. Demographic and clinical characteristics of attenders. [Talk unavailable online or in an electronic transcript] Paper presented at: 8th World Congress of Psychiatry; 1989 Oct 13-19; Athens, Greece.
85. Kasvikis Y. Assessment of 15 years of services of the behavior treatment unit of Athens. [Talk unavailable online or in an electronic transcript] Paper presented at Annual Meeting of the Hellenic Psychiatric Association; 2004 May 14-18; Kos, Greece.
86. Kasvikis Y, Sotiropoulou V, Mitskidou P, Livanou M and Poulou P. Psychometric properties of the Greek translation of the Marks and Mathews Fear Questionnaire. *Psychiatriki*. 2006;17:314-324.
87. Keijers GP, Hoodguin CA and Shaap CP. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1994 Dec;165(6):781-786.
88. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(3):169–84.
89. Khanna S, Channabasavanna SM. Towards a classification of compulsions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology*. 1987; 20:23-8.
90. Khanna S, Mukherjee D. Checkers and washers: valid subtypes of obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology*. 1992;25:283-8.
91. Korran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):5-53.
92. Κουμαντάνου Ε, Σωτηροπούλου Π, Πούλου Κ και Κασβίκης Γ. Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά 60 Ελλήνων ασθενών με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. *Ψυχιατρική*. 2004;15(3):236-244.
93. Κουμαντάνου Α. Κλίμακα Yale-Brown για την βαθμολόγηση της βαρύτητας και του είδους των συμπτωμάτων ασθενών με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Y-BOCS). Κασβίκης Γ, Βαϊδάκης Ν.

(επιμέλεια). Εκδ: ΜΘΣ – Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Αθήνα 2012.

94. Kozak MJ, Foa E, Steketee G. Process and outcome of exposure treatment with obsessive compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behav Ther* 1988;19(2):157-169.
95. Krochmalik A, Jones MK, Menzies RG. Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing. *Behav Res Ther* 2001; 39:897-912.
96. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurrieta N, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety*. 2008;25:832-838.
97. Lagarde E, Salmi LR, Holm LW, Contrand B, Masson F, Ribereau-Gayon R, et al. Association of symptoms following mild traumatic brain injury with posttraumatic stress disorder vs. post-concussion syndrome. *JAMA Psychiatry*. 2014;7(9):1032-40.
98. Le S, Josse J, Husson F. FactoMineR: an R package for multivariate analysis. *J Stat Softw*. 2008;25(1):1-18.
99. Lebart L, Morrineau A, Warwick KM. Correspondence analysis and related techniques for large matrices. New York: John Wiley and Sons; 1984.
100. Leckman JF, Grice D, Barr LC, deVries ALC, Martin C, Cohen DJ, et al. Tic-related vs. non tic related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety*. 1995;1:208-15.
101. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:911-7.
102. Leckman JF, Zhang H, Alsobrook JP, Pauls DL. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: toward quantitative phenotypes. *Am J Med Genet*. 2001 Jan 8;105(1):28-30.
103. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11:21-33.

104. Lelliott PT, Noshirvani HF, Basoglu M, Marks IM, Monteiro WO. Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychol Med.* 1988 Aug;18(3):697-702.
105. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL and Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry.* 1996 169:101–107.
106. Leopold R and Backenstrass M. Neuropsychological differences between obsessive-compulsive washers and checkers: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2015 Mar;30:48-58.
107. Lewis A. Obsessional disorder. In R. Scott (Ed.) *Price's textbook of the treatment of medicine.* (10th edition), London: Oxford University Press, 1966.
108. Linzer DA, Lewis JB. polCA: an R package for polytomous variable latent class analysis. *J Stat Softw.* 2011;42(10):1-29.
109. Lochner C and Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry.* 2003 May-Jun;11(3):113-132.
110. Lovell K, Marks IM, Noshirvani H, O'Sullivan G. Should treatment distinguish anxiogenic from anxiolytic obsessive-compulsive ruminations? Results of a pilot controlled study and of a clinical audit. *Psychother Psychosom.* 1994 61(3-4):150-155.
111. Lubke GH, Muthén B, Moilanen IK, McGough JJ, Loo SK, Swanson JM, et al. Subtypes versus severity differences in attention-deficit/hyperactivity disorder in the Northern Finnish birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(7):1584-1593.
112. Μαδιανός Μ, Κουναλάκη Α, Μαδιανού Δ, Βλαχονικολής Ι και Στεφανής Κ. Επιδημιολογία των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα: προκαταρκτικά ευρήματα. *Εγκέφαλος.* 1983;20:16-23.
113. Madianos M, Vlahonikolis D, Madianou D and Stefanis K. Prevalence of psychological disorders in the Athens area. *Acta Psychiatr Scand.* 1985;71:479-487.
114. Manley MJ, de Jonge P, Kershaw TS, Desai RA, Lin H, Kasl SV. Association of major depression with subtypes of nicotine dependence

- found among adult daily smokers: a latent class analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104(1-2):126-132.
115. March JS and Leonard HL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In: Swinson RP, Antony MM, Rachman S. and Richter MA.(eds)“Obsessive-compulsive disorder; theory, research and treatment” New York NY:Guilford; 1998:367-396.
 116. Marks IM, Connolly J, Philpott R. *Nursing in behavioural psychotherapy.* London: Royal College of Nursing, 1977.
 117. Marks IM and Mathews AM. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav Res Therapy.* 1979;17:263-267.
 118. Marks IM. *Behavioral psychotherapy: Maudsley pocket book of clinical management.* Bristol, England: Wright/IOP Publishing Behavioral psychotherapy, 1986.
 119. Marks IM. *Behavioural psychotherapy.* Bristol: John Wright (now published by I. Marks, Institute of Psychiatry, London, 1986).
 120. Marks IM. *Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and Their Disorders.* New York:Oxford University Press; 1987.
 121. Marks IM. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Canad J Psychiatry.* 1997 42(10):1021-1027.
 122. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1409-16.
 123. Mataix-Cols D, Baer L, Rauch SL, Jenike MA. Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatr Scand.*2000 102:199-202.
 124. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2002;71:255-262.
 125. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A Multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):228-38.

126. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, Kasai S and Kojima M. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2000 41(4):266-272.
127. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Iwasaki Y, Koshimune K, Ohya K, et al. A comparative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Res.* 2001;105(3):221-229.
128. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F and Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. *Social Psychiatry.* 1986; 21:172-181.
129. Mavreas VG and Bebbington PE. Greeks, Greek-Cypriots and Londoners: a comparison of morbidity. *Psychological Medicine.* 1988;18:433-442.
130. McCutcheon AL. Latent class analysis. Quantitative applications in the social services. Newbury Park: SAGE publications; 1987. Vol. 64.
131. Mc Fall ME, Wollershein JP. Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research.* 1979;3:333-348.
132. McKay D. Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.*2006 Mar;37(1):53-59.
133. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2015;227:104-113.
134. McLean PD, Whittal ML, Thordason DS and Taylor S. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Psychol.* 2001;69(2):205-214.
135. Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Therapy.* 1966 Nov;4(4):273-280.
136. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord.* 2004;79:241-6.

137. Mitchell-Heggs N, Kelly D and Richardson A, A stereotactic limbic leucotomy. A follow up at 16 months. *Brit J Psychiatr.* 1976 128:226-240.
138. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian H, Afzali HM, Naghavi HR, Yazdi SA, Saberi SM. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry.* 2004; 14(4):2.
139. Morey RD, Rouder JN. BayesFactor: Computation of bayes factors for common designs. R package version 0.9.12-4.2. [published 2018 May 19]. Available from: <https://CRAN.Rproject.org/package=BayesFactor>.
140. Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, Katenkamp B, Farfhumand R, Hand I. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2004 Feb;42(2):217-227.
141. Mowrer OH. A stimulus response theory. *Psychological Review.* 1939;46:553-565.
142. Mowrer OH. Basic research methods, statistics and decision theory. *Am J Occup Ther.* 1960;Jul-Aug;14:199-205.
143. Mundt J, Marks I, Shear K and Greist J. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry.* 2002 May;180:461-464.
144. Μυτσκίδου Πασχαλιά. Θεραπεία Συμπεριφοράς Διαταραχών Άγχους: Η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας, της συνεργασιμότητας σε στόχους μεταξύ των συνεδριών και του θεραπευτικού αποτελέσματος. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Πολιτικών και Κοινωνικών Επιστημών (Τμήμα Ψυχολογίας), Αθήνα 2008.
145. Nakagawa A, Marks IM, Takei N, DeAraujo LA, Ito LM. Comparisons among the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Compulsion Checklist and other measures of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1996 Jul;169(1):108-112.
146. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body-dysmorphic disorder. Leicester, UK: British Psychological Society; 2006. NICE clinical guidelines, No.31.

147. Nestaltdt G, Addington A, Samuels J, Liang KY, Bienvenu OJ, Riddle M, et al. The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*. 2003;53:914-20.
148. Nestaltdt G, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT, et al. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychol Med*. 2009;39(9):1491-501.
149. Norman RM, Davies F, Malla AK, Cortese L, Nicholson IR. Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *Br J Clin Psychol*. 1996;35:553-566.
150. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F and Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1991;158:260-263.
151. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Beh Res Ther*. 1997;35:667-681.
152. Oliveira SE, Esteves F, Carvalho H. Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Res*. 2015;229:167-173.
153. Pazuniak M and Perkul SR. Obsessive-compulsive disorder in autism spectrum disorder across the lifespan. *Psychiatr Clin North Am*. 2020 Dec;43(4):745-758.
154. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive-Compulsive Disorder Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(5):703-711.
155. Pinto A, Eisen JL, Mancebo MC, Greenberg BD, Stout RL, Rasmussen SA. Taboo thoughts and doubt/checking: a refinement of the factor structure for obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry Res*. 2007;151(3):255-258.
156. Pinto A, Greenberg BD, Grados MA, Bienvenu 3rd OZ, Samuels JF, Murphy DL et al. Further development of YBOCS dimensions in the OCD

- Collaborative Genetics study: symptoms vs. categories. *Psychiatry Res.* 2008 Jul 15;160(1):83-93.
157. Politis S, Magklara K, Petrikis P, Michalis G, Simos G, Skapinakis P. Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017 Sep;21(3):188-94.
158. Πούλου Κ. Έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του Ερωτηματολογίου Φόβου σε Ελληνικό κλινικό δείγμα. Πτυχιακή εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, 2001.
159. Primakoff L, Epstein N, Covi L. Homework Compliance: An Uncontrolled Variable in Cognitive Therapy Outcome Research. *Behavior Therapy.* 1986; 17:433–446.
160. Rabavilas AD, Boulougouris JC. Physiological accompaniments of ruminations, flooding and thought-stopping in obsessive patients. *Behav Res Ther.* 1974 Sep;12(3):239-243.
161. Rabavilas AD, Boulougouris JC, Stefanis C. Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behav Res Ther.* 1976;14:349-355.
162. Rachman S, Hodgson JR and Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther.* 1971; 9:237-247.
163. Rachman S. *The effects of psychotherapy.* 1971 Oxford: Pergamon Press.
164. Rachman S. Primary obsessional slowness. *Behav Res Ther.* 1974;12:9-18.
165. Rachman S. Obsessional-compulsive checking. *Behav Res Therapy.* 1976 14:269-277.
166. Rachman S. and de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978; 16(4):233-248.
167. Rachman S and Hodgson JR. *Obsessions and compulsions.* 1980 Century Psychology series, Prentice Hall
168. Rachman S and Wilson GT. *The effects of psychological therapy.* Oxford 1980, Pergamon Press.

169. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behav Res Ther.* 2002 Jun;40(6):625-639.
170. Rachman S, Radomsky AS and Shafran R. Cognitive-behaviour therapy for OCD. Pre-conference institute, EABCT Conference, Thessaloniki, Sept. 2005.
171. R Core Team. A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2021. [https:// www.R-project.org/](https://www.R-project.org/).
172. Radomsky AS and Rachman S. Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Beh Res Ther.* 1999 37:605-618.
173. Rapoport JL. Recent advances in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 1991 5:1-10.
174. Rasmussen SA, Eisen JL. Phenomenology of OCD: clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. In: Zohar Y, Insel TR, Rasmussen SA, eds. *Psychobiology of OCD*. New York: Springer-Verlag, 1991:13-43.
175. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, editors. *Obsessive-Compulsive Disorders: Practical Management*. 3rd edition, Mosby; Boston:12-43, 1998.
176. Ratnasuriya RH, Marks IM, Forshaw DM, Hymas NF. Obsessive slowness revisited. *Br J Psychiatry.* 1991;159:273-4.
177. Reed GE. *Obsessional experience and compulsive behavior: A cognitive-structural approach*. Orlando FL, Academic Press, 1985.
178. Riggs DA, Hiss H and Foa EB. Marital distress and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Beh Ther.* 1992; 23:585-597.
179. Roper G, Rachman S, Hodgson R. An experiment of obsessional checking. *Behav Res Ther.* 1973 Aug;11(3):271-277.
180. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158: 1899-1903.
181. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:440-446.

