



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Προσαρμογή και πιλοτική στάθμιση του ερωτηματολογίου
διερεύνησης ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής -Vancouver
Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) σε ελληνικό
πληθυσμό»**

Κρασιά Ειρήνη

Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ



Ιωάννα Τσιούρη, ΨυχολόγοςΕπιβλέπουσα

Μπακούρας Σιδέρης, ΨυχίατροςΜέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μπονώτης Κωνσταντίνος, Λέκτορας Ψυχιατρικής,Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2015

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

**“Adjustment and pilot validation of the questionnaire
investigating obsessional compulsive disorder - Vancouver
Obsessional Compulsive Inventory (VOCI), in Greek population”**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
SUMMARY	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
A.1. Ορίζοντας την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨ).....	12
1.1 Διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα	13
1.2 Επιδημιολογία	15
1.3 Συννοσηρότητα και διαφορική διάγνωση	16
1.4 Ποιότητα ζωής	18
1.5 Χρόνος έναρξης και πορεία	19
A.2. Αιτιοπαθογένεια – θεραπεία	
2.1 Γενετική	20
2.2 Νευροδιαβιβαστές	20
2.3 Σύγχρονες ψυχολογικές θεωρίες και θεραπείες	22
2.4 Η εφαρμογή της συμπεριφοριστικής θεωρίας	22
2.5 Η εφαρμογή της γνωστικής θεωρίας	23
2.6 Οι περιορισμοί της εφαρμογής της συμπεριφοριστικής και γνωστικής θεωρίας	24
2.7 Σύγχρονες κατευθύνσεις	25
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
B.1. Ψυχομετρικά εργαλεία	26
B.2 Ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής	26
B.2.1 Το ερωτηματολόγιο Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)	27
B.3 Δείγμα	29
B.4 Διαδικασία	
4.1 Προσαρμογή-μετάφραση ερωτηματολογίου	31

4.2 Συλλογή δείγματος	32
B.5 Αποτελέσματα	
5.1 Προετοιμασία δείγματος.....	32
5.1.1 Κανονικότητα κατανομής δείγματος	33
5.1.2. Διαχείριση χαμένων τιμών	33
5.1.3. Έλεγχος ακραίων τιμών	33
5.2 Παρουσίαση υποκλιμάκων / παραγόντων VOCI ανά δείγμα	41
5.3 Έλεγχος κανονικότητας κατανομής συνολικής και επιμέρους υποκλιμάκων	48
5.4 Παραγοντική δομή ερωτηματολογίου	51
5.5 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων	52
5.6 Εσωτερική συνοχή.....	53
5.7 Εγκυρότητα Ερωτηματολογίου	55
5.7.1 Έλεγχος διαφοροποίησης απαντήσεων των ΙΔΨ από το υπόλοιπο δείγμα	56
5.7.2 Σύγκριση βαθμολογιών ΙΔΨ με τις μέσες τιμές του πληθυσμού ανά κλίμακα	56
Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	60
Δ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4	80

Στον ξάδελφο μου Αντώνη, που αγωνίζεται...

«Δεν θα μπορέσει
να κατανοηθεί η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή πλήρως,
προτού πρώτα κατανοηθεί η φύση του ανθρώπου.»
(Lewis, 1936)

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί προϊόν της άριστης συνεργασίας μου με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Τσιούρη Ιωάννα, Ψυχολόγο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Η βοήθειά- καθοδήγησή της, αλλά και η εμπιστοσύνη που μου έδειξε αποτέλεσαν συστατικά στοιχεία της επιτυχούς ολοκλήρωσης της εν λόγω εργασίας. Εύχομαι η ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας να αποτελέσει την αφορμή για μια μακρόπνοη και δημιουργική συνεργασία.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την συγγραφέα του ερωτηματολογίου καθηγήτρια Dana Thordarson PhDRPsych του πανεπιστημίου British Columbia για την παραχώρηση άδειας μετάφρασης και στάθμισης στον ελληνικό πληθυσμό (Παράρτημα 1) , την καθηγήτρια του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών κ. Αγγελάτου Φεβρωνία για την βοήθειά της στην διευκόλυνση συμπλήρωσης ερωτηματολογίων στους φοιτητές του τμήματος της. Την κ. Ρεκούτη Αγγελική, στατιστικό για την βοήθεια και την υποστήριξη στην διαδικασία στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων της εν λόγω μελέτης.

Τα μέλη του συλλόγου αυτοοργάνωσης και αυτοεκπροσώπησης χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών και των φροντιστών τους, Σύλλογο για την Ψυχική Υγεία ΣΟΨΥ Πάτρας, όπου και εργάζομαι, καθώς καθημερινά μου δείχνουν τη δύναμη, το θάρρος αλλά και την πίστη τους ότι η ψυχική νόσος δεν καταστρέφει τη ζωή, απλά την αλλάζει.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους μου (Ιωάννα, Γιάννη, Βαρβάρα) που με στήριξαν σε όλη αυτή τη προσπάθεια ολοκλήρωσης της εργασίας. Την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τον σύντροφό μου για την αγάπη, την βοήθεια, την εμπιστοσύνη και τη υποστήριξη στοιχεία αναγκαία για την προσωπικά πολύ δύσκολη περίοδο μέσα στην οποία εκπονήθηκε η εν λόγω εργασία.

Περίληψη

Τίτλος εργασίας: «Προσαρμογή και πιλοτική στάθμιση του Ερωτηματολογίου διερεύνησης Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) σε ελληνικό πληθυσμό.»

Της : Κρασιά Ειρήνης, Ψυχολόγου

Υπό την επίβλεψη των: Ιωάννα Γσιουρή, Ψυχολόγος, Ph.D., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισα, Λάρισα., Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Μπακούρας Σιδέρης, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ, Λάρισα , Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Μπονώτης Κωσταντίνος, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Π.Θ, Λάρισα , Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Ημερομηνία : Φεβρουάριος 2015

Η ψυχομετρική κλίμακα διερεύνησης Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο κλινικό-διαγνωστικό και ερευνητικό εργαλείο για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η προσαρμογή και η διερεύνηση της εσωτερικής συνοχής /εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τόσο της συνολικής κλίμακας, όσο καθεμίας από τις έξι υποκλίμακες αυτής, σε κλινικά και μη κλινικά δείγματα ελληνικού πληθυσμού.

Το VOCI χορηγήθηκε σε 53 ενήλικες με κύρια διάγνωση Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, σε 35 ενήλικες με διάγνωση άγχους ή κατάθλιψης (ομάδα κλινικού ελέγχου), που παρακολουθούνταν στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝΛ και είχαν τεθεί υπό αντίστοιχη αγωγή, και σε δείγμα μη κλινικού πληθυσμού, που αποτελούνταν από 50 ενήλικες της ευρύτερης κοινότητας και 100 προπτυχιακούς φοιτητές,

Σε σχέση με τη διερεύνηση της εγκυρότητας εξετάστηκαν: α) Η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου σε όλα τα πληθυσμιακά δείγματα (εννοιολογική εγκυρότητα), β) η εγκυρότητα κριτηρίου του εν λόγω εργαλείου (VOCI), η οποία αξιολογήθηκε με δύο τρόπους: 1) τα αποτελέσματα του δείγματος με διαγνωσμένη ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα του δείγματος με διαγνωσμένη αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή, αλλά και με μη κλινικό δείγμα πληθυσμού ενηλίκων (κοινότητα, φοιτητές), 2) οι συμμετέχοντες με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

κωδικοποιήθηκαν ως προς το αν έχουν προβλήματα σε κάθε ένα από τους έξι τομείς / συμπτώματα (φόβος μολύνσεων/έλεγχος/εμμονές/συλλογή/τελειομανία/αναποφασιστικότητα) και συγκριθήκαν οι συνολικές βαθμολογίες και οι βαθμολογίες κατά παράγοντα με τις μέσες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό άλλων χωρών. Όσον αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έγινε διερεύνηση της σταθερότητας επαναληπτικών μετρήσεων του, με επαναληπτική χορήγηση της κλίμακας στο 52,94% του δείγματος.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν ότι η ελληνική έκδοση της κλίμακας επιδεικνύει εξαιρετική εσωτερική συνοχή μεταξύ της Ελληνικής και Αγγλικής έκδοσης, με πλήρη αντιστοιχία της συνολικής βαθμολογίας στους κλινικούς (Cronbach's alpha: 0.901/0.98, 0.946/0.94) και μη κλινικούς πληθυσμούς (Cronbach's alpha: 0.856/0.96, 0.893/0.90). Επιπλέον οι επαναληπτικές μετρήσεις έδειξαν στατιστικά σημαντική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (Pearson $r > 0.745$, $p < 0.01$). Αναφορικά στην εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των βαθμολογιών του ιδεοψυχαναγκαστικού ελληνικού πληθυσμού από τον φυσιολογικό ελληνικό πληθυσμό, όχι όμως η απαιτούμενη εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής όσον αναφορά την σύγκριση με αντίστοιχους πληθυσμούς άλλων χωρών.

Λέξεις κλειδιά: ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, εγκυρότητα, αξιοπιστία, στάθμιση

Summary

Title: "Adjustment and pilot validation of the questionnaire investigating Obsessional Compulsive Disorder -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI), in Greek population."

Author: Krania Irene, Psychologist

Supervisors : Joanna Tsiouri, Psychologist, Ph.D., University Hospital of Larissa, Larissa., Advisor
Professor

Bakouras Sideris, Professor of Psychiatry, Department of Nursing, TEI, Larissa, Member of the three-member Commission

Bonotis Konstantinos, Professor of Psychiatry, School of Medicine, Ph.D , Larissa, Member of the three-member Commission Date: February 2015

The psychometric scale investigating obsessional compulsive disorder (OCD) -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) constitutes a valid and reliable clinical-diagnostic and research instrument for OCD. The aim of this study was to adapt and investigate the internal consistency / validity and reliability of the whole scale and of each of the six subscales, in clinical and nonclinical Greek population samples. The VOCI was administered to 53 adults with a primary diagnosis of OCD, in 35 adults with a diagnosis of anxiety or depression (clinical control group) who were surveyed at the University Psychiatric Clinic of the University Hospital of Larissa and were subject to similar treatment, and to a sample of non-clinical population, which consisted by 50 adults in the wider community and 100 undergraduate students.

For investigating the validity we examined: a) The factor structure of the questionnaire to all population samples (conceptual validity), b) the validity criterion of the questionnaire (VOCI), which was evaluated in two ways: 1) sample results diagnosed with OCD were compared with the results of the sample with anxiety / depressive disorder, but also with non-clinical sample of adult population (community, students), 2) the participants with OCD were coded as to whether they have problems in each of the six sectors / symptoms (Contamination, Checking, Obsessions, Hoarding, Just Right, Indecisiveness) and compared the total scores and factor scores in the average prices observed in clinical and nonclinical population in other countries. As regards to the reliability of the questionnaire was investigating the stability of repetitive measurements with repeated administration of the scale at the 52.94% of the sample. The results of this study suggest that the Greek version of the scale exhibits excellent internal consistency between the Greek and the English version, with full correlation between the total score in clinical (Cronbach's alpha: 0.901 / 0.98, 0.946 / 0.94) and non-clinical

populations (Cronbach's alpha : 0.856 / 0.96, 0.893 / 0.90). Moreover, the repeated measures showed statistically significant test-retest reliability of the questionnaire (Pearson $r > 0.745$, $p < 0.01$). Regarding the known groups validity construct, we found a statistically significant variation of the scores of obsessive-compulsive Greek population from the normal Greek population, but not the required validity as reference comparison with respective populations of other countries.

Keywords: OCD, validity, reliability, validation

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Φανταστείτε ότι το μυαλό σας κολλάει σε μια συγκεκριμένη σκέψη ή μια εικόνα...

Στη συνέχεια, αυτή η σκέψη ή η εικόνα επαναλαμβάνεται στο μυαλό σας ξανά και ξανά, ό,τι και αν κάνετε ...

Δεν θέλετε να έχετε αυτές τις σκέψεις – αισθάνεστε σαν να είναι μια χιονοστιβάδα...

Μαζί με αυτές τις σκέψεις έρχονται έντονα συναισθήματα άγχους και ανησυχίας...

Το άγχος είναι το σύστημα προειδοποίησης του εγκεφάλου σας. Όταν αισθάνεστε ανήσυχοι αισθάνεστε σαν να βρίσκεστε σε κίνδυνο.

Το άγχος σας λέει να απαντήσετε, να αντιδράσετε, να προστατεύσετε τον εαυτό σας, να κάνετε κάτι.

Από τη μία ο φόβος που νιώθεις δεν έχει νόημα, δεν φαίνεται λογικός ωστόσο μοιάζει πολύ έντονος κι αληθινός

Σε παραπλανά ο εγκέφαλός σου ;

Γιατί βιώνεις τέτοια συναισθήματα αν δεν είναι αλήθεια;

Τα συναισθήματα δεν ψεύδονται.

Δυστυχώς όμως αν έχετε ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ψεύδονται.

Αν έχετε ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το σύστημα προειδοποίησης στον εγκέφαλό σας δεν λειτουργεί σωστά. Ο εγκέφαλός σας, σας λέει ότι είστε σε κίνδυνο όταν δεν είστε.

Τα άτομα που υποφέρουν από αυτή τη διαταραχή προσπαθούν απεγνωσμένα να ξεφύγουν από ένα διαρκές και εξαντλητικό άγχος που τους κάνει να παραλύουν.

International OCD Foundation, (brochure)

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A1. Ορίζοντας την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨ)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανήκει σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2000) στην κατηγορία των βασικών αγχωδών διαταραχών, δηλαδή των διαταραχών εκείνων που διακρίνονται για την χαρακτηριστική παρουσία έντονου άγχους. Αναφέρεται ως κλινικό σύνδρομο στο βαθμό που η αντιμετώπισή της δεν είναι άμεση και έγκαιρη (ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, συνδυασμός και των δύο). Όπως παρατηρούμε και από την ονομασία της (**ιδεοψυχαναγκαστική**), η εν λόγω διαταραχή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές σκέψεις (**ιδεοληψίες - obsessions**) και/ή τελετουργικές συμπεριφορές που το άτομο εξωθείται να κάνει (**ψυχαναγκασμοί - compulsions**), ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις δηλαδή, που συνιστούν πηγή δυσφορίας για το άτομο και απασχολούν σημαντικό μέρος από το χρόνο του και από την επαγγελματική, κοινωνική και την συναισθηματική του ζωή.

Πιο συγκεκριμένα, ως ιδεοληψίες ορίζονται οι επαναλαμβανόμενες, παρορμητικές, επίμονες και άλογες θεωρήσεις, σκέψεις, ιδέες, που κατακλύζουν με έντονο άγχος, δυσφορία, ακόμα και λύπη, εκείνον που τις βιώνει. Ο πάσχων βιώνει τις ιδεοληψίες ως ξένες, ακατάλληλες και ανεξέλεγκτες. Πολύ συχνά το περιεχόμενο των ιδεοληψιών είναι επιθετικό (φοβάται ότι πιθανά θα βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους), είναι σχετικό με τον φόβο μόλυνσης, με απαγορευμένες σεξουαλικές σκέψεις, είναι θρησκευτικό (φόβος και ανησυχία για θέματα που αφορούν την ηθική) αλλά και σχετικό με την υπέρμετρη ανάγκη για συμμετρία, ακρίβεια και λεπτομέρεια (τελετουργίες σε καθημερινές δραστηριότητες, π.χ. πλύσιμο πιάτων και τοποθέτησή του με συγκεκριμένη σειρά) η οποία αν δεν επιτυγχάνεται προκαλείται άγχος και αποδιοργάνωση (βλ. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, et al., 1989· Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, Heninger et al., 1989).

Ως ψυχαναγκασμούς ή ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές ορίζονται οι συνεχώς στερεοτυπικά επαναλαμβανόμενες νοητικές ή μη συμπεριφορές που εκδηλώνονται από τα άτομα που πάσχουν, προκειμένου να μειωθεί ή/και να αποτραπεί η δυσφορία και η λύπη που προκαλεί το άγχος. Κύριο στοιχείο αυτού του τύπου συμπεριφοράς είναι το γεγονός ότι το άτομο υποφέρει καθώς πράττει ό,τι πράττει χωρίς τη θέλησή του, εξαναγκαστικά. Η τελετουργία αποτελεί επίσης συστατικό μέρος αυτού του τύπου συμπεριφοράς καθώς αξιοποιείται κατασταλτικά απέναντι στο άγχος της μη τήρησης των άλογων κανόνων που οι ίδιοι θέτουν στο εαυτό τους (βλ. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, et al., 1989· Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, Heninger et al., 1989).

Ανάμεσα στους πιο συνηθισμένους ψυχαναγκασμούς κατατάσσονται οι ψυχαναγκασμοί που σχετίζονται με τον καθαρισμό ή το πλύσιμο (υπερβολική ρουτίνα υγιεινής), τον έλεγχο (έλεγχος οικιακών συσκευών, κλειδαριών, κτλ), μετρήματος και τάξης – τακτικότητας (επαναλαμβανόμενο ψάξιμο και μέτρηση της τσάντας) (βλ. Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill et al., 1989· Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado Heninger et al., 1989).

Τα άτομα που αναφέρονται ως πάσχοντες από την συγκεκριμένη διαταραχή αντιλαμβάνονται ότι οι ιδεοληψίες ή/και οι ψυχαναγκασμοί είναι παράλογες και υπερβολικές. Πολύ συχνά όμως αυτό δεν συμβαίνει με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να βιώνουν τις ιδεοληψίες ή/και τους ψυχαναγκασμούς ως κάτι το αναγκαία λογικό (APA 2000, 1994). Υπάρχουν και τα άτομα εκείνα που, ενώ αναγνωρίζουν τον εξεζητημένο χαρακτήρα αυτών των πράξεων και των σκέψεων, όταν βρεθούν σε ένα «απειλητικό» περιβάλλον συμπεριφέρονται με τον ίδιο ακραίο και δυσλειτουργικό τρόπο.

Χαρακτηριστικό των πασχόντων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελεί και ο βαθμός ελέγχου που ασκούν οι ίδιοι πάνω στις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς τους, καθώς και η προσπάθεια αντίστασης σε αυτές. Ο βαθμός αντίστασης και ελέγχου του ατόμου στις ιδεοληψίες ή/ και τους ψυχαναγκασμούς σχετίζεται άμεσα με την ικανότητά του να τις ελέγχει με συμπεριφορές διαφορετικές από αυτές της αποφυγής (Foa & Kozak, 1995· Foa, et al., 1995· Poyurovsky, Faragian, Kleinman- Balush, Pashinian, Kurs, Fuchs, 2007).

Δυστυχώς όμως οι πάσχοντες συνήθως ενδίδουν στις επίμονες σκέψεις ή/και επαναλαμβανόμενες στερεοτυπικές πράξεις, βιώνοντας έκδηλο άγχος και δυσφορία, ενώ η προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή φαίνεται να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό (Μάνος, 1997, Χριστοπούλου, 2008). Ασχολούμενα αποκλειστικά με αυτές τις δυσλειτουργικές σκέψεις και με τις αντίστοιχες τελετουργίες, τα άτομα αυτά χάνουν σταδιακά την επαφή με ευχάριστα πράγματα, απομονώνονται, στερούνται απλές καθημερινές χαρές της ζωής όπως οι κοινωνικές σχέσεις, ο έρωτας, η φιλία, η εργασία, η διασκέδαση κτλ.

1.1 Διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα

Για να τεθεί η διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, σύμφωνα με την APA (2000) απαιτείται η ύπαρξη είτε ιδεοληψιών είτε ψυχαναγκασμών (Κριτήριο 1). Στο DSM – IV- TR, οι ιδεοληψίες διακρίνονται σε τέσσερις γενικές κατηγορίες: 1. επίμονες σκέψεις που επαναλαμβάνονται, παρορμήσεις ή/και εικόνες οι οποίες προκαλούν δυσφορία και έντονο άγχος. 2. σκέψεις, παρορμήσεις ή/και εικόνες σχετικά με την καθημερινότητα, που διαφοροποιούνται από τις υπερβολικές ανησυχίες 3. την προσπάθεια του πάσχοντος να καταστείλει ή να μειώσει αυτές τις

σκέψεις ή/και εικόνες με κάποια άλλη πράξη, νοητή ή μη και 4. τις σκέψεις ή/και εικόνες εκείνες που το άτομο αναγνωρίζει ως προϊόν της δικής του συμπεριφοράς και όχι κάποιου άλλου εξωτερικού παράγοντα ή δύναμης.

Οι ψυχαναγκασμοί διακρίνονται σε δύο είδη: 1. επαναλαμβανόμενες πράξεις, νοητές ή μη (εσωτερικό μέτρημα, πολύ συχνό πλύσιμο) τις οποίες το άτομο αισθάνεται υποχρεωμένο να εκτελέσει για να απαλλαγεί από τις ιδεοληψίες και 2. πράξεις, νοητές ή μη, που σαν στόχο έχουν την ελάττωση του έντονου άγχους, την αποτροπή ενός κακού που πιθανά να συμβεί σε περίπτωση που δεν εκτελεστούν. Κατ' επέκταση γίνεται αντιληπτό, ότι αυτές οι πράξεις δεν βοηθούν πραγματικά, ούτε στη μείωση του άγχους, αλλά ούτε και στην υποτιθέμενη αποτροπή του κακού.

Για να τεθεί η διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής απαιτείται επιπροσθέτως, ο ίδιος ο πάσχων να αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες ή/και οι ψυχαναγκασμοί είναι παράλογες και υπερβολικές (Κριτήριο 2), σχετικά μόνιμες και χρονοβόρες, προκαλώντας του έντονη λύπη και δυσφορία με αποτέλεσμα να απομονώνεται από τις προσωπικές, κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες (Κριτήριο 3). Αν διαγνωσθεί κάποια άλλη διαταραχή του Άξονα I, πρέπει οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί να μην περιορίζονται στην ενασχόληση του ατόμου με τα συμπτώματα της άλλης αυτής διαταραχής (ενασχόληση με τις αποτυχίες στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, με το σώμα του στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής)(Κριτήριο 4) και να έχει αποκλειστεί το ενδεχόμενο αυτή η συμπτωματολογία να οφείλεται στη δράση ψυχοδραστικών ουσιών ή σε άλλες σωματικές καταστάσεις, προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο (Κριτήριο 5).

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι πρέπει να προσδιορίζεται ο βαθμός επίγνωσης του πάσχοντος αναφορικά με το κατά πόσο αναγνωρίζει τον υπερβολικό και «ιδιαιτερο» χαρακτήρα των ιδεοληψιών ή/ και ψυχαναγκασμών. Η ύπαρξη λοιπόν φτωχής εναισθησίας, χαμηλού βαθμού επίγνωσης, όπως αναφέραμε παραπάνω, είναι κάτι που παίζει σημαντικό ρόλο στο να τεθεί η εν λόγω διάγνωση.

Στο σύστημα ταξινόμησης ICD, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των Νευρωτικών, Συνδεδόμενων με Άγχος και Σωματόμορφων Διαταραχών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2006) θέτει ως βασικό χαρακτηριστικό της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής τις επαναλαμβανόμενες σκέψεις, παρορμήσεις ή/και εικόνες και τις επαναλαμβανόμενες στερεοτυπίες, νοητικές ή μη, που συχνά εκδηλώνονται προκειμένου να μειώσουν το άγχος που προκαλούν στο άτομο οι παρείσακτες και δυσλειτουργικές σκέψεις του. Το άτομο έχει επίγνωση (εναισθησία) ότι αυτές οι σκέψεις αποτελούν προϊόν της δικής του δραστηριότητας σε αντίθεση με τη ψύχωση. Παρά την επίγνωση, εξαιτίας της συχνής επανάληψης αυτών των δυσάρεστων σκέψεων, παρορμήσεων ή/και εικόνων προκαλείται συχνά στο άτομο έντονο άγχος, δυσφορία και ανησυχία. Ο πάσχων με την εκτέλεση των συχνά επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών συμπεριφορών (συχνό

πλύσιμο χεριών, συχνός έλεγχος) μπορεί είτε να μειώνει το άγχος του είτε να πιστεύει ότι με αυτό τον τρόπο μπορεί να αποφύγει την εκδήλωση ενός ατυχήματος (δυσάρεστης συνέπεια π.χ. μόλυνση) που πιστεύει ότι θα συμβεί σε περίπτωση που δεν εκτελέσει τις συγκεκριμένες ακολουθίες/τελετουργίες. Η προσπάθεια, τέλος, που καταβάλλει το άτομο για να ελέγξει και να αντισταθεί σε αυτές τις σκέψεις και τις πράξεις, είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της συγκεκριμένης διαταραχής. Μάλιστα, όσο μεγαλύτερη είναι η αντίσταση που καταβάλλει ο πάσχων τόσο περισσότερο είναι το άγχος και η δυσφορία που βιώνει.

1.2 Επιδημιολογία

Στο γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής παραμένει μέχρι σήμερα αντιφατικός εξαιτίας ενός πλήθους παραγόντων ανάμεσα στους οποίους αναφέρονται ενδεικτικά οι παρακάτω : α. χρήση διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων σε διαφορετικές επιδημιολογικές έρευνες β. η μυστικιστική φύση της συγκεκριμένης διαταραχής γ. η απροθυμία των πασχόντων να απευθυνθούν σε επαγγελματίες υγείας (Angst, Gamma, Endrass, Goodwin, Ajdacic, Eich, 2004 ·Crino, Slade, & Andrews, 2005 ·Gibbs, 1996). Παρόλα αυτά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ταξινομεί την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ως τη 10^η πιο συχνή ψυχική διαταραχή παγκοσμίως (WHO, 1996, 2006). Η APA (2000) κατατάσσει την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με χρόνια επικράτηση να κυμαίνεται στο 2,5% και με επικράτηση το ένα έτος στο 0,5 - 2,1 %. Ωστόσο λόγω διαφόρων μεθοδολογικών ζητημάτων αναμένεται ο επιπολασμός ης στο γενικό πληθυσμό να είναι πολύ μικρότερος.

Οι Fireman, Koran, Leventhal, & Jacobson (2001) αναφέρουν ότι το ποσοστό των ανθρώπων που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με επικράτηση ενός έτους κυμαίνεται γύρω στο 0,084%, προτείνοντας ότι οι περισσότερες έρευνες δεν λαμβάνουν υπόψη τους τα αυστηρά κριτήρια διάγνωσης της συγκεκριμένης διαταραχής, με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκονται με ψυχαναγκασμό και να ταξινομούνται σε αυτή την κατηγορία άνθρωποι που δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής αυτής. Αντιθέτως δε με τα ευρήματα των περισσότερων επιδημιολογικών ερευνών, όπου η εμφάνιση των στοιχείων που χαρακτηρίζουν την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή φαίνεται να μην διαφοροποιείται σημαντικά ανάμεσα στα δύο φύλλα, κάποιιο υποστηρίζουν ότι το ποσοστό εμφάνισής της είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, αν και στους εφήβους η εικόνα αυτή αντιστρέφεται με τα αγόρια να έχουν πιο υψηλά ποσοστά έναντι των κοριτσιών. Σε μια έρευνα ανασκόπησης (Fontelle & Hasler, 2008) στην οποία προτάθηκε η έναρξη της συμπτωματολογίας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής να τοποθετείται στην εφηβεία, έδειξε τα αγόρια να παρουσιάζουν περισσότερα κλινικά συμπτώματα (ψυχαναγκασμούς) σε σχέση με τα κορίτσια της ίδιας ηλικίας.