182. Salkovskis PM. Obsessional compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Beh Res Ther* 1985;23:571-583.
183. Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor analytic study. *Behav Res Ther.* 1999;37:297-311.
184. Sher KJ, Frost RO and Otto R. Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Beh Res Ther* 1983, 21:357-364.
185. Sher KJ, Frost RO, Kushner M, Crews TM and Alexander JE. Memory deficits in compulsive checkers: Replication and extension in a clinical sample. *Beh Res Ther.* 1989 27(1):65-69.
186. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and socio-demographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry.* 2013; 13(13):163.
187. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016 Aug;3(8):730-739.
188. Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg N, Salkovskis P, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technol Assess.* 2016 Jun;20(43):1-392.
189. Skapinakis P, Politis S, Karampas A, Petrikis P, Mavreas V. Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019;23(3):215–24.
190. Skoog G and Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Feb;56(2):121-127.
191. Steiner J. A questionnaire study of risk-taking in psychiatric patients. *Br J Med Psychol.* 1972 45:365-374.

192. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. New York: Oxford University Press; 2005.
193. Starcevic V, Brakoulias V. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? Aust N Z J Psychiatry. 2008;42:651-61.
194. Steketee GS, Grayson JB, Foa EB. Obsessive-compulsive disorder: differences between washers and cleaners. Behav Res Therapy. 1985;23(2):197-201.
195. Steketee GS. Treatment of obsessive-compulsive disorder. Guilford, New York, 1993.
196. Stern RS and Cobb JR. Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. Brit J Psychiatry. 1978 132:233-239.
197. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps ME. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behaviour modification treatment of obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry. 1996 53:109-113.
198. Stanley MA and Turner SM. Current status of pharmacological and behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. Behav Ther. 1995;26(1):163-186.
199. Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factoranalytic study. Behav Res Ther. 1999;37:297-311.
200. Sun J, Bi J, Chan G, Oslin D, Farrer L, Gelernter J, et al. Improved methods to identify stable, highly heritable subtypes of opioid use and related behaviors. Addict Behav. 2012;37:1138-1144.
201. Σωτηροπούλου Παρασκευή. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας μονάδας εξωτερικών ιατρείων ψυχοθεραπείας διαταραχών παθολογικού άγχους και ανάλυση κόστους-ωφέλειας. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Πολιτικών και Κοινωνικών Επιστημών (Τμήμα Ψυχολογίας), Αθήνα 2005.
202. Tadaï T, Nakamura M, Okazadi S, Nakajima T. The prevalence of obsessive-compulsive disorder in Japan: a study of students using the

- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and DSM-III-R. *Psychiatry Clin Neuroscience*. 1995 49(1):39-41.
203. Taylor S. Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity and sensitivity to treatment effects. *Clin Psychol Rev*. 1995;15:261-296.
204. Taylor S. Early versus late onset obsessivecompulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(7):1083-100.
205. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2001;104(2):99-108.
206. Theodorou V.N. Changes in Work and Social Adjustment Scale after behavioral treatment in patients with anxiety disorders. Hellenic Open University Library: Patra (in Greek), 2013.
207. Thomsen PH, Jensen J. Latent class analysis of organic aspects of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84(4):391-395.
208. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):233-242.
209. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Brugha D, Coid JW, et al. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder. Evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:862-867.
210. van den Hout M, Kindt M. Repeated checking causes memory distrust. *Behav Res Ther* 2003; 41:301-316.
211. Van Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp PM. The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther*. 1995;33(1):15-23.
212. Walker VJ. Explanation in obsessional neurosis. *Brit G Psychiat*. 1973; 123:675-680.
213. Warren R, Thomas JC. Cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: an effectiveness study. *J Anxiety Disord*. 2001;15:277-85.
214. Whittal ML, Thordarson DS, MvLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive-behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther*, 2005 Dec;43(12):1559-1576.

215. Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013;46(6):365-76.
216. World Health Organization. The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines WHO: Library Cataloguing in Publication Data, 1992.
217. World Health Organization. Process of translation and adaption of instruments. WHO: Guidelines on translation, 2016.
www.who.int/.../translation/en/.
218. Wurpts IC, Geiser C. Is adding more indicators to a latent class analysis beneficial or detrimental? results of a Monte-Carlo study. *Front Psychol*. 2014;5:920.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΡΧΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Όνομα:

Ηλικία:

Οικογενειακή κατάσταση:

Διεύθυνση κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Επάγγελμα:

Λόγοι παραπομπής και παραπέμπουσα υπηρεσία:

Κύρια διάγνωση:

Συνοδές διαγνώσεις:

Κύριο Πρόβλημα

Ποιός είναι ο λόγος για τον οποίο μας επισκεφτήκατε; (καταγράφουμε λόγια ασθενή)

(Σωματικά συμπτώματα άγχους): Τι αισθάνεστε στο σώμα σας που σας ανησυχεί;

(Κρίσεις πανικού): Υπάρχουν φορές που να αισθάνεστε όλα τα σωματικά συμπτώματα άγχους ταυτόχρονα στη μεγαλύτερη ένταση και να σκέφτεστε ότι κάτι κακό θα σας συμβεί; (αν ναι, πόσο συχνά σας συμβαίνει; Πότε έχετε παρατηρήσει να συμβαίνει πιο συχνά;)

(Φόβος): Τι φοβόσαστε ότι θα πάθετε όταν αισθάνεστε αυτά τα σωματικά συμπτώματα; Τι περνάει από το μυαλό σας; (Μήπως πάθετε καρδιακό επεισόδιο, εγκεφαλικό, λιποθυμήσετε, χάσετε τον έλεγχο, γίνετε ρεζίλι;)

(Ιδεοληψίες): Έχετε ενοχλητικές σκέψεις/φόβους/αμφιβολίες που να έρχονται απρόσκλητα στο μυαλό και να επιμένουν, όσο κι αν προσπαθείτε να τις διώξετε; Σας προκαλούν άγχος, δυσφορία;