Παρόλα αυτά οι ενήλικες γυναίκες φαίνεται να υποφέρουν περισσότερο από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε σχέση με τους ενήλικες άντρες (Fontenelle & Hasler, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλινική εικόνα διαφέρει κάπως στα δύο φύλλα: οι άνδρες παρουσιάζουν συχνότερα τελετουργίες ελέγχου και ιδεοληψίες αμφιβολίας, ενώ στις γυναίκες η έναρξη είναι οψιμότερη και χαρακτηρίζεται από ιδεοληπτικές φοβίες μόλυνσης και τελετουργίες καθαρισμού (Κουμαντάνου και συν 2004).

Αξίζει να σημειωθεί, καταδεικνύοντας την πολυπλοκότητα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ότι σε πολύ παλαιότερες έρευνες είχε βρεθεί ότι ο επιπολασμός της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής κυμαίνεται από 0,5 μέχρι και 4% ανάμεσα σε ασθενείς ψυχιατρικών ιδρυμάτων, ενώ κατά συνέπεια κυμαίνεται γύρω στο 0,5% του γενικού πληθυσμού (Rasmussen & Tsuang, 1984). Σε άλλες πάλι είχε βρεθεί ότι τα ποσοστά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής αγγίζουν το 2-3% στα παιδιά και τους εφήβους (Zohar, 1999), ενώ στους ενήλικες από 0,7 μέχρι και 2,1% αναδεικνύοντας την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στην τέταρτη πιο συχνή ψυχολογική/ψυχιατρική διαταραχή (Bebbington, 1998· Sasson, Zohar, Chopra, Iancu, Hendler, 1997). Εν κατακλείδι η γενική συχνότητα της συγκεκριμένης διαταραχής υπολογίζεται στο 2-3% του γενικού πληθυσμού και το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό ανάμεσα στους διάφορους πολιτισμούς και τις ηλικιακές ομάδες (Gibbs, 1996 · Angst et al, 2004).

Ο εντοπισμός των πασχόντων είναι δύσκολος, με αρνητικές συνέπειες στη διάγνωση και την θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Κι αυτό επειδή οι πάσχοντες έχουν την τάση να αποκρύπτουν επιμελώς την συμπτωματολογία τους, για να αποφύγουν την κριτική και τη γελοιοποίηση από το κοινωνικό περιβάλλον. Τα παιδιά μάλιστα, στα οποία πρωτοεμφανίζεται η νόσος κρατούν μυστική την συμπτωματολογία τους από τους γονείς, οι οποίοι δεν έχουν εντοπίσει το μέγεθος του προβλήματος. Η πλειοψηφία των ασθενών αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια, με αποτέλεσμα να απευθύνονται πρώτη φορά για βοήθεια στον ιατρό, πολλές φορές 10-15 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου (Hollander, Braun, Simeon, 1997).

1.3 Συννοσηρότητα και διαφορική διάγνωση

Λαμβάνοντας υπόψη λοιπόν τις παραπάνω δυσκολίες, αξίζει να σημειώσουμε ότι στον ενήλικο πληθυσμό η διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής συνοδεύεται από την ταυτόχρονη διάγνωση αρκετών διαταραχών του Άξονα I και II σύμφωνα με το πολυαξονικό σύστημα ταξινόμησης DSM V (APA, 2013). Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, τα υπόλοιπα κλινικά σύνδρομα που εντάσσονται στις αγχώδεις διαταραχές, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η κοινωνική φοβία, η διαταραχή πανικού, καθώς και οι διαταραχές μωσπασμάτων (τικ), βρίσκονται ανάμεσα στις πιο κοινές διαταραχές που διαγιγνώσκονται μαζί με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ίσως εξαιτίας

κοινών αιτιολογικών παραγόντων (Denys, Tenney, van Megen, de Geus, & Westenberg, 2004·Pigott, 1998). Η διάγνωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και των διαταραχών προσωπικότητας που ταξινομούνται στο Άξονα II (ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας) συνυπάρχουν επίσης πολύ συχνά με την διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

Η συμπτωματολογία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής δεν πρέπει να συγχέεται με τα άκαμπτα στοιχεία της καταναγκαστικής προσωπικότητας, τα οποία δεν προκαλούν άγχος, καθώς είναι σύντονα με το εγώ. Συχνά εντοπίζονται ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα στην σχιζοφρένεια και πιο συχνά στην κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα το 1/3 των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζει ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία (μικρού ή μεγάλου βαθμού) και η διαφορική διάγνωση από αυτές τις νόσους σε κάποιες περιπτώσεις είναι αρκετά δύσκολη. (Αγγελόπουλος, 2009)

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή διαγιγνώσκεται πιο συχνά στα άτομα που ήδη έχουν διαγνωσθεί με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε ποσοστό 39,5% ενώ εκτιμάται ότι τουλάχιστον μια διαταραχή του Άξονα I συνυπάρχει στα 2/3 των ατόμων με τη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Tukel, Polat, Ozdemir, Askut, & Turksoy, 2002).

Αξίζει να τονιστεί ότι η μεγάλη και έντονη διαφωνία πλήθους ερευνητών αναφορικά με τη συχνότητα συνύπαρξης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με τις προαναφερθείσες διαταραχές μπορεί να οδηγεί στο ενδεχόμενο συνύπαρξης κοινών αιτιολογικών παραγόντων εμφάνισης και διατήρησης αυτών των διαταραχών. Η εντατικοποίηση των διεξοδικών, ερευνητικών προσπαθειών, με σκοπό την μελέτη και ανάλυση του πυρήνα της δημιουργίας και διατήρησης της ψυχοπαθολογίας φαντάζει ως η μοναδική ορθή λύση της εν λόγω διαφωνίας. Ωστόσο υπάρχουν αρκετοί ερευνητές με αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα, που υποστηρίζουν την μοναδικότητα της κάθε διαταραχής. Έρευνα που χρησιμοποίησε δείγμα ατόμων από το γενικό πληθυσμό και εξωτερικούς ασθενείς με τη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας, διερεύνησε τη σχέση μεταξύ των δύο (Wu, Clark, & Watson, 2006). Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας δεν αποδεικνύουν την ύπαρξη μιας στενής σχέσης μεταξύ των δύο διαταραχών, ενισχύοντας έτσι την μοναδικότητα της εμφάνισης της κάθε διαταραχής.

Επίσης μια ισχυρά θετική συσχέτιση σημειώνεται μεταξύ της σχιζοφρένειας ή και άλλων ψυχωσικών διαταραχών με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Poyurovsky, Kriss, Weizman, Faragian, Kurs, Schneidman, 2003), γεγονός που οδηγεί στην ανάγκη διαφοροδιάγνωσης μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών. Είναι πολύ πιθανό κάποιοι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς να προσδίδουν στις ιδεοληψίες τους παραληρηματικό χαρακτήρα και να εισέρχονται παροδικά στο χώρο της ψύχωσης. Από την άλλη πλευρά είναι επιβεβαιωμένο ότι ένα ποσοστό περίπου 3,5% των ασθενών που πάσχουν

από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν διαβαθμισμένη ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία. Είναι πολλές οι δημοσιευμένες περιπτώσεις που υπάρχει μετάβαση από έναν ιδεοψυχαναγκασμό σε μια παραληρητική ιδέα, αφού έχει εγκαταλειφθεί η αντίσταση απέναντι στην ιδεοψυχαναγκαστική πίεση και έχει μειωθεί κατά πολύ ο βαθμός εναισθησίας (Αγγελόπουλος, 2009). Συνεπώς η διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με ή χωρίς πτωχή εναισθησία θα ήταν λανθασμένη, καλύπτοντας έτσι τη διάγνωση της σχιζοφρένειας ως του πρωταρχικού προβλήματος του ασθενούς (Αγγελάκης, 2012).

Τέλος οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων (παθολογική χαρτοπαιξία, παραφιλίες) δεν θεωρούνται μέρος των συμπτωμάτων της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και συνεπώς δίνεται διαφορετική διάγνωση στους ασθενείς που εμφανίζουν τέτοια ή παρόμοια συμπτώματα (Grant, Mancebo, Pinto, Eisen, & Rasmussen, 2006).

1.4 Ποιότητα ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής (QoL) των πασχόντων από διάφορες ψυχιατρικές/ ψυχολογικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα σημαντική και εποικοδομητική, αφού προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες που σχετίζονται με τις διαφοροποιήσεις σχετικά με τις κλινικές εκτιμήσεις για το επίπεδο της ποιότητας ζωής των και του προσωπικού βιώματος αυτών των συνθηκών (Mendlowicz & Stein, 2000). Κάτι τέτοιο μας βοηθά επίσης στο να κατανοήσουμε το πώς βιώνει την προσωπική του κατάσταση ο κάθε ασθενής και την εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων σε εξατομικευμένο πλαίσιο. Η ποιότητα της ζωής των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά, ενώ ελάχιστα είναι τα ευρήματα που αφορούν την διερεύνηση της λειτουργικότητας τους στους διάφορους τομείς της ζωής τους.

Σύμφωνα με την APA (2000) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2006), οι διαπροσωπικές σχέσεις, η εργασιακή και σχολική κοινότητα, η κοινωνική και προσωπική ζωή, καθώς και η οικονομική κατάσταση των ατόμων αυτών αποτελούν τους βασικούς τομείς που φαίνεται να επηρεάζονται από την συγκεκριμένη διαταραχή. Το μεγαλύτερο φάσμα της ζωής των ατόμων που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή επηρεάζεται αρνητικά από το βίωμα αυτών των συμπτωμάτων, ενώ υπολογίζεται το οικονομικό και κοινωνικό κόστος να είναι ιδιαίτερα υψηλό με σοβαρή επίπτωση όχι μόνο στη κοινωνία και τον ίδιο τον πάσχοντα, αλλά επίσης και στην οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον (Bobes, Gonzalez, Bascaran, Arango, Saiz, Bousoño et al., 2001· Koran, Thienemann, & Davenport, 1996).

Μελέτη έδειξε ότι τα άτομα που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή καθώς και διαταραχές διάθεσης (μείζων καταθλιπτική διαταραχή) ή αγχώδεις διαταραχές, τείνουν να έχουν αρκετά πιο μειωμένη ποιότητα ζωής, σε σχέση με άτομα που δεν έχουν διαγνωστεί με άλλου τύπου διαταραχές του Άξονα I ή II του ταξινομικού συστήματος DSM- IV-TR (Huppert, Simpson, Nissenon, Liebowitz, & Foa, 2009). Η συγκεκριμένη μελέτη απέδειξε ότι τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτωματολογία σε ύφεση μετά από θεραπεία τείνουν να έχουν ποιότητα ζωής που πλησιάζει τον υγιή πληθυσμό, γεγονός πολύ σημαντικό αφού σκοπός της ψυχολογικής θεραπείας είναι η αύξηση της λειτουργικότητας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του θεραπευμένου.

Άλλη μελέτη έδειξε τη θετική συσχέτιση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και της ολοκλήρωσης των θεραπευτικών συνεδριών με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επίσης είναι σημαντικό ότι συνολικά ο αριθμός των συμπτωμάτων και η σοβαρότητα της κατάθλιψης (όπου υπάρχει ως δευτερεύον πρόβλημα), είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών σε σχέση με καθαυτά τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

1.5 Χρόνος έναρξης και πορεία

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει χρόνια εξέλιξη και αργόσυρτη πορεία, με μεγάλης διάρκειας εξάρσεις και προσωρινές υφέσεις στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών, οι οποίες σχετίζονται με στρεσογόνα γεγονότα της ζωής του ατόμου. Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η έναρξη εκδήλωσης της εν λόγω διαταραχής παρατηρείται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικής ζωής, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η έναρξη των συμπτωμάτων παρατηρείται και κατά την παιδική ηλικία (APA, 2000). Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των παιδιών θα εμφανίσει αυτόματη ίαση πριν ενηλικιωθεί.

Έρευνα έδειξε ότι περίπου το 30% των ατόμων εμφανίζουν ψυχαναγκαστικά στοιχεία πριν τα 15 έτη, 50% κατά το 18^ο έτος, ενώ το 70% έχει εμφανίσει συμπτωματολογία ήδη στο 20^ο έτος (Angst et al., 2004). Συχνά κατά την πορεία της νόσου εμφανίζεται επίταση των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα σε ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης περίπου 5% η διαταραχή εμφανίζεται ως επεισόδια με μεγάλη ή πλήρη ύφεση μεταξύ αυτών. Το 15% παρουσιάζει σταδιακή επιδείνωση τα επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής του. Η πρόγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής είναι πολύ καλή εφόσον χορηγηθεί έγκαιρα η ορθή θεραπεία. Χαρακτηριστικό στοιχείο είναι επίσης το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό αυτών που ψάχνουν για εξειδικευμένη βοήθεια δεν επωφελούνται από αυτή για ποικίλους λόγους, ενώ επίσης μεγάλο είναι το ποσοστό που δεν εστιάζει στη θεραπεία των συμπτωμάτων (Besiroglu, Cilli, & Askin, 2004).

A.2 Αιτιοπαθογένεια – Θεραπεία

2.1 Γενετική

Οι ερευνητικές υποθέσεις που είναι γενετικά προσανατολισμένες στην κληρονομικότητα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής καταλήγουν συχνά σε αντιφατικά συμπεράσματα. Κάποιες έρευνες προτείνουν την κληρονομικότητα ως μια σημαντική παράμετρο στην κατανόηση των αιτιών της, ενώ άλλες προτείνουν την πολιτισμική/περιβαλλοντική επίδραση ως εξίσου σημαντική παράμετρο. (Karlan & Sadock, 2007). Ενώ λοιπόν υποστηρίζεται από έρευνες ότι περίπου το 35% συγγενών α' βαθμού πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, δεν λαμβάνεται καθόλου υπόψη ότι οι συγγενείς α' βαθμού για παράδειγμα μοιράζονται κοινά περιβαλλοντικά στοιχεία, σημαντικά για την ανάπτυξη και διατήρησης μιας τέτοιας διαταραχής. Ενδιαφέρον έχουν και τα γενετικά ευρήματα που προτείνουν κοινή γονιδιακή σχέση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και του συνδρόμου Gilles de la Turette (TS), της δυσμορφικής διαταραχής, της στερεοτυπικής κινητικής διαταραχής, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας (Nestadt, et al., 2000). Αγνωστη και αβέβαιη παραμένει και η υπόθεση γονιδιακής κληρονομικότητας αφού οι μέχρι στιγμής έρευνες παρουσιάζουν αρκετά αντιφατικά αποτελέσματα.

Σίγουρα λοιπόν οι μη γενετικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν μεγαλύτερο μέρος της συγκεκριμένης διαταραχής. Προτείνεται ότι η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και βιολογικής προδιάθεσης ενίοτε παίζει πιο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας από ότι θα μπορούσε να παίζει μόνο η γονιδιακή – κληρονομική προδιάθεση (Kendler, Myers, Prescott, & Neale, 2001). Κατ' επέκταση είναι απαραίτητη η ανασκόπηση με κάθε λεπτομέρεια της προσωπικής ιστορίας του ατόμου, καθώς και η ανάλυση των προσωπικών του εμπειριών τόσο στο θεραπευτικό πλαίσιο, όσο και στο ερευνητικό, σε μια προσπάθεια κατανόησης εις βάθος της προσέλευσης της συγκεκριμένης διαταραχής (Grisham, Anderson, & Sachdev, 2008).

2.2 Νευροδιαβιβαστές

Υπάρχουν αποδείξεις που καταδεικνύουν τη μη φυσιολογική νευροχημική δραστηριότητα και μια σειρά αλλαγές στη δράση των νευροδιαβιβαστών ως αιτίες εκδήλωσης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Karlan & Sadock, 2007). Μια σειρά από ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα έχουν συνδεθεί με νευροχημικού τύπου αλλοιώσεις που εμφανίζονται μετά από μη φυσιολογικό τοκετό, τραυματισμούς της κεφαλής ή εγκεφαλίτιδα. Η μη φυσιολογική νευροχημική δραστηριότητα αναφέρεται σε δομές του εγκεφάλου όπως τα βασικά γάγγλια, γεγονός που προκύπτει από τη σχετική επιτυχία της ψυχοχειρουργικής μεθόδου σε ασθενείς που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Είναι επίσης δυνατόν να αναφέρεται σε νευρολογικές παθήσεις των βασικών γαγγλίων όπως στη χορεία του Huntington, στο μετεγκεφαλιτιδικό παρκινσονισμό, στη διαταραχή Gilles de la Tourette και στη χορεία του Sydenham με έναρξη στην παιδική ηλικία (Αγγελόπουλος, 2009).

Ερευνητικά, τα συστήματα νευροδιαβιβαστών που φαίνεται να σχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής η έμφαση δίνεται στην σεροτονίνη και πιο συγκεκριμένα στη σχέση μεταξύ της συγκεκριμένης διαταραχής και της 5HT δυσλειτουργίας, σχέσης που έχει αποδειχθεί από πλήθος φαρμακολογικών δοκιμών (Billett, Reichter, King, Heils, Lesch, Kennedy, 1997). Η δράση, πιο συγκεκριμένα, της χλομιπραμίνης έχει φανεί να υπερτερεί στη μείωση της ψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας αντίθετα με άλλα φάρμακα, λιγότερο ανταγωνιστικής δράσης του σεροτονινεργικού συστήματος ή φάρμακα placebo.

Ταυτόχρονα υπάρχουν ερευνητές που πιστεύουν ότι η δράση ενός συστήματος νευροδιαβιβαστών από μόνο του δεν μπορεί να εξηγήσει μια τόσο πολύπλοκη και ετερογενή διαταραχή όπως η ιδεοψυχαναγκαστική, και προτείνουν το ντοπαμινεργικό σύστημα ως ένα σύστημα που φαίνεται να συμμετέχει επιπρόσθετα στην ανάπτυξη ή/και τη διατήρηση της διαταραχής λόγω της καλής ανταπόκρισης των ασθενών στην αγωγή με ντοπαμινεργικούς ανταγωνιστές (Kaplan & Sadock, 2007). Η υπόθεση τώρα, που θεωρεί την ντοπαμίνη σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων, βασίζεται στο γεγονός ότι πάνω από το 40% των συγκεκριμένων ασθενών δεν ανταποκρίνεται θετικά στη θεραπεία με σεροτονινεργικά φάρμακα και κυρίως με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's).

Κατά συνέπεια η αυξημένη δράση του ντοπαμινεργικού συστήματος φαίνεται να είναι υπεύθυνη για τις περισσότερες ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές κάτι που αποδεικνύεται και με έρευνες σε ζώα που δείχνουν ότι μεγάλες δόσεις ντοπαμινεργικών συντελεστών μπορούν να προκαλέσουν στερεοτυπίες και συμπεριφορές που προσομοιάζουν στους ψυχαναγκασμούς. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνουν και έρευνες σε ανθρώπους.

Με βάση τα παραπάνω το ενδιαφέρον της σύγχρονης νευροβιολογίας κατευθύνεται στη μελέτη των δύο αυτών συστημάτων νευροδιαβιβαστών αφού η μη φυσιολογική δράση και των δύο έχει αρχίσει να θεωρείται ως υπεύθυνη των συμπτωμάτων της εν λόγω διαταραχής (Stahl, 2003).

Δεν πρέπει να υποτιμάται καθόλου το γεγονός ότι η δυνατότητα προσαρμογής ενός βιολογικού οργανισμού, όπως είναι ο άνθρωπος στο περιβάλλον του έχει ως αποτέλεσμα την μετατροπή της λειτουργίας των συστημάτων των νευροδιαβιβαστών. Αυτή η αλλαγή δεν σημαίνει αναγκαστικά την εκδήλωση ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας. Η αλληλεπίδραση και συμπλήρωση της μιας επιστήμης με την άλλη, όπως στην περίπτωση όπου η βιολογία παρέχει πληροφορίες για την λειτουργία των αγχωδών διαταραχών, δεν σημαίνει ότι την αντικαθιστά (Μέλλον, 2007). Η βιολογία

μας δίνει την εικόνα του πώς λειτουργεί το νευρικό σύστημα και η επιστήμη της ανάλυσης της συμπεριφοράς μας πληροφορεί για την διαλεκτική σχέση της βιολογίας με το περιβάλλον, με το οποίο το άτομο έρχεται συνεχώς σε επαφή.

2.3 Σύγχρονες ψυχολογικές θεωρίες και θεραπείες.

Οι βάσεις της σύγχρονης Θεραπείας της Συμπεριφοράς για τις αγχώδεις διαταραχές βρίσκονται στη Θεωρία της Μάθησης (Learning Theory). Όπως αναφέρει ο Mowrer (1947·1951 ·1960) στο μοντέλο των δύο παραγόντων, ο φόβος για κάτι αναπτύσσεται μέσω της κλασσικής διαδικασίας απόκτησης αντανakλαστικών και διατηρείται μέσω της συντελεστικής μάθησης, αφού ο κάθε οργανισμός μαθαίνει να σταματά τα αρνητικά/επιβλαβή ερεθίσματα στην αρχή με το να δραπετεύει και αργότερα με το να αποφεύγει τα ερεθίσματα για φοβικές αντιδράσεις. Χρησιμοποιώντας τη θεωρία – μοντέλο των δύο παραγόντων, ο Meyer (1966) κατάφερε να θεραπεύσει επιτυχώς δύο περιστατικά που έπασχαν από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Αναφέρει ότι στην θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι πολύ σημαντική η άμεση αντιμετώπιση της εκδήλωσης στερεοτυπικών, ατελέσφορων συμπεριφορών με το να εξασφαλίζεται ότι οι τελετουργίες που χαρακτηρίζουν τις καταταναγκαστικές συμπεριφορές δεν λαμβάνουν μέρος τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά επίσης και πριν τη θεραπευτική συνεδρία. Σε μια άλλη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η έκθεση στη φοβική κατάσταση με την αποτροπή της εκδήλωσης της στερεοτυπίας όπου η πειραματική ομάδα των πασχόντων από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή βελτιώθηκε σημαντικά σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η οποία δεν παρουσίασε βελτίωση (Rachman, Hodgson. & Marks, 1971). Στην πειραματική ομάδα χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις: α. Η μάθηση μέσω επίδειξης συμπεριφοράς προς μίμηση (modeling), σύμφωνα με τον Bandura (1969) και β. η κατακλυσμαία μέθοδος (flooding), σύμφωνα με την θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από φοβική διαταραχή (Boulougouris, Marset, & Marks, 1971). Οι δύο αυτές μέθοδοι δεν παρουσίασαν καμία διαφορά σχετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

2.4 Η εφαρμογή της συμπεριφοριστικής θεωρίας.

Η αρχική εφαρμογή της συμπεριφοριστικής θεωρίας στην θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής θεραπείας βασίστηκε στην υπόθεση ότι οι έμμονες ιδέες ή/και ιδεοληψίες έχουν συσχετιστεί με ερεθίσματα για φοβικές αντιδράσεις, χωρίς το εξαρτημένο αντανakλαστικό να μπορέσει να γίνει πάλι ουδέτερο. Κατά συνέπεια, ο διαρκής έλεγχος ή/και το διαρκές πλύσιμο των χεριών είναι προϊόν της αποφυγής ή δραπέτευσης του ατόμου από τις καταστάσεις ή/και τα ερεθίσματα που προκαλούν αυξημένο άγχος στο εν λόγω άτομο, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η σταδιακή απόσβεσή τους (Rachman & Hodgson, 1980). Εδώ λοιπόν μια σειρά από έρευνες εισάγουν την θεραπεία της έκθεσης

στο ερέθισμα ή στην κατάσταση που προκαλεί φόβο με την αποτροπή, ταυτόχρονα, της εκδήλωσης της στερεοτυπικής συμπεριφοράς (exposure to anxiety – evoking stimuli and response prevention) (Foa & Goldstein, 1978· Marks, Hodgson, & Rachman, 1975). Όπως έγινε αποδεκτό από τα ευρήματα αρκετών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν και αξιοποίησαν τα παραπάνω, η επιτυχία της Θεραπείας της Συμπεριφοράς στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνίσταται στο συνδυασμό και την αλληλεπίδραση μεταξύ της πειραματικής απόδειξης της θεωρίας, των περαιτέρω ερευνητικών προσπαθειών και της δημιουργικής εφαρμογής της κλινικής θεωρίας και έρευνας (Rachman & Hodgson, 1980).

2.5 Η εφαρμογή της γνωστικής θεωρίας

Η γνωστική θεωρία που αφορά στη δημιουργία και τη διατήρηση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής έχει τις ρίζες της στο γνωστικό μοντέλο του Beck (1976). Το εν λόγω μοντέλο υποστηρίζει ότι οι διάφορες ψυχιατρικές/ψυχολογικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα διαφορετικών δυσλειτουργικών ιδεών και σχημάτων που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους, αλλά και για τον κόσμο με τον οποίο αλληλεπιδρούν. Ερευνητές και θεωρητικοί της γνωστικής θεωρίας αναφέρουν ότι οι στερεοτυπικές συμπεριφορές και οι εμμονές που εμφανίζονται στην εν λόγω διαταραχή είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων δυσλειτουργικών ιδεών και σχημάτων (Rachman, 1997· Salkovskis, 1999). Η αλήθεια είναι βέβαια ότι ενώ πολλοί άνθρωποι έχουν άσχημες και υπερβολικές ιδέες για τον εαυτό τους ή για τον κόσμο που τους περιβάλλει, εντούτοις λίγοι πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Ενώ δυσλειτουργικές και παράλογες ιδέες απασχολούν τη σκέψη των περισσότερων ατόμων, ελάχιστα είναι τα άτομα εκείνα που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και αποδίδουν σε αυτές τις ιδέες και σκέψεις μια πιο αντιφατική και επικίνδυνη χροιά (Rachman, 1997). Προς την αποφυγή λοιπόν της αναβίωσης των άσχημων και επικίνδυνων σκέψεων, αρχίζουν να αποφεύγουν καταστάσεις και συνθήκες που θεωρούνται υπεύθυνες για την παραγωγή αυτών των σκέψεων και ανατρέχουν σε καθυστερημένες επαναληπτικές τελετουργίες. Όσο πιο υπεύθυνοι αισθάνονται αυτοί οι άνθρωποι για τη δημιουργία και διατήρηση αυτών των παράλογων και άσχημων ιδεών τόσο πιο έντονες και συχνές γίνονται αυτές οι σκέψεις (Salkovskis, 1985· 1999). Νιώθουν υπεύθυνοι ότι δεν μπορούν να εμποδίσουν αυτές τις σκέψεις ή ότι δεν μπορούν να αποτρέψουν το κακό που οι ίδιοι άθελά τους προκαλούν. Επίσης είναι χαρακτηριστικό ότι οι πάσχοντες από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζονται από αυξημένη αίσθηση υπευθυνότητας και συνείδησης, για αφοσίωση στη δουλειά τους και αυξημένο αίσθημα κοινωνικής δέσμευσης (Salkovskis, Shafran, Rachman, & Freeston, 1999). Με αυτό τον τρόπο αυτοί οι άνθρωποι δίνουν πρωταρχική σημασία και σπουδαιότητα σε συγκεκριμένα στοιχεία του εαυτού τους (πρέπει ο εαυτός τους να εκλαμβάνεται ως ηθικό ον) και αυτό είναι εκείνο το στοιχείο που επηρεάζει

την «επιτυχή / λειτουργική» διαχείριση σε αυτές τις δυσλειτουργικές, παράλογες και επικίνδυνες σκέψεις.

Οι εμμονές και οι καταναγκασμοί θεωρούνται αποκρίσεις των υποκειμένων σε αντίστοιχες παράλογες και επικίνδυνες σκέψεις ή εικόνες υποκειμένων. Ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια απειλή προς το άτομο στο περιβάλλον, η απειλή την οποία το άτομο προσπαθεί να αποφύγει με τελετουργικές συμπεριφορές και σκέψεις βρίσκεται μέσα στο ίδιο το περιεχόμενο των σκέψεων των ατόμων αυτών (Clark & Purdon, 1993· Rachman, 1998, Salkovskis, 1985). Τα δυσλειτουργικά σχήματα που έχουν τα άτομα που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην δημιουργία και διατήρηση της συγκεκριμένης διαταραχής, δεν αναφέρονται μόνο στον εαυτό αλλά και στον κόσμο που περιβάλλει τα άτομα αυτά (Guidano & Liotti, 1983).