(Τελετουργίες): Τι κάνετε όταν έχετε αυτές τις σκέψεις που σας αγχώνουν; Υπάρχουν κάποιες συμπεριφορές που κάνετε ξανά και ξανά και δυσκολεύεστε να τις διακόψετε; (π.χ. να πλένετε πολλές φορές τα χέρια σας, να μετράτε μέχρι έναν συγκεκριμένο αριθμό, να ελέγχετε επαναλαμβανόμενα τις ηλεκτρικές συσκευές κλπ)

(Εξωτερικά ερεθίσματα): Τι αν κάνετε είναι ικανό να σας πυροδοτήσει άγχος ή και κρίση πανικού; (π.χ. το να βρίσκεστε μέσα στο λεωφορείο, να τρώτε μπροστά σε άλλους κλπ)

(Ιδιοδεκτικά ερεθίσματα): Τι αν νιώσετε στο σώμα σας είναι ικανό να σας προκαλέσει άγχος ή και κρίση πανικού; (ταχυπαλμία, ζαλάδα κλπ). Ποιό είναι το πρώτο πράγμα που αισθάνεστε στο σώμα σας;

(Αποφυγές): Τι αποφεύγετε να κάνετε τώρα που ήσαστε σε θέση να κάνετε στο παρελθόν από φόβο μήπως αισθανθείτε δυσάρεστα ή γίνει αυτό που φοβόσαστε; (Δεν παίρνετε το λεωφορείο, δεν τρώτε μπροστά σε άλλους κλπ)

(Ασφάλειες): Υπάρχουν πράγματα ή άνθρωποι που σας κάνουν να αισθάνεστε πιο ασφαλής όταν χρειάζεται να αντιμετωπίσετε μια φοβογόνο κατάσταση; (Προτιμάτε να βγαίνετε έξω με τον σύζυγο ή κάποιον άλλο άνθρωπο του περιβάλλοντός σας; Έχετε πάντα μαζί σας νερό ή ηρεμιστικά; έχετε κάποιο φυλαχτό;)

(Επίδραση): Ποιά είναι η επίδραση του προβλήματος που μας περιγράφετε στην καθημερινή ζωή; (στη δουλειά, στο σπίτι, στις σχέσεις σας με τους άλλους ανθρώπους, στη διασκέδασή σας κλπ)

(Φάρμακα): Παίρνετε κάποια φάρμακα για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα; (Αν ναι, ποια είναι αυτά και ποιος σας τα συνταγογράφησε; Πότε αρχίσατε;) και Πίνετε για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα; (Αν ναι, πόσο και πότε; Πότε αρχίσατε;)

Ιστορικό κύριου προβλήματος:

(Έναρξη): Πότε έκανε την εμφάνισή του το πρόβλημα που μας περιγράφετε; (Πότε αισθανθήκατε πρώτη φορά έντονο άγχος ή και κρίση πανικού; Πότε αρχίσατε να τελετουργείτε;)

(Περιστάσεις κατά την έναρξη): Τι συνέβαινε στη ζωή σας εκείνη την εποχή;

(Διακυμάνσεις στον χρόνο): Υπήρξαν αλλαγές στην ένταση των συμπτωμάτων μέσα στο χρόνο; Πότε παρατηρήσατε να είναι πιο εύκολη ή πιο δύσκολη για σας η κατάσταση;

(Άλλες θεραπείες): Πριν έρθετε σε μας έχετε ακολουθήσει άλλες θεραπείες για το πρόβλημα; (Αν ναι, τι είδους, για πόσο καιρό, πότε, ποιά ήταν τα αποτελέσματα;)

(Άλλα προβλήματα): Υπάρχουν άλλα προβλήματα υγείας; (π.χ. θυρεοειδής κλπ)

Κοινωνικές συνθήκες

(Σπίτι):

(Δουλειά):

(Διασκέδαση):

Προσωπικότητα

Πώς θα σας περιέγραφε κάποιος που σας ξέρει καλά;

Υπάρχει επίδραση στον χαρακτήρα σας από το πρόβλημα που μας περιγράφετε;

Οικογενειακό Ιστορικό

Μητέρα (ηλικία, εργασία):

Πατέρας (ηλικία, εργασία):

Αδέλφια (ηλικία, εργασία, οικογενειακή κατάσταση):

Υπάρχει ή υπήρχε κάποιος στην οικογένειά σας που να αντιμετωπίζει κάποιο ψυχιατρικό ή ψυχολογικό πρόβλημα; (Αν ναι, θεραπείες, χρόνοι, τόποι)

Ατομικό ιστορικό

Τόπος γέννησης:

Τόπος που μεγάλωσε:

Πρώτα του παιδικά χρόνια:

Κλίμα μέσα στην οικογένεια (σχέσεις των γονιών μεταξύ τους, σχέσεις με τα αδέλφια, οικογενειακό κλίμα γενικότερα):

Σχολείο (καλός/ κακός μαθητής, σχέσεις με συμμαθητές, σχολικό άγχος):

Σημαντικά γεγονότα ζωής (υπήρχε κάποιο γεγονός (οικονομικής φύσης, κάποιος θάνατος) που να θυμόσαστε ιδιαίτερα;)

Εργασία: Ποιά ήταν η πρώτη σας εργασία; Τι επαγγελματική εμπειρία υπάρχει; Απολύθηκε ή παραιτήθηκε ποτέ από δουλειά; (Αν ναι, για ποιούς λόγους;)

Ιστορικό ερωτικής ζωής

Ηλικία ήβης (για τις γυναίκες):

Πότε ήταν η πρώτη σεξουαλική σας εμπειρία; Ήταν ευχάριστη; Αντλήσατε ευχαρίστηση; Πόσοι συνολικά ερωτικοί σύντροφοι υπήρξαν;

(Τώρα): Υπάρχει σεξουαλική ζωή; Είναι ευχάριστη; Υπάρχουν οργασμοί; Ποιά είναι η συχνότητα των σεξουαλικών συνευρέσεων; (Είναι ικανοποιητική;) Υπάρχει κάτι που σας προβληματίζει;

Οικογενειακή κατάσταση

Σύζυγος: (ηλικία, επάγγελμα, διάρκεια γάμου, κοινές δραστηριότητες, σχέδια για το μέλλον)

Παιδιά: (ηλικίες, φύλα):

ΤΩΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ

Γενικά:

Εμφάνιση, ντύσιμο, ομιλία, επαφή με τον θεραπευτή

Συναίσθημα:

Ποιότητα:

Σταθερότητα:

Ένταση:

Προσφορότητα:

Διάρκεια:

Ύπνος:

Ορεξη:

Σκέψη:

Δομή και οργάνωση:

Ροή:

Έλεγχος – κατοχή:

Περιεχόμενο:

Σχέση με την πραγματικότητα

Παράξενες ιδέες, εμπειρίες, πιστεύω, εναισθησία. Στάση απέναντι στο πρόβλημα.