2.6 Οι περιορισμοί της εφαρμογής της συμπεριφοριστικής και γνωστικής θεωρίας

Η αποτελεσματικότητα της τεχνικής της έκθεσης στο φοβογόνο ερέθισμα και της αποτροπής της εκδήλωσης της στερεοτυπικής συμπεριφοράς (συμπεριφοριστική θεωρία) εξηγείται με τις έννοιες της εξοικείωσης και της εξάλειψης. Αναλυτικότερα και στα πλαίσια των αρχικών εφαρμογών της συμπεριφοριστικής θεωρίας και του μοντέλου των δύο παραγόντων, οι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς έρχονται σε επαφή με το ερέθισμα που τους προκαλεί φόβο και ταυτόχρονα περιορίζονται οι τελετουργίες, όπως είναι ο διαρκής έλεγχος ή το συνεχές πλύσιμο των χεριών. Τα άτομα αυτά αναπτύσσουν αρχικά μεγάλα επίπεδα άγχους, άλλα με την συνεχή παρουσίαση του φοβογόνου ερεθίσματος, εκείνο χάνει με τη σειρά του σταδιακά την ικανότητα να προκαλεί φόβο και αντίστοιχες αντιδράσεις στο άτομο. Παράλληλα με την αποτροπή της εκδήλωσης της στερεοτυπικής συμπεριφοράς το άτομο είναι σε θέση να αντιμετωπίζει παρόμοια φοβικά ερεθίσματα στο μέλλον χωρίς να τα αποφεύγει. Το άτομο κατ' επέκταση ανακαλύπτει ότι τα ερεθίσματα που μέχρι πρότινος απέφευγε δεν έχουν το επικίνδυνο και απειλητικό χαρακτήρα που το άτομο αρχικά πίστευε (Grayson, Foa, & Steketee, 1986· Kozak, Foa & Steketee, 1988).

Παρόλο που η αποτροπή της εκδήλωσης στερεοτυπικής συμπεριφοράς είναι γενικά αποτελεσματική και ανώτερη από άλλου τύπου μεθόδους, όπως η τεχνική της χαλάρωσης (relaxation training), η ίδια μέθοδος φαίνεται να είναι αναποτελεσματική σε άτομα που πάσχουν μόνο από ιδεοληψίες ή/και έμμονες ιδέες (Rachman, Hodgson, Marks, 1971·1973). Επίσης οι πάσχοντες από τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση μετά το τέλος αυτής της θεραπείας, χωρίς όμως να απαλλάσσονται εντελώς από τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως πιθανά συμβαίνει σε άλλες διαταραχές. Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι αρκετοί είναι οι ασθενείς που αρνούνται να δεσμευτούν σε μια τέτοια θεραπεία ή εγκαταλείπουν τη θεραπεία πριν το τέλος των συνεδριών

(Kasvikis & Marks, 1988). Το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη σοβαρής μορφής και έκτασης και ότι οι ιδεοληψίες τους είναι σκόπιμες αποτελεί έναν επιπλέον λόγο αποτυχίας της συγκεκριμένης θεραπείας (Foa, Steketee, Grayson, & Doppelt, 1983).

Η γνωστική θεωρία και θεραπεία έχει πλήθος εμπειρικών ερευνών που έχουν οδηγήσει σε αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (Salkovskis, 1985-1999, Rachman, 1997). Η γνωστική θεωρία, όμως, περισσότερο ασχολήθηκε με την διατήρηση και την επιδείνωση των ιδεοληψιών και των εμμονών παρά με το πώς αυτές δημιουργήθηκαν και κατά συνέπεια εξελίχθηκαν (Doron & Kyrios, 2005). Η εν λόγω θεωρία δεν παρέχει καθόλου πληροφορίες για το πώς δημιουργούνται οι έμμονες ιδέες, δεν ασχολείται με τους ψυχαναγκασμούς και τις στερεοτυπικές συμπεριφορές που αποτελούν σημαντικό τμήμα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ερμηνείες που έδωσαν οι θεωρητικοί της γνωστικής θεωρίας για την δημιουργία και την εξέλιξη της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής παραμένουν ατελείς, όπως ατελής παραμένει και η θεραπευτική αποτελεσματικότητα της εν λόγω θεωρίας (Southam – Gerow & Kendall, 2000-Rachman, 1998, van Oppen & Arntz, 1994).

Τέλος αξίζει να σημειώσουμε ότι και οι δύο προσεγγίσεις στις αρχικές τους εφαρμογές αδυνατούν να εξηγήσουν βασικά τμήματα τόσο της αιτιοπαθογένειας όσο και της θεραπείας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και προβάλλει επιτακτική η ανάγκη επέκτασης ή ακόμα και αναδιαμόρφωσης μιας επιστημονικής θεωρίας για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

2.7 Σύγχρονες κατευθύνσεις

Το μοντέλο των δύο παραγόντων, παρά τα όποια μειονεκτήματά του και την μερική αποτελεσματικότητά του, αποτελεί την προσέγγιση που προτιμούν οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Rachman & Hodgson, 1980).

Θεραπευτικές τεχνικές στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ενδεικτικά είναι η κατακλυσμική, η μέθοδος διακοπής της σκέψης, η τεχνική response - prevention (που θεωρείται και η αποτελεσματικότερη), η έκθεση (φανταστική ή πραγματική), σε καταστάσεις που πυροδοτούν την συμπτωματολογία καθώς και η μίμηση προτύπου.

Η ψυχοθεραπεία από μόνη της στη συγκεκριμένη διαταραχή δεν φαίνεται να επαρκεί, αλλά σε συνδυασμό με τη χρήση σεροτονινεργικών αντικαταθλιπτικών ίσως έχει θεραπευτική επίδραση. Ο ασθενής χρήζει της ενθάρρυνσης ότι η νόσος δεν θα τον οδηγήσει σε απώλεια ελέγχου του εαυτού του και αρκετές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βασίζονται σε αυτή την ενθάρρυνση. Τέλος ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις (ατομικού ή ομαδικού χαρακτήρα), οι οποίες αναφέρονται στην φύση και τα συμπτώματα της νόσου, την εξέλιξή της, τις θεραπείες, τους τρόπους αντιμετώπισης του

άγχους, έχουν σημαντική συμβολή στην πρόγνωση της ασθένειας αλλά και στην ίδια τη θεραπεία. (Αγγελόπουλος, 2009).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B.1 ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η συλλογή πληροφοριών αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο της διαγνωστικής διαδικασίας γενικότερα των ψυχιατρικών διαταραχών αλλά και πιο ειδικά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Είναι μία ευρεία και δυναμική διαδικασία, η οποία είναι αναγκαία και σημαντική κατά την διάρκεια της συνεργασίας θεραπευμένου και θεραπευτή, έχοντας στο επίκεντρό της την συλλογή πληροφοριών με την βοήθεια ψυχομετρικών εργαλείων (παρατήρηση συμπεριφοράς, κλινικά τεστ, ημιδομημένες και δομημένες συνεντεύξεις). Παρακάτω θα παρουσιαστούν τέτοιου είδους ψυχομετρικά εργαλεία για την διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, η εξέλιξη και οι διάφορες αναθεωρήσεις τους.

B.2 Ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής

Τα ευρύτερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι το Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI: Hodgson & Rachman, 1977), το Padua Inventory (PI: Sanavio, 1988), το Obsessive–Compulsive Inventory (OCI: Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998), το Obsessive–Compulsive Inventory – Revised (OCI-R: Foa et al., 2002), το Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI: Thordarson et al., 2004). Εργαλεία που έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση είναι το Symptom Checklist-90 (SCL-90) και το Leyton Obsessional Inventory (LOI) χωρίς όμως να είναι τόσο περιεκτικά στη αξιολόγηση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Η αρχική κλίμακα Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI) δημιουργήθηκε το 1977 και παραμένει ένα πολύ χρήσιμο ερωτηματολόγιο (Hodgson & Rachman, 1977· Thordarson et al., 2004). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις τύπου σωστό-λάθος. Χωρίζεται σε 6 υποκλίμακες: την κλίμακα ελέγχου, καθαριότητας, βραδύτητας, αμφιβολίας, αναμάσησης και ενσυνειδησίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι το εργαλείο αυτό είναι ιδιαίτερα αξιόπιστο και ευαίσθητο στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων, αλλά παρότι έχει χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει τις θεραπευτικές αλλαγές, δεν είναι κατάλληλο για τη μέτρηση των μεταβολών με τη θεραπεία εξαιτίας του διχοτομικού τρόπου

απάντησή του και του ότι πολλά στοιχεία αναφέρονται κυρίως στο παρελθόν και σε σταθερά γεγονότα παρά στην τρέχουσα συμπεριφορά και τις ανησυχίες (π.χ. οι γονείς μου ήταν μάλλον αυστηροί).

Επιπλέον, επικεντρώνεται στα συμπτώματα καθαριότητας και πλυσίματος, αλλά δεν αξιολογεί άλλες σημαντικές πλευρές όπως οι καταναγκασμοί συλλογής και οι νοητικές τελετουργίες. Έτσι, εκείνοι οι οποίοι υποφέρουν από «σιωπηρά» συμπτώματα, όπως οι νοητικοί καταναγκασμοί, δεν εμπίπτουν στο εύρος παθολογίας του ερωτηματολογίου.

Το Padua Inventory (PI) δημιουργήθηκε από Ιταλούς ερευνητές το 1988 (Sanavio, 1988) και περιέχει 60 ερωτήσεις-προτάσεις που αξιολογούν τα συνήθη ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα και το βαθμό που εμποδίζουν τη λειτουργικότητα. Το PI αποτελείται από 4 υποκλίμακες: έλεγχος, φόβος μόλυνσης, γνωστική αποδιοργάνωση, φόβος αποδιοργάνωσης της συμπεριφοράς (παρορμήσεις). Η εν λόγω κλίμακα βρέθηκε αρκετές φορές, να μετράει περισσότερο ανησυχία παρά εμμονή. Οι Burns, Keortge, Formea και Sternberger (1996), αναθεώρησαν την κλίμακα (Padua Inventory-Washington State University Revision), η οποία αποτελείται από πέντε υποκλίμακες: α) ιδεοληψίες για βλάβη του εαυτού ή των άλλων, β) ψυχαναγκαστικές παρορμήσεις να βλάψει κανείς τον εαυτό του ή τους άλλους, γ) ιδεοληψίες μόλυνσης και καταναγκασμούς πλυσίματος, δ) καταναγκασμούς έλεγχου, ε) καταναγκασμούς αναφορικά στην περιποίηση και το ντύσιμο. Η αναθεωρημένη κλίμακα Padua Inventory-Washington State University Revision έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και αποτελεί ένα από τα πιο ολοκληρωμένα εργαλεία αυτο-αναφοράς της Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, αλλά αρκετές σημαντικές ομάδες των συμπτωμάτων δεν καλύπτονται, όπως η αποθησαύριση.

Η κλίμακα Obsessive–Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) (Foa, et al. 2002), η οποία αποτελεί μια πιο σύντομη αναθεώρηση της κλίμακας Obsessive–Compulsive Inventory (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998), αποτελείται από 18 θέματα τα οποία μετρούν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ψυχαναγκασμού σε μία πεντάβάθμη κλίμακα. Περιέχει έξι υποκλίμακες: α) πλύσιμο, β) έλεγχος, γ) σειρά, δ) ιδεοληψίες, ε) συσσώρευση, στ) ουδετεροποίηση. Οι ψυχομετρικές του ιδιότητες αναφέρονται σε άριστη εσωτερική συνάφεια, άριστη αξιοπιστία και εγκυρότητα, γεγονός που επιτρέπει την μέτρηση στοιχείων που χαρακτηρίζουν την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

B.2.1 Το ερωτηματολόγιο Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)

Η αναθεώρηση της κλίμακας Maudsley (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977) το ερωτηματολόγιο Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI; Thordarson et al., 2004) σχεδιάστηκε με στόχο την ψυχομετρική αξιολόγηση μιας σειράς εμμονών, καταναγκασμών, συμπεριφορών αποφυγής, και

χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γνωστών ή θεωρητικά σημαντικών τομέων/ συμπτωμάτων της ιδεοψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής (Thordarson et al., 2004). Η ανάπτυξη της κλίμακας ξεκίνησε το 1994 από τους Rachman και Taylor οι οποίοι δημιούργησαν αρχικά μία «δεξάμενή» 172 τεκμηρίων, που συμπύχτησε το 1995 (Rachman, Thordarson, & Radomsky, 1995) σε μια κλίμακα 84 σημείων και ήταν ουσιαστικά η αναθεώρηση της MOCI η οποία ονομάστηκε Maudsley Obsessional Compulsive Inventory-Revised (MOCI-R). Περνώντας από αρκετές φάσεις αλλαγών η κλίμακα VOCI έφτασε το 2004 να πάρει την σημερινή της μορφή (Thordarson et al., 2004). Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι η κλίμακα έχει επεκταθεί πέρα από την αρχική συμπεριφορική της βάση και περιλαμβάνει και γνωστικά αντικείμενα.

Η εν λόγω κλίμακα αποτελείται από 55 σημεία αυτοαναφοράς. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε Κλίμακα τύπου Likert πέντε σημείων, από 0 (καθόλου) έως 4 (πάρα πολύ) και η μέτρηση αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων με μια σειρά δηλώσεων που σχετίζονται με ιδεοληψίες και καταναγκασμούς. Έτσι αυξάνεται η ευαισθησία του σε πιθανή θεραπευτική αλλαγή. Το VOCI έχει έξι υποκλίμακες: (α) φόβοςμολύνσεων (Αισθάνομαι πολύ βρώμικος όταν αγγίζω χρήματα.) (β)έλεγχος (Ελέγγω ξανά και ξανά πράγματα, όπως βρύσες ή διακόπτες, αφού τα κλείσω) (γ)εμμονές (Βιώνω κατ' επανάληψη τις ίδιες σκέψεις ή και εικόνες σε σχέση με κάποιο ατύχημα, χωρίς να το θέλω) (δ)συλλογή (Δυσκολεύομαι να κάνω απλές οικιακές εργασίες γιατί το σπίτι μου είναι γεμάτο με πράγματα που έχω συγκεντρώσει) (ε) τελειομανία (Αισθάνομαι υποχρεωμένος να είμαι απόλυτα τέλειος) (στ) αναποφασιστικότητα (Το βρίσκω πολύ δύσκολο να πάρω έστω και ασήμαντες αποφάσεις). Όλα τα στοιχεία αναφέρονται σε τρέχουσες ανησυχίες και στοιχεία της συμπεριφοράς, καθώς και σε θετικά χαρακτηριστικά οδηγώντας σε ευκολότερη χορήγηση, βαθμολόγηση και ερμηνεία. Η κλίμακα έχει πολύ μεγάλη εσωτερική αξιοπιστία σε όλους τους πληθυσμούς που χορηγείται δηλαδή στους φοιτητές, στην κοινότητα, στους ιδεοψυχαναγκαστικούς και στους clinical control πληθυσμούς (Cronbach's α 50.96, 0.90, 0.94, και 0.98, αντίστοιχα). Τέλος στα δείγματα πληθυσμού ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών η συσχέτιση των αποτελεσμάτων του VOCI με τα αποτελέσματα άλλων ψυχομετρικών διαγνωστικών εργαλείων της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι πολύ υψηλή.

Εξαιτίας όλων των παραπάνω πλεονεκτημάτων, το ερωτηματολόγιο VOCI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε άλλες γλώσσες και πληθυσμούς πέρα από τον Καναδά, παρουσιάζοντας αντίστοιχα θετικά αποτελέσματα υψηλής αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Βασίζόμενοι λοιπόν στο γεγονός της απουσίας ελληνικής έκδοσης μιας κλίμακας αυτό-αναφοράς συμπτωμάτων της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, που θα διακρίνεται για την αξιοπιστία της και την εγκυρότητά της, επιχειρήθηκε στα πλαίσια της εν λόγω εργασίας να επιτευχθεί η προσαρμογή και η πιλοτική στάθμιση του Ερωτηματολογίου διερεύνησης Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής –

Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) στον ελληνικό πληθυσμό (κλινικό και μη κλινικό). **Σκοπός και στόχος της παρούσας εργασίας**, ήταν η προσαρμογή και η διερεύνηση της εσωτερικής συνοχής /εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τόσο της συνολικής κλίμακας, όσο καθεμίας από τις έξι υποκλίμακες αυτής, σε κλινικά και μη κλινικά δείγματα ελληνικού πληθυσμού.

Σε σχέση με τη διερεύνηση της εγκυρότητας εξετάστηκαν: α) Η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου σε όλα τα πληθυσμιακά δείγματα (εννοιολογική εγκυρότητα), και β) η εγκυρότητα κριτηρίου του εν λόγω εργαλείου (VOCI). Όσον αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έγινε διερεύνηση της σταθερότητας επαναληπτικών μετρήσεων του, με επαναληπτική χορήγηση της κλίμακας σε σημαντικό μέρος του δείγματος.

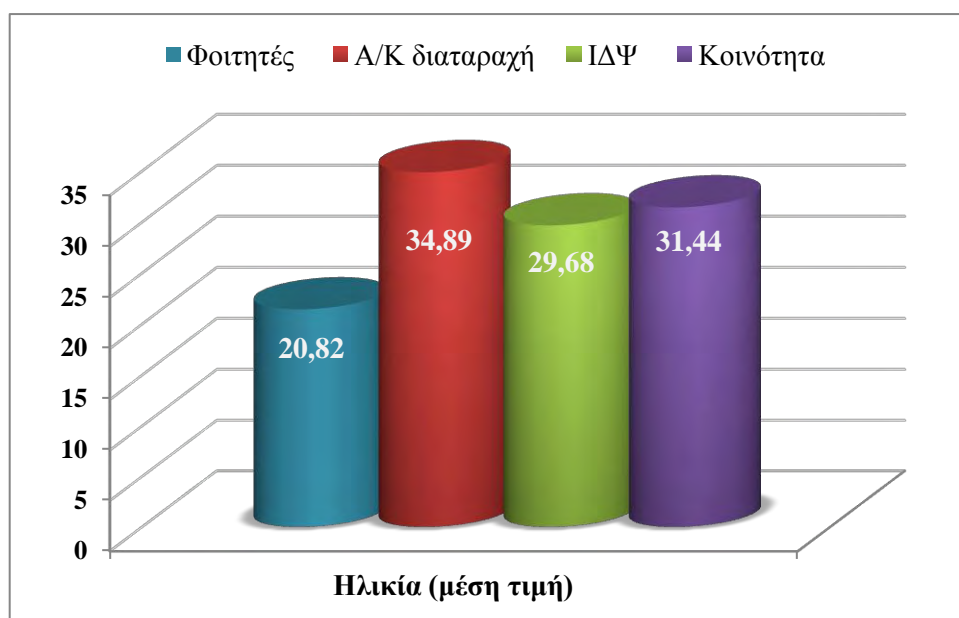
B.3 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 238 ενήλικες συμμετέχοντες εκ των οποίων 53 (22.3%) πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (clinical group), 35(14,7%) από αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή (clinical control group), 100 φοιτητές(42%) και 50(21%) άτομα που ανήκουν στον ευρύτερο γενικό πληθυσμό (ομάδα ελέγχου).(βλ Πίνακα 1). Τα άτομα που αποτελούν το δείγμα του κλινικού πληθυσμού παρακολουθούνταν στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων του ΠΓΝ Λάρισας. Το δείγμα των φοιτητών, αναφέρεται σε φοιτητές Ιατρικής μιας και ο συγκεκριμένος πληθυσμός διευκόλυνε στην ικανοποίηση της προϋπόθεσης επαναχορήγησης της κλίμακας VOCI στο συγκεκριμένο πληθυσμό μετά από ένα μήνα. Οι φοιτητές Ιατρικής έχουν υποχρεωτικά εργαστηριακά μαθήματα, εξάμηνης περίπου διάρκειας, οπότε αποτελούν σταθερό τμήμα του φοιτητικού πληθυσμού. Το δείγμα των ατόμων από την ευρύτερη κοινότητα συλλέχθηκε με τυχαίο τρόπο σε διάφορους χώρους ψυχικής υγείας και εκπαίδευσης, όπου υπήρχε δυνατότητα πρόσβασης. Το 40% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες και το 60% άνδρες, αναλογία που εμφανίζεται παρόμοια σε όλες τις κατηγορίες του δείγματος (βλ. Πίνακα 1, Εικόνα 2). Η μέση τιμή ηλικίας ανά κατηγορία πληθυσμού περιγράφεται στον Πίνακα 1 και στην Εικόνα 1. Αξίζει να σημειωθεί ότι και στους δύο κλινικούς πληθυσμούς (ΙΔΨ, Α/Κ) δεν χορηγήθηκαν άλλα διαγνωστικά εργαλεία, ώστε να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα της διάγνωσής τους. Οι συμμετέχοντες των δειγμάτων των κλινικών πληθυσμών επιλέχθηκαν βάση της διάγνωσης που είχαν ήδη από τους θεράποντες ιατρούς τους, και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής μιας και όλοι παρακολουθούνται ψυχιατρικά και αρκετοί από αυτούς βρίσκονται σε θεραπεία. Για την ομάδα ελέγχου, (φοιτητές και ευρύτερη κοινότητα) δεν υπήρξε πρακτική δυνατότητα εκτίμησης παρουσίας ή απουσίας ψυχιατρικών συμπτωμάτων, λόγω ομαδικής χορήγησης αλλά και λόγω ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, γεγονός που αποτελεί σημαντικό περιορισμό της έρευνας.

Πινάκας 1

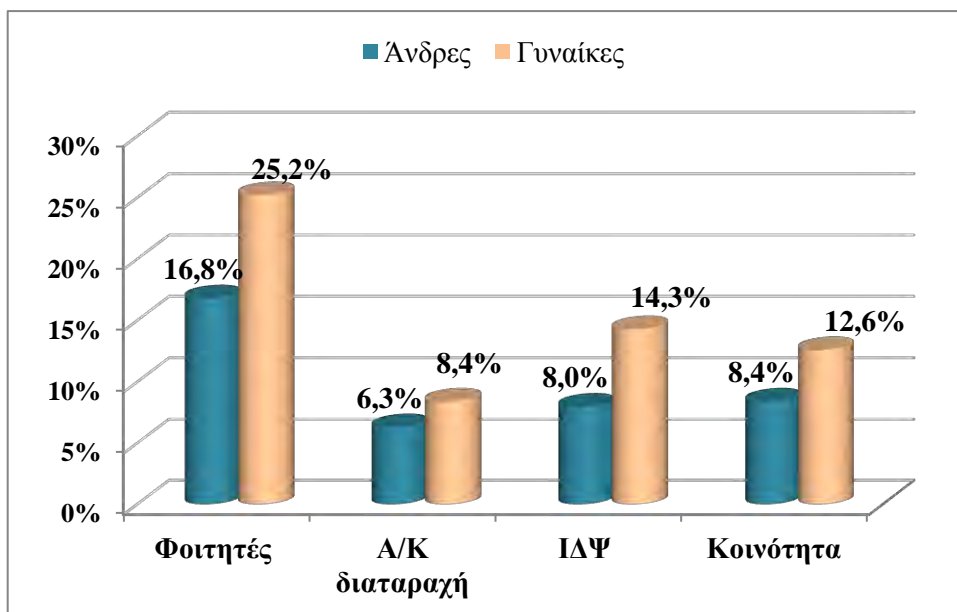
Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

	Φοιτητές	Αγχώδης/καταθλιπτική διαταραχή	ΙΔΨ	Κοινότητα
Σύνολο	100	35	53	50
N (%)	(42.0%)	(14.7%)	(22.3%)	(21.0 %)
Φύλο				
Άνδρες	40	15	19	20
N (%)	(40%)	(42.9%)	(35.8%)	(40%)
Γυναίκες	60	20	34	30
N (%)	(60%)	(57.1%)	(64.2%)	(60%)
Ηλικία	21.45	34.89	29.68	31.44
Μέση τιμή				



Εικόνα 1

Μέση τιμή ηλικίας ανά ομάδα συμμετεχόντων στη μελέτη



Εικόνα 2

Κατανομή φύλου ανά ομάδα συμμετεχόντων, στο σύνολο των 238 συμμετεχόντων

B.4 Διαδικασία

Προσαρμογή-μετάφραση ερωτηματολογίου

Για την προσαρμογή του ερωτηματολογίου VOCI χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία «back translation» όπως περιγράφεται από τον Brislin (1970) και Vallerand (1989 Το ερωτηματολόγιο Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) μεταφράστηκε αρχικά από τα αγγλικά (Παράρτημα 2) στα ελληνικά και στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση από ανεξάρτητο μεταφραστή (εκπαιδευτικό φιλόλογο - απόφοιτο Τμήματος Αγγλικής φιλολογίας) από τα ελληνικά στα αγγλικά.). Με την μέθοδο αυτή πιστεύουμε ότι εξασφαλίστηκε η μέγιστη δυνατή απόδοση στην ελληνική γλώσσα του περιεχομένου του εργαλείου. Αφού δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα των μεταφράσεων δομήθηκε η τελική έκδοση του ερωτηματολογίου VOCI στην ελληνική γλώσσα (Παράρτημα 3).

Συλλογή δείγματος

Η συγγραφέας της παρούσας μελέτης καθώς και η επιβλέπουσα προσέγγισαν τους συμμετέχοντες είτε μέσω της άμεσης θεραπευτικής τους σχέσης, είτε με τη διαμεσολάβηση άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας,(κλινικοί πληθυσμοί), στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, είτε σε συνεννόηση με τα Τμήματα Ιατρικής Λάρισας και Πάτρας (φοιτητές), είτε τυχαία (γενικός πληθυσμός). Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες αφού ενημερώθηκαν και συμφώνησαν (Παράρτημα 4) για την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή τους στην συγκεκριμένη έρευνα, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο διερεύνησης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI).

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε ατομικά σε γραφείο του Ψυχιατρικού Τμήματος ΠΓΝΛ για το κλινικό δείγμα, αφού δίδονταν οι απαραίτητες διευκρινήσεις-οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης. Για τους φοιτητές Ιατρικής η χορήγηση έγινε ομαδικά, στο χώρο της Ιατρικής σχολής ή σε χώρο σεμιναρίων του νοσοκομείου (στο πλαίσιο πρακτικής τους άσκησης). Για τον πληθυσμό από την ευρύτερη κοινότητα η χορήγηση έγινε ατομικά με τυχαίο τρόπο σε διάφορους χώρους ψυχικής υγείας και εκπαίδευσης, όπου είχε δυνατότητα πρόσβασης η συγγραφέας της εν λόγω έρευνας.