Προσανατολισμός:

Στον χώρο:

Στον χρόνο:

Μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση:

Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή σε σας σε ό,τι αφορά την μνήμη σας, την προσοχή, ή την συγκέντρωσή σας;

(Βρίσκετε δύσκολο να διαβάσετε ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση σε σχέση με το παρελθόν:)

Σύνοψη:

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ Y-BOCS
(Y-BOCS Symptom Checklist)**

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (Y- BOCS SYMPTOM CHECKLIST)

Όνοματεπώνυμο:

Ημερ/νια:

		Παρόν	Παρελθόν
	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ		
1	Φόβος μήπως κάνει κακό στον εαυτό του		
2	Φόβος μήπως κάνει κακό σε άλλους		
3	Έχει βίαιες ή φρικιαστικές εικόνες		
4	Φόβος μήπως ξεστομίσει αισχρολογίες ή ύβρεις		
5	Φόβος μήπως κάνει κάτι που θα τον φέρει σε δύσκολη θέση		
6	Φόβος μήπως πραγματοποιήσει ανεπιθύμητες παρορμήσεις (π.χ. μήπως μαχαιρώσει τον φίλο του)		
7	Φόβος μήπως κλέψει		
8	Φόβος μήπως κάνει κακό σε άλλους επειδή δεν είναι αρκετά προσεκτικός		
9	Φόβος μήπως ευθύνεται για κάτι άλλο φοβερό που θα συμβεί (π.χ. πυρκαγιά ή διάρρηξη)		
10	Άλλο		
	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΜΟΛΥΝΣΗΣ		
11	Ανησυχία ή αηδία για σωματικά απόβλητα ή εκκρίσεις (π.χ. ούρα, περιττώματα, σάλια)		
12	Ανησυχία για τη βρωμιά ή τα μικρόβια		
13	Υπέρμετρη ανησυχία για παράγοντες μόλυνσης από το περιβάλλον		
14	Υπέρμετρη ανησυχία για ουσίες οικιακής χρήσης (π.χ. καθαριστικά, διαλύτες)		
15	Υπέρμετρη ανησυχία για τα ζώα (π.χ. έντομα)		
16	Ενοχλείται από κολλώδεις ουσίες ή υπολείμματα		
17	Ανησυχεί μήπως μολυνθεί και κολλήσει (κάποια) αρρώστια		
18	Ανησυχεί μήπως μολύνει άλλους και αρρωστήσουν		
19	Δεν ανησυχεί για τις συνέπειες της μόλυνσης παρά μόνο για το πως θα αισθανθεί εξαιτίας της		
20	Άλλο		
	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ		
21	Απαγορευμένες ή παρεκκλίνουσες σεξουαλικές σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις		
22	Το περιεχόμενο των ιδεοληπιών σχετίζεται με παιδιά ή αιμομιξία		
23	Το περιεχόμενο των ιδεοληπιών σχετίζεται με ομοφυλοφιλία(*)		
24	Σεξουαλική συμπεριφορά προς άλλους (επιθετικός) (*)		
25	Άλλο		
	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΑΠΟΘΗΣΑΥΡΙΣΗΣ/ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗΣ (να διαχωριστούν από τα χόμπυ και το ενδιαφέρον για συλλογές π.χ. νομίσματα, αντικείμενα συναισθηματικής αξίας)		
26			

	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ (Ηθικής ευπρέπειας)		
27	Υπερβολική ενασχόληση με την ιεροσουλία και τη βλασφημία		
28	Υπερβολική ενασχόληση με το σωστό/λάθος, την ηθική		
29	Άλλο		
	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ		
30	Συνοδεύονται από μαγικού τύπου σκέψεις (π.χ. ανησυχία μήπως η μητέρα πάθει ατύχημα αν τα πράγματα δεν είναι στη σωστή τους θέση)		
31	Δεν συνοδεύονται από μαγικού τύπου σκέψεις		
	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΛΛΕΣ ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ		
32	Ανάγκη να γνωρίζει ή να θυμάται		
33	Φόβος μήπως πει συγκεκριμένα πράγματα		
34	Φόβος μήπως δεν πει ακριβώς το σωστό		
35	Φόβος μήπως χάσει πράγματα		
36	Παρεισφρυτικές (μη βίαιες) εικόνες		
37	Παρεισφρητικοί ήχοι, λέξεις ή μουσικές (ακόμα και χωρίς νόημα)		
38	Ενοχλείται από συγκεκριμένους ήχους ή θορύβους (*)		
39	Τυχεροί / άτυχοι αριθμοί		
40	Χρώματα με ειδική σημασία		
41	Φόβοι σχετικοί με προλήψεις		
42	Άλλο		
	ΙΔΕΟΛΗΨΙΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ		
43	Έντονη ενασχόληση με αρρώστιες *		
44	Έντονη ενασχόληση με μέρη του σώματος ή θέματα εμφάνισης (π.χ. δυσμορφοφοβία) *		
45	Άλλο		
	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ/ΠΛΥΣΙΜΑΤΟΣ		
46	Υπερβολικό ή τελετουργικό πλύσιμο των χεριών		
47	Υπερβολικό ή τελετουργικό ντους, μπάνιο, πλύσιμο δοντιών, περιποίηση ενδυμάτων ή καθημερινή τουαλέτα		
48	Καταναγκασμοί που σχετίζονται με τον καθαρισμό αντικειμένων οικιακής χρήσης (ή άλλων άψυχων αντικειμένων)		
49	Άλλα μέτρα για να προληφθεί ή αποτραπεί η επαφή με μολυσμένα αντικείμενα		
50	Άλλο		
	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ		
51	Έλεγχοι σε κλειδαριές, φούρνους, ηλεκτρικές συσκευές κλπ.		
52	Έλεγχοι ότι δεν έβλαψε ή δεν θα βλάψει άλλους		
53	Έλεγχοι ότι δεν έβλαψε ή δεν θα βλάψει τον εαυτό του		
54	Έλεγχοι ότι τίποτε φοβερό δεν έγινε ή πρόκειται να γίνει		
55	Έλεγχοι ότι δεν έκανε λάθος		
56	Έλεγχοι που συνδέονται με σωματικές ιδεοληψίες		
57	Άλλο		