Η VOCI χορηγήθηκε σε μέρος του δείγματος (ποσοστό 52,94%) δύο φορές (test/re-test). Πιο συγκεκριμένα, το 52,94 % των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν μετά το πέρας της συμπλήρωσής τους την πρώτη φορά με τα αρχικά του ονόματός των συμμετεχόντων (ώστε να εξασφαλιστεί το απόρρητο) και το σύμβολο ®, και εξηγήθηκε στους συμμετέχοντες που τα συμπλήρωναν ότι θα καλούνταν να τα επανασυμπληρώσουν μετά από μία εβδομάδα για λόγους ελέγχου της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου (επανασυμπλήρωσε το 86,79 % του κλινικού δείγματος των πασχόντων από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το 80 % των φοιτητών). Τέλος σημειώνεται ότι δεν υπήρχε δεσμευτική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

B.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Προετοιμασία δείγματος

Η εξέταση των δεδομένων είναι ένα απαραίτητο αρχικό βήμα πριν από οποιαδήποτε εφαρμογή αναγνωριστικών ελέγχων σε αυτά. Το δείγμα των 238 ατόμων που συγκεντρώθηκε εξετάστηκε ως προς τις χαμένες και ακραίες τιμές και την πιθανή παραβίαση των παραδοχών των πολυμεταβλητών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν. Ο σκοπός αυτής της εξέτασης είναι να αποκαλυφθούν οι «κρυμμένες επιδράσεις» ή αλλιώς οι εξωτερικές μεταβλητές στην δομή των δεδομένων και κατά

συνέπεια στην ερμηνεία τους για την εξαγωγή των τελικών συμπερασμάτων (Anderson, Babin, Black, Hair, 2010)

5.1.1 Κανονικότητα κατανομής δείγματος

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου προέρχονται από την 5-βάθμια κλίμακα Likert, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στις ψυχομετρικές έρευνες. Οι απαντήσεις στις συνιστώσες του ερωτηματολογίου προσδιορίζουν το βαθμό κατά τον οποίο συμφωνεί ο ερωτώμενος με το περιεχόμενο της κάθε συνιστώσας. Τα επίπεδα μέτρησης για το συγκεκριμένο εργαλείο είναι 0: καθόλου, 1: Λίγο, 2: Αρκετά, 3: Πολύ, 4: Πάρα πολύ. Ακριβώς επειδή το εύρος της κλίμακας καλύπτει την ένταση των συναισθημάτων του ερωτώμενου για την υπό εξέταση συνιστώσα, οι αποστάσεις μεταξύ των επιπέδων μέτρησης θεωρούνται ίσες και έτσι μπορεί να παραβλεφθεί η μη συνεχής μορφή βαθμολόγησης της κλίμακας, με αποτέλεσμα να μπορούν να χρησιμοποιηθούν όλοι οι παραμετρικοί έλεγχοι (όπως t test, ANOVA, διαστήματα εμπιστοσύνης κλπ) για την εξαγωγή των συμπερασμάτων μας (Anderson et al., 2010· Βασιλακοπούλου, Σιώμος, 2005). Πριν την εφαρμογή όμως των παραμετρικών ελέγχων, τα δείγματα εξετάστηκαν ως προς την κανονικότητα τους, μέσω του Kolmogorov-Smirnov ελέγχου. Ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov προσδιορίζει αν η κατανομή ενός συνόλου δεδομένων ταυτίζεται με την κανονική κατανομή ή όχι. Σε περίπτωση που κάποιο δείγμα δεν ακολουθεί κανονική κατανομή δεν μπορούν να εφαρμοστούν παραμετρικοί έλεγχοι, αλλά αυτοί αντικαταστάθηκαν από τον αντίστοιχο μη παραμετρικό έλεγχο (Anderson et al., 2010· Βασιλακοπούλου, Σιώμος, 2005).

5.1.2. Διαχείριση χαμένων τιμών

Για την αντιμετώπιση των χαμένων τιμών (missing values) στο δείγμα αντικαταστήσαμε τις κενές απαντήσεις για τον εκάστοτε συμμετέχοντα με το μέσο σκορ που είχε σημειώσει στην κατηγορία στην οποία ανήκει η χαμένη τιμή. Η μέθοδος αυτή καλείται pro-rating και εφαρμόζεται μόνο στις περιπτώσεις των ερωτηματολογίων με ποσοστό χαμένων απαντήσεων μικρότερο από 20%. Διαφορετικά, αν το ποσοστό των μη απαντημένων ερωτήσεων ανά ερωτώμενο υπερβαίνει το 20%, αλλά παρόλα αυτά εφαρμοστεί η pro-rating μέθοδος, η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μειώνεται (Anderson et al., 2010). Συνολικά εντοπίστηκαν και «διορθώθηκαν» με την pro-rating μέθοδο 18 ερωτηματολόγια με 24 μη απαντημένες ερωτήσεις, εκ των οποίων 2 ερωτηματολόγια έχουν από 4 κενές απαντήσεις (ποσοστό 7.3%) και 16 ερωτηματολόγια από 1 κενή απάντηση (ποσοστό 1.8%).

5.1.3. Έλεγχος ακραίων τιμών

Αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία συμπλήρωσης των χαμένων απαντήσεων, ελέγξαμε τα τέσσερα δείγματα (φοιτητές N=100, A/K N=35, ΙΔΨ N=53, κοινότητα N=50) ως προς τις ακραίες τιμές

(outliers) με την μέθοδο της απόστασης Mahalanobis D2, η οποία είναι κατάλληλη για πολυδιάστατες ακραίες τιμές. Οι τιμές αυτού του είδους προκύπτουν από τον συνδυασμό ενός πλήθους μεταβλητών με σκοπό την εκτίμηση μιας ευρύτερης έννοιας (Anderson et al., 2010· Pallant 2010).

Στη συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιήσαμε τις 55 συνιστώσες του VOIC, έτσι ώστε να αξιολογήσουμε την παραγοντική δομή των 6 υποκατηγοριών, καθώς και την συνολική οργάνωση του ερωτηματολογίου. Αρχικά ελέγξαμε την εσωτερική συνοχή των υποκλιμάκων του VOIC με τον συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha για κάθε δείγμα, συμπεριλαμβάνοντας τις ακραίες τιμές και μετά επαναλάβαμε τον υπολογισμό των ίδιων δεικτών, αφαιρώντας όμως από την ανάλυση τις ακραίες τιμές. Στη συνέχεια κάναμε έλεγχο μέσων τιμών για την κάθε κατηγορία των δύο δειγμάτων με και χωρίς τις ακραίες τιμές για να δούμε αν επήλθε διαφοροποίηση στις μέσες τιμές από την αφαίρεση των ακραίων τιμών. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής, με και χωρίς τις ακραίες τιμές, εξετάστηκαν ως προς το μέγεθος τους και σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των ελέγχων των μέσων τιμών αποτέλεσαν το καταλυτικό σημείο για το αν θα διατηρήσουμε τις ακραίες αυτές τιμές στο δείγμα ή αν θα τις διαγράψουμε για να μην αλλοιώνουν τα αποτελέσματα μας.

Με την μέθοδο της απόστασης Mahalanobis, εντοπίστηκαν 6 ακραίες τιμές μόνο σε δύο από τα τέσσερα υπό εξέταση δείγματα. Οι 5 ανήκουν στις συνιστώσες του ερωτηματολογίου που συνθέτουν τις υποκατηγορίες «Φόβος μόλυνσης», «Εμμονές», «Συλλογής» και «Τελειομανίας» του δείγματος των φοιτητών και η έκτη στο δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στις παραμέτρους της υποκατηγορίας «Αναποφασιστικότητα». Αφαιρώντας τις ακραίες τιμές από το δείγμα των φοιτητών, οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής βελτιώθηκαν ελάχιστα σε τέσσερις υποκατηγορίες («Έλεγχος», «Εμμονές», «Συλλογή» και «Αναποφασιστικότητα»), σε μία παρέμειναν σταθεροί («Φόβος μόλυνσεων») και σε δύο μειώθηκαν («Συνολική κλίμακα» και «Τελειομανία»). Η μέγιστη βελτίωση ήταν της τάξης του 2,2% για την υποκατηγορία «Εμμονές» και η μέγιστη μείωση ήταν της τάξης του 5,2% για την «Τελειομανία». Αντίστοιχα, στο δείγμα των ΙΔΨ και πάλι οι δείκτες εσωτερικής συνοχής βελτιώθηκαν σε τέσσερις υποκατηγορίες («Έλεγχος», «Εμμονές», «Τελειομανία» και «Αναποφασιστικότητα»), παρέμειναν σταθεροί σε δύο («Συνολική κλίμακα» και «Φόβος μόλυνσεων») και μειώθηκαν στην «Συλλογή» κατά 1%. Η μέγιστη αύξηση εμφανίστηκε στην υποκατηγορία «Αναποφασιστικότητα» και ήταν ίση με 1,4%. Από την παρατήρηση των συντελεστών εσωτερικής συνοχής καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι αφαιρώντας τις ακραίες τιμές από τα δείγματα δεν οδηγούμαστε σε σημαντική βελτίωση αυτών, αντιθέτως στο δείγμα των φοιτητών επέρχεται σημαντική μείωση στον δείκτη της «Τελειομανίας» (πίνακας 2).

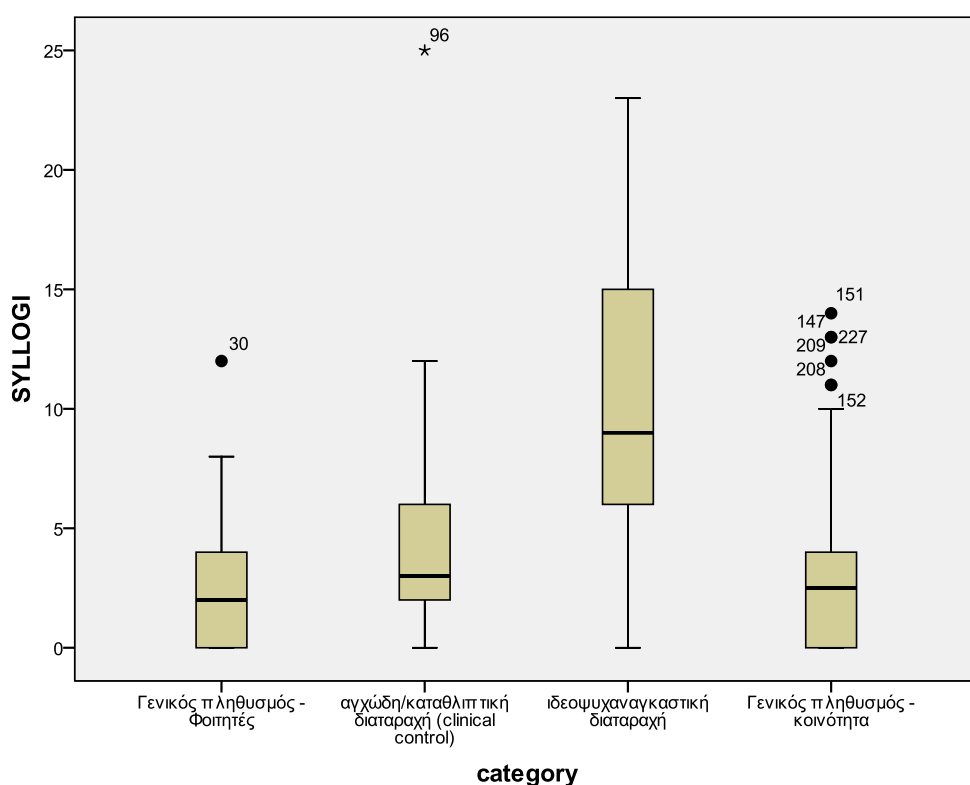
Πινάκας 2

Εσωτερική συνοχή με τον συντελεστή Cronbach's alpha στα δείγματα των φοιτητών και των ιδεοψυχαναγκαστικών ατόμων ΜΕ και ΧΩΡΙΣ ακραίες τιμές

	Φοιτητές		ΙΔΨ	
	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ
	ακραίες τιμές	ακραίες τιμές	ακραίες τιμές	ακραίες τιμές
	N=100	N=95	N=53	N=52
Συνολική κλίμακα	0.856	0.851	0.947	0.947
Φόβος μολύνσεων	0.722	0.722	0.907	0.907
Έλεγχος	0.872	0.876	0.891	0.894
Εμμονές	0.718	0.740	0.898	0.901
Συλλογή	0.705	0.722	0.823	0.813
Τελειομανία	0.780	0.728	0.815	0.819
Αναποφασιστικότητα	0.689	0.694	0.820	0.834

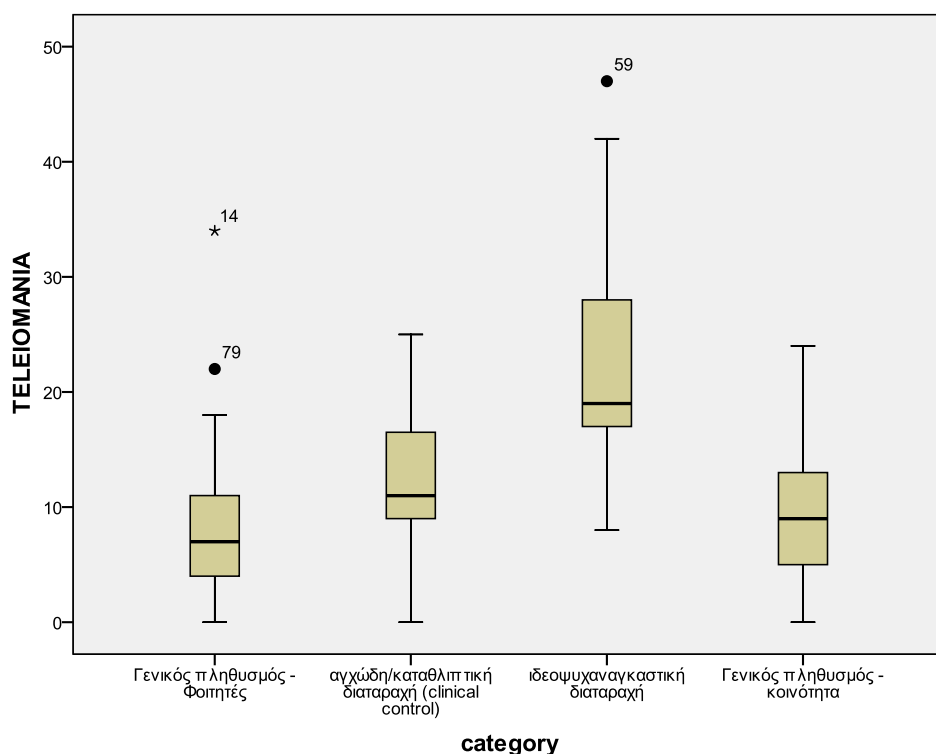
Για τον έλεγχο της επιρροής που ασκούν στην μέση τιμή κάθε κατηγορίας στο δείγμα των φοιτητών οι 5 αυτές ακραίες τιμές εφαρμόσαμε για τις υποκλίμακες «Φόβος μολύνσεων» και «Συνολική κλίμακα» τον έλεγχο t αφού ακολουθούν κανονική κατανομή και για τις υπόλοιπες 5 υποκλίμακες που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney για να εντοπίσουμε τις διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις, συγκρίνοντας τους μέσους όρους των αντίστοιχων κλιμάκων με και χωρίς τις ακραίες τιμές. Πιο συγκεκριμένα, για το δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εφαρμόσαμε t-test για τη «Συνολική κλίμακα» και την «Αναποφασιστικότητα» και το μη παραμετρικό test των Mann-Whitney στις υπόλοιπες υποκλίμακες. Σε όλους τους ελέγχους και για τα δύο δείγματα το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην μέση τιμή (ή στις απαντήσεις, για τις περιπτώσεις μη κανονικότητας) των κατηγοριών ($p > 0.63$) για τους φοιτητές και $p > 0.87$ για τους ΙΔΨ, επομένως οι ακραίες τιμές δεν προκαλούν καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών των κατηγοριών.