	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗΣ		
58	Επανάληψη ανάγνωσης ή γραψίματος		
59	Ανάγκη να επαναλάβει δραστηριότητες ρουτίνας (π.χ. άνοιγμα/κλείσιμο πόρτας, σήκωμα/κάθισμα από καρέκλα)		
60	Άλλο		
	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ		
61			
	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ ΤΑΞΗΣ / ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗΣ		
62			
	ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ ΑΠΟΘΗΣΑΥΡΙΣΗΣ/ ΠΑΡΑΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗΣ (να διαχωριστούν από τα χόμπυ και το ενδιαφέρον για συλλογές π.χ. νομίσματα, αντικείμενα συναισθηματικής αξίας, όπως προσεκτικό διάβασμα άχρηστης αλληλογραφίας, συσσώρευση παλιών αποκομμάτων εφημερίδων, ψάξιμο σκουπιδιών, συσσώρευση άχρηστων, ευτελών αντικειμένων)		
63			
	ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΑΛΛΟΙ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ		
64	Νοητικές τελετουργίες (εκτός από έλεγχο, μέτρημα)		
65	Υπερβολική κατάρτιση καταλόγων		
66	Ανάγκη να πει, να ρωτήσει ή να εξομολογηθεί		
67	Ανάγκη να αγγίξει, να χτυπήσει ελαφρά ή να τρίψει (*)		
68	Τελετουργίες που έχουν σχέση με βλεφαρισμό ή γούρλωμα των ματιών		
69	Προληπτικά μέτρα (όχι έλεγχοι) για την αποτροπή: βλάβης στον ίδιο....., βλάβης σε άλλους....., τρομερών συνεπειών.....		
70	Τελετουργικές συμπεριφορές πρόσληψης τροφής (*)		
71	Συμπεριφορές σχετικές με προλήψεις		
72	Τριχοτιλλομανία (*)		
73	Άλλες αυτο – ζημιογόνες ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές		
74	Άλλο		

(*) ερωτήσεις με αυτό το σήμα μπορεί να μην αποτελούν συμπτώματα μόνο της ΙΨΔ

© Wayne K. Goodman, M.D.

© Για την Ελληνική μετάφραση: Λία Κουμαντάνου και Γιάννης Κασβίκης.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΙΔΕΟΛΗΨΙΩΝ -
ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΩΝ (Y-BOCS)**

ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΙΔΕΟΛΗΨΙΩΝ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΩΝ (Υ – BOCS)

Όνομα:

Ημερομηνία:

1	Χρόνος που καταναλώνεται σε ιδεοληψίες	Καθόλου (0 ώρα) 0	Ελάχιστος (0-1 ώρα) 1	Μέτριος (>1 ως 3 ώρες) 2	Πολύς (>3 ως 8 ώρες) 3	Υπερβολικός (>8 ώρες) 4
1b	Διάστημα ελεύθερο ιδεοληψιών (δεν υπολογίζεται στα επιμέρους ή το συνολικό σκορ)	Καθόλου συμπτώματα 0	Μεγάλο 1	Μέτρια Μεγάλο 2	Μικρό 3	Υπερβολικά μικρό 4
2	Επίπτωση από τις ιδεοληψίες	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4
3	Δυσφορία από τις ιδεοληψίες	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4
4	Αντίσταση στις ιδεοληψίες	Αντιστέκεται πάντα 0	Σοβαρή 1	Μέτρια 2	Ήπια 3	Ενδίδει τελείως 4
5	Έλεγχος των ιδεοληψιών	Πλήρης 0	Ισχυρός 1	Μέτριος 2	Ελάχιστος 3	Καθόλου 4

ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ ΙΔΕΟΛΗΨΙΩΝ: προσθέστε τα θέματα 1 ως 5 (0 – 20).....

6	Χρόνος που καταναλώνεται σε καταναγκασμούς	Καθόλου (0 ώρα) 0	Ελάχιστος (0-1 ώρα) 1	Μέτριος (>1 ως 3 ώρες) 2	Πολύς (>3 ως 8 ώρες) 3	Υπερβολικός (>8 ώρες) 4
6b	Διάστημα ελεύθερο καταναγκασμών (δεν υπολογίζεται στα επιμέρους ή το συνολικό σκορ)	Καθόλου συμπτώματα 0	Μεγάλο 1	Μέτρια Μεγάλο 2	Μικρό 3	Υπερβολικά μικρό 4
7	Επίπτωση από τους καταναγκασμούς	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4
8	Δυσφορία από τους καταναγκασμούς	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4
9	Αντίσταση στους καταναγκασμούς	Αντιστέκεται πάντα 0	Σοβαρή 1	Μέτρια 2	Ήπια 3	Ενδίδει τελείως 4
10	Έλεγχος των καταναγκασμών	Πλήρης 0	Ισχυρός 1	Μέτριος 2	Ελάχιστος 3	Καθόλου 4

ΥΠΟΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΩΝ: προσθέστε τα θέματα 6 ως 10 (0 – 20).....

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: προσθέστε τα θέματα 1 ως 10 (0 – 40).....

11	Εναισθησία	Εξαιρετική 0	Καλή 1	Αρκετή 2	Φτωχή 3	Απουσιάζει 4		
12	Αποφυγή	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4		
13	Αναποφασιστικότητα	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4		
14	Παθολογική Υπευθυνότητα	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4		
15	Επιβράδυνση	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4		
16	Παθολογική Αμφιβολία	Καμία 0	Ήπια 1	Μέτρια 2	Σοβαρή 3	Υπερβολική 4		
17	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0	1	2	3	4	5	6
18	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ	0	1	2	3	4	5	6
19	Αξιοπιστία	Πολύ καλή = 0		Καλή = 1		Μέτρια = 2		Κακή = 3

Διακύμανση βαρύτητας ΙΨΔ: 0-7 υποκλινική, 8-15 ήπια, 16-23 μέτρια, 24-31σοβαρή, 32-40 πολύ σοβαρή.

Η βαθμολόγηση περιλαμβάνει παρατηρήσεις κατά τις συνεντεύξεις και την αξιολόγηση κάθε συμπτώματος κατά τις τελευταίες 7 μέρες.

© Για την Ελληνική μετάφραση: Λία Κουμαντάνου και Γιάννης Κασβίκης.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΥ
ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΥ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ

Όνοματεπώνυμο.....Αριθ. Φακέλου.....

Εξεταστής.....Ημερομηνία.....

Οδηγίες: Τα παρακάτω είναι μια σειρά από δραστηριότητες στις οποίες οι άνθρωποι με τα δικά σου προβλήματα αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Απάντησε παρακαλώ σε κάθε ερώτηση βάζοντας ένα **v** στον αντίστοιχο αριθμό.

0 = δεν έχω προβλήματα με αυτή τη δραστηριότητα – μου παίρνει περίπου τον ίδιο χρόνο όπως σε όλους τους ανθρώπους. Δεν χρειάζεται να την επαναλάβω ή να την αποφύγω			
1 = αυτή η δραστηριότητα μου παίρνει περίπου <u>διπλάσιο</u> χρόνο από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει να την επαναλάβω <u>δύο</u> φορές και <u>μάλλον</u> την αποφεύγω			
2 = αυτή δραστηριότητα μου παίρνει <u>τριπλάσιο</u> χρόνο από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει να την επαναλάβω <u>τρεις</u> ή περισσότερες φορές ή <u>συνήθως</u> την αποφεύγω			
3 = είναι αδύνατο να τελειώσω ή να επιχειρήσω αυτή τη δραστηριότητα <i style="text-align: center;">Δραστηριότητες:</i>			
			Να κάνω ντους ή μπάνιο
			Να πλύνω το πρόσωπο και τα χέρια
			Περιποίηση μαλλιών (λούσιμο, χτένισμα)
			Βούρτσισμα δοντιών
			Να ντυθώ και να ξεντυθώ
			Να πηγαίνω στην τουαλέτα για ούρηση
			Να πηγαίνω στην τουαλέτα για αφόδευση
			Να αγγίζω ή να αγγίζομαι από ανθρώπους
			Να αγγίζω σκουπίδια και σκουπιδοτενεκέδες
			Πλύσιμο ρούχων
			Πλύσιμο πιάτων
			Ετοιμασία και μαγείρεμα φαγητού
			Καθαριότητα του σπιτιού
			Να βάζω τάξη στα πράγματα

0 = δεν έχω προβλήματα με αυτή τη δραστηριότητα – μου παίρνει περίπου τον ίδιο χρόνο όπως σε όλους τους ανθρώπους. Δεν χρειάζεται να την επαναλάβω ή να την αποφεύγω			
1 = αυτή η δραστηριότητα μου παίρνει περίπου <u>διπλάσιο</u> χρόνο από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει να την επαναλάβω <u>δύο</u> φορές και <u>μάλλον</u> την αποφεύγω			
2 = αυτή δραστηριότητα μου παίρνει <u>τριπλάσιο</u> χρόνο από ότι στους περισσότερους ανθρώπους. Πρέπει να την επαναλάβω <u>τρεις</u> ή περισσότερες φορές ή <u>συνήθως</u> την <u>αποφεύγω</u>			
3 = Είναι αδύνατο να τελειώσω ή να επιχειρήσω αυτή τη δραστηριότητα <i>Δραστηριότητες:</i>			
			Να ετοιμάζω, να στρώνω κρεβάτια
			Να καθαρίζω παπούτσια
			Να αγγίζω χερούλια από πόρτες
			Να αγγίζω τα γεννητικά μου όργανα ή άλλων (κατά τη διάρκεια σεξουαλικής πράξης ή σχέσης)
			Να επισκέπτομαι νοσοκομεία
			Να ανοιγοκλείνω φώτα ή βρύσες
			Να κλείνω ή να κλειδώνω πόρτες ή παράθυρα
			Να χρησιμοποιώ ηλεκτρικές συσκευές
			Να κάνω λογαριασμούς
			Να πηγαίνω στη δουλειά μου
			Να κάνω τη δουλειά μου
			Να γράφω
			Να συμπληρώνω φόρμες
			Να ταχυδρομώ γράμματα
			Να διαβάζω
			Να περπατώ στο δρόμο
			Να ταξιδεύω με συγκοινωνία ή αυτοκίνητο
			Να προσέχω παιδιά
			Να τρώω σε εστιατόρια
			Να πηγαίνω σε δημόσιες τουαλέτες
			Να είμαι συνεπής στα ραντεβού μου
			Να πετάω άχρηστα πράγματα
			Να αγοράζω πράγματα στα μαγαζιά
ΣΥΝΟΛΟ:			

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ
(BDI)**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ(Α)

Όνομα.....Αριθ. Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημερομηνία.....

Παρακαλούμε να βάλετε μόνο έναν κύκλο μπροστά στην απάντηση που εκφράζει καλύτερα πως αισθάνεστε. Σημειώστε μία απάντηση από κάθε ενότητα.

- A. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος
1. Αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός
2α. Είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
2β. Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
3. Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω
- B. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυνμένος για το μέλλον
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
2α. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
2β. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
3. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν
- Γ. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2α. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξία λόγου
2β. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
3. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος – μητέρα)
- Δ. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος
1α. Αισθάνομαι βαριεστημένος σχεδόν όλη την ώρα
1β. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
3. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι
- E. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία
2α. Αισθάνομαι πολύ ένοχος
2β. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
3. Αισθάνομαι ότι είμαι πού κακός ή ανάξιος
- Z. 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3α. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
3β. Θέλω να τιμωρηθώ

- H. 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1α. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
1β. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
3. Μισώ τον εαυτό μου
- Θ. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου
2α. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
2β. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει
- I. 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
2α. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
2β. Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
2γ. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
3. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα
- K. 0. Δεν κλαίω συχνότερα από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι συνήθως
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν το θέλω
- Λ. 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος από ότι συνήθως
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο από ότι συνήθως
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως
- M. 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους από ότι συνήθως
2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστεύσει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς
- N. 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα
1. Τώρα τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση

- Ξ. 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε
1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός
 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός
 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός
- Ο. 0. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα
- 1α. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά
 - 1β. Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα
 2. Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
 3. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ
- Π. 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε
 2. Ξυπνώ το πρωί 2 – 3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο
- Ρ. 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτε
- Σ. 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη
- Τ. 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά
- Υ 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα
 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο
 3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι
- Φ 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες) από ότι συνήθως
 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες)
 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ**

Όνοματεπώνυμο.....Αριθ. Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημερομηνία.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Η ικανότητά μου για δουλειά έχει μειωθεί εξαιτίας του προβλήματός μου:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		ελαφρά		σίγουρα		έντονα		πολύ σοβαρά, δεν μπορώ να δουλέψω

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΠΙΤΙΟΥ

Η φροντίδα του σπιτιού (καθαριότητα, τακτοποίηση, ψώνια, μαγείρεμα, φροντίδα παιδιών, λογαριασμοί) έχει μειωθεί εξαιτίας του προβλήματός μου:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		ελαφρά		σίγουρα		έντονα		πολύ σοβαρά, δεν μπορώ καθόλου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

Η κοινωνική μου διασκέδαση (με άλλους ανθρώπους π.χ. πάρτυ, εστιατόρια, ταβέρνες, να βγαίνω έξω, να καλώ, επισκέψεις, ραντεβού κλπ) έχει μειωθεί εξαιτίας του προβλήματός μου:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		ελαφρά		σίγουρα		έντονα		πολύ σοβαρά, έχουν διακοπεί

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

Η ιδιωτική μου διασκέδαση (που κάνεις μόνος/η σου π.χ. διάβασμα, χόμπυ, βόλτες, συλλογές, τηλεόραση, βίντεο) έχει μειωθεί εξαιτίας του προβλήματός μου:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		ελαφρά		σίγουρα		έντονα		πολύ σοβαρά, δεν τα κάνω ποτέ

ΖΕΣΤΑΣΙΑ ΣΤΟΥΣ ΔΙΚΟΥΣ ΜΟΥ

Η τρυφερότητα που δείχνω στους δικούς μου έχει μειωθεί εξαιτίας του προβλήματός μου:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		ελαφρά		σίγουρα		έντονα		πολύ σοβαρά, έχει διακοπεί

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΟΒΟΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΟΒΟΥ

Όνοματεπώνυμο.....Ηλικία.....Φύλο.....Ημερομηνία.....

Διάλεξε έναν αριθμό από την παρακάτω κλίμακα που να δείχνει πόσο θα απέφυγες κάθε μία από τις καταστάσεις που αναφέρονται, λόγω φόβου ή άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων. Μετά γράψε τον αριθμό που διάλεξες, στο τετράγωνο απέναντι από την κάθε περίπτωση.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Δεν θα την απέφυγα ποτέ			Θα την απέφυγα λίγες φορές		Θα την απέφυγα αρκετές φορές		Θα την απέφυγα περισσότερες φορές		Θα την απέφυγα πάντα
1. Κύρια φοβία για την οποία ζητάς θεραπεία (περίγραψε με δικά σου λόγια)							<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
2. Ενέσεις ή μικροεπεμβάσεις.....								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
3. Να τρώω και να πίνω με άλλους ανθρώπους.....									<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
4. Νοσοκομεία.....								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
5. Να ταξιδεύω μόνος με λεωφορείο ή τρένο.....						<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			
6. Να περπατάω μόνος σε πολυσύχναστους δρόμους.....						<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			
7. Να με παρακολουθούν με το βλέμμα.....									<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
8. Να πηγαίνω σε πολυσύχναστα μαγαζιά.....							<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
9. Να μιλάω με ανθρώπους εξουσίας.....									<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
10. Να βλέπω αίμα.....								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
11. Να μου κάνουν κριτική.....									<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
12. Να πηγαίνω μόνος/η μακριά από το σπίτι μου.....						<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>			
13. Να σκέφτομαι τραυματισμό ή αρρώστια.....								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
14. Να μιλώ ή να ενεργώ μπροστά σε ακροατήριο.....									<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
15. Μεγάλοι ανοιχτοί χώροι.....							<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
16. Να επισκέπτομαι τον οδοντογιάτρο.....								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
17. Άλλες περιστάσεις (περίγραψε).....							<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
							<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
							ΑΓ	ΑΤ	ΚΟΙ
Σύνολο (παράλειψε 1 και 17)								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	

Τώρα διάλεξε έναν αριθμό από την παρακάτω κλίμακα που να δείχνει πόσο σε ενοχλεί κάθε ένα από τα προβλήματα που αναφέρονται και γράψε τον αριθμό στο τετράγωνο απέναντι.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Δεν με ενοχλεί καθόλου		Με ενοχλεί λίγο		Με ενοχλεί σίγουρα		Με ενοχλεί έντονα		Με ενοχλεί πάρα πολύ σοβαρά
18. Αισθάνομαι κακοδιάθετος ή στενοχωρημένος.....								<input type="text"/>
19. Αισθάνομαι ευερέθιστος ή θυμωμένος.....								<input type="text"/>
20. Αισθάνομαι ψυχική ένταση.....								<input type="text"/>
21. Δυσάρεστες σκέψεις να έρχονται στο μυαλό μου.....								<input type="text"/>
22. Αισθάνομαι αποξένωση από τον εαυτό μου και το περιβάλλον μου.....								<input type="text"/>
23. Άλλα αισθήματα (περίγραψε).....								<input type="text"/>
						Σύνολο		<input type="text"/>

Πως θα βαθμολογούσες την τωρινή κατάσταση των φοβικών σου συμπτωμάτων στην παρακάτω κλίμακα;

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Καμία φοβία		Ελαφρά ενοχλητική, δεν επηρεάζει τη ζωή μου		Σίγουρα ενοχλητική, επηρεάζει τη ζωή μου		Έντονα ενοχλητική, επηρεάζει τη ζωή μου		Πολύ σοβαρή/ ενοχλητική, επηρεάζει τη ζωή μου

Παρακαλώ να βάλεις έναν κύκλο στους αριθμούς ανάμεσα στο 0 και το 8

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8: ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9: ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ – ΑΠΟΦΥΓΗΣ

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΥΓΗΣ

Όνομα:

Ημερομηνία:

Δραστηριότητες ή καταστάσεις που αποφεύγεις (στόχοι θεραπείας)

άγχος αποφυγή

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Κλίμακα Άγχους

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Κανένα άγχος		Λίγο άγχος		Μέτριο άγχος		Έντονο άγχος		Αβάσταχτο άγχος

Κλίμακα Αποφυγής

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Καμία αποφυγή		Λίγη αποφυγή		Μέτρια αποφυγή		Έντονη αποφυγή		Απόλυτη αποφυγή

<i>Ημερομηνία</i>	<i>Στόχος</i>	<i>Αποφυγή</i>	<i>Άγχος</i> πριν κατά μετά			<i>Σχόλια</i>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10: ΤΕΛΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΤΕΛΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

1^η μέτρηση: Αρχή Θεραπείας – Ημερομηνία:

Τελικοί Στόχοι	Άγχος	Αποφυγή
1.		
2.		
3.		
4.		

2^η μέτρηση: Τέλος Θεραπείας – Ημερομηνία:

Τελικοί Στόχοι	Άγχος	Αποφυγή
1.		
2.		
3.		
4.		