Επιπλέον, επεκτείναμε τον έλεγχο για τις ακραίες τιμές εκτός από τις 55 σημεία – ερωτήσεις αυτοαναφοράς του ερωτηματολογίου και μεμονωμένα σε κάθε μία από τις έξι υποκατηγορίες αλλά και αναφορικά στην κλίμακα στο σύνολό της και για τα τέσσερα δείγματα. Εντοπίστηκε μία ακραία τιμή στο σύνολο των φοιτητών στην «Τελειομανία» και μία στο σύνολο των ατόμων με αγχώδη / καταθλιπτική διαταραχή στην «Συλλογή». Για τον εντοπισμό των τιμών αυτών χρησιμοποιήθηκε συνδυαστικά η γραφική αναπαράσταση των κατανομών των έξι υποκλιμάκων και του συνόλου, μέσω των boxplots και η τυποποίηση των τιμών αυτών. Για την κατανομή των 100 φοιτητών ως ακραίες τιμές χαρακτηρίστηκαν αυτές που δόθηκαν από τις γραφικές αναπαραστάσεις και έχουν τυποποιημένη τιμή έξω από το διάστημα των ± 3 τυπικών αποκλίσεων, ενώ για την άλλη κατανομή δεν θεωρήσαμε οριακή τιμή τις 3 τυπικές αποκλίσεις, αλλά τις 2.5, γιατί το δείγμα που ελέγξαμε είναι μικρό (κάτω από 80 συμμετέχοντες) (Anderson et al., 2010).



Εικόνα 3

Ακραίες τιμές στην υποκατηγορία του VOCI «Συλλογή»



Εικόνα 4

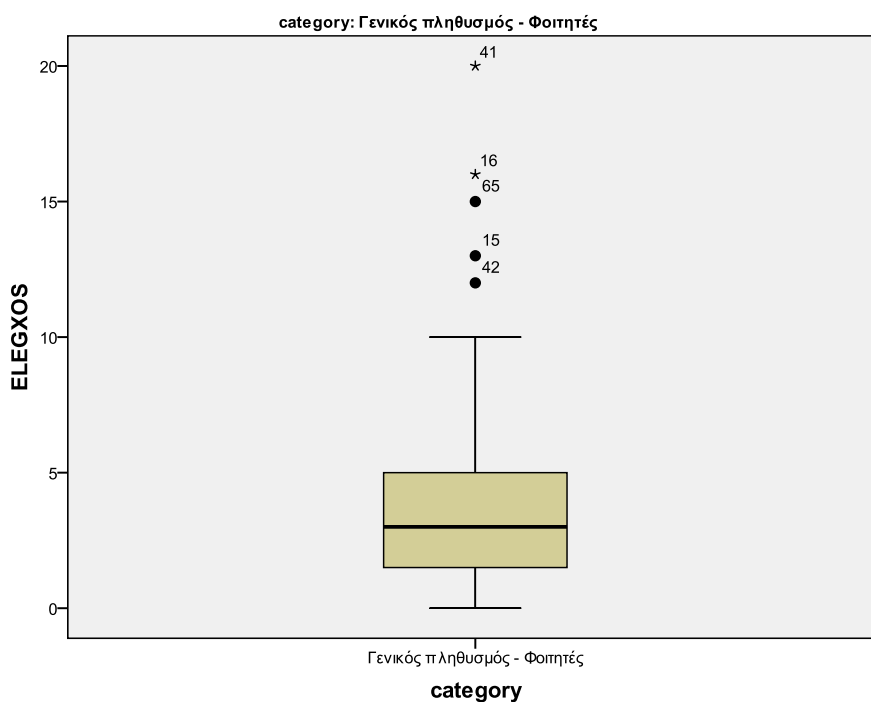
Ακραίες τιμές στην υποκατηγορία του VOCI «Τελειομανία»

Για τον έλεγχο της επιρροής που ασκούν στα αποτελέσματα οι 2 αυτές ακραίες τιμές εφαρμόσαμε για την υποκλίμακα «Φόβος μολύνσεων» και για «Συνολική κλίμακα» του δείγματος των φοιτητών τον έλεγχο t αφού ακολουθούν την κανονική κατανομή, και για τις υπόλοιπες 5 υποκλίμακες που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney για να συγκρίνουμε τους μέσους όρους τιμών με και χωρίς τις ακραίες τιμές. Αντίστοιχα, για το δείγμα των ατόμων με αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή εφαρμόσαμε t-test για όλες τις κλίμακες. Σε όλους τους ελέγχους και για τα δύο δείγματα το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην μέση τιμή (ή στις απαντήσεις, για τις περιπτώσεις μη κανονικότητας) των κατηγοριών ($p > 0.84$ για τους φοιτητές και $p > 0.51$ για τους αγχώδεις/καταθλιπτικούς). Επομένως οι ακραίες τιμές δεν προκαλούν καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών των κατηγοριών, δηλαδή δεν επέρχεται καμία αλλοίωση των αποτελεσμάτων ούτε στην μονομερή εξέταση των κλιμάκων.

Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα των παραπάνω αναλύσεων καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι αν οι ακραίες τιμές συμπεριληφθούν στα δείγματα των φοιτητών και των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, δεν επέρχεται καμία αλλοίωση των αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό διατηρήσαμε τα

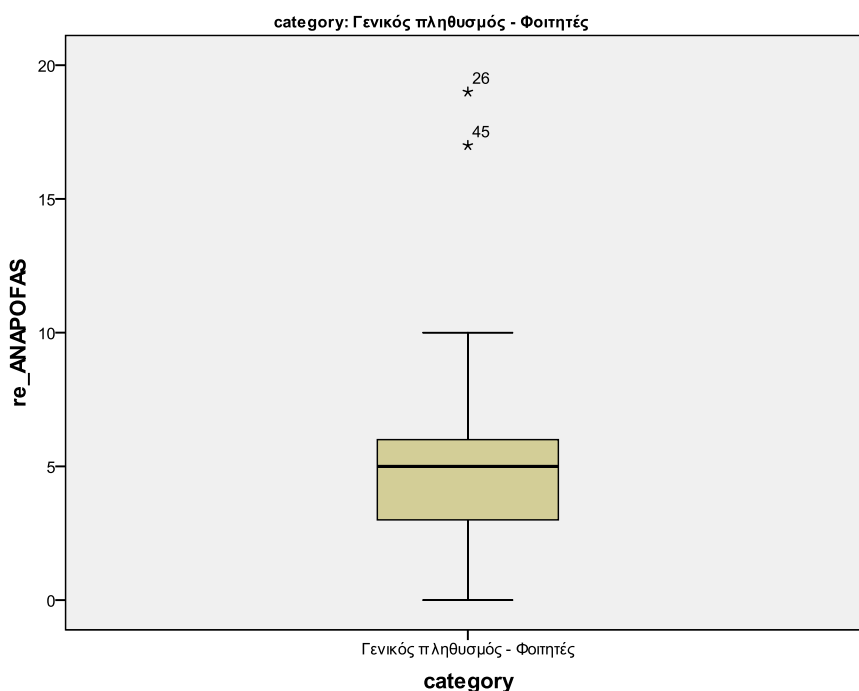
αρχικά μεγέθη των δειγμάτων όπως συγκεντρώθηκαν, αγνοώντας την ύπαρξη των τιμών που χαρακτηρίστηκαν ως ακραίες (φοιτητές N=100, A/K N=35, ΙΔΨ N=53, κοινότητα N=50) .

Τέλος, ελέγξαμε ως προς τις ακραίες τιμές τα δείγματα των 80 φοιτητών και των 46 ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, που συμπλήρωσαν επαναληπτικό ερωτηματολόγιο. Εντοπίστηκαν τέσσερις ακραίες τιμές στο σύνολο των φοιτητών, οι 2 στις αρχικές μετρήσεις στην κατηγορία «Έλεγχος» και οι άλλες 2 στις επαναληπτικές μετρήσεις στην κατηγορία «Αναποφασιστικότητα» και καμία στο σύνολο των ΙΔΨ. Για τον εντοπισμό των τιμών αυτών χρησιμοποιήθηκε και εδώ συνδυαστικά η γραφική αναπαράσταση των κατανομών των έξι υποκατηγοριών και του συνόλου, μέσω των boxplots και η τυποποίηση των τιμών αυτών. Ως ακραίες τιμές χαρακτηρίστηκαν αυτές που δόθηκαν από τις γραφικές αναπαραστάσεις και είχαν τυποποιημένη τιμή έξω από το διάστημα των +/- 2.5 τυπικών αποκλίσεων της κάθε κατανομής. Δεν θεωρήσαμε οριακή τιμή τις 3 τυπικές αποκλίσεις γιατί τα δείγματα που ελέχθησαν είναι μικρά (κάτω από 80 συμμετέχοντες).



Εικόνα 5

Ακραίες τιμές στο δείγμα των 80 φοιτητών στις αρχικές απαντήσεις του VOCI



Εικόνα 6

Ακραίες τιμές στο δείγμα των 80 φοιτητών στις επαναληπτικές απαντήσεις του VOCI

Ελέγξαμε την αξιοπιστία των απαντήσεων των έξι υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακα μέσω:

- των συντελεστών εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha αρχικά συμπεριλαμβάνοντας τις ακραίες τιμές και μετά αφαιρώντας αυτές από το δείγμα επαναυπολογίσαμε τους δείκτες,
- του t-test παραμετρικού ελέγχου της διαφοράς μέσω τιμών δύο ανεξάρτητων μεταβλητών (με και χωρίς ακραίες τιμές) για τις κατηγορίες που ακολουθούν κανονική κατανομή σύμφωνα με το αποτέλεσμα του Kolmogorov-Smirnov ελέγχου. Τα ζεύγη των ανεξάρτητων μεταβλητών που ελέγχονται κάθε φορά είναι η υπό εξέταση (υπό)κλίμακα του VOCI στο συνολικό δείγμα των φοιτητών (N=80) και στο δείγμα των φοιτητών χωρίς τις ακραίες τιμές (N=78) για τις αρχικές μετρήσεις, καθώς και για τις επαναληπτικές.
- του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney για τη διαφοροποίηση των απαντήσεων δύο ανεξάρτητων μεταβλητών (με και χωρίς ακραίες τιμές) για τις κατηγορίες που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή σύμφωνα με το αποτέλεσμα του Kolmogorov-Smirnov ελέγχου. Ομοίως με πριν, τα ζεύγη των ανεξάρτητων μεταβλητών που

ελέγχονται κάθε φορά είναι η υπό εξέταση (υπό)κλίμακα του VOICI στο συνολικό δείγμα των φοιτητών (N=80) και στο δείγμα των φοιτητών χωρίς τις ακραίες τιμές (N=78) για τις αρχικές μετρήσεις, καθώς και για τις επαναληπτικές.

Μη συμπεριλαμβάνοντας τις ακραίες τιμές στις αρχικές μετρήσεις στο δείγμα των φοιτητών, οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha) βελτιώθηκαν ελάχιστα σε 2 υποκατηγορίες («Εμμονές» και «Συλλογή»), ενώ σε όλες τις υπόλοιπες μειώθηκαν. Η μέγιστη βελτίωση ήταν της τάξης του 0,9% για την υποκατηγορία «Εμμονές» και η μέγιστη μείωση ήταν της τάξης του 5,7% για τον «Έλεγχο». Αντίστοιχα, στις επαναληπτικές μετρήσεις για τους φοιτητές και πάλι οι δείκτες εσωτερικής συνοχής βελτιώθηκαν σε 2 υποκατηγορίες («Φόβος μολύνσεων» και «Εμμονές») και μειώθηκαν στις υπόλοιπες. Η μέγιστη αύξηση εμφανίστηκε και σε αυτή την περίπτωση στην υποκατηγορία «Εμμονές» και ήταν ίση με 1,9%, αλλά η μέγιστη μείωση στην «Αναποφασιστικότητα» έφτασε το 11,9%. Από την γενικότερη παρατήρηση των συντελεστών εσωτερικής συνοχής καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι αφαιρώντας τις ακραίες τιμές από τα δείγματα δεν οδηγούμαστε σε σημαντική βελτίωση αυτών, αντιθέτως στο δείγμα των επαναληπτικών μετρήσεων επέρχεται σημαντική μείωση στον δείκτη της «Αναποφασιστικότητας». Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα για το σύνολο των φοιτητών που συμπλήρωσαν επαναληπτικό ερωτηματολόγιο με και χωρίς τις ακραίες τιμές.

Πινάκας 3

Εσωτερική συνοχή με τον συντελεστή Cronbach's alpha στο δείγμα των επαναληπτικών μετρήσεων των φοιτητών ΜΕ και ΧΩΡΙΣ ακραίες τιμές.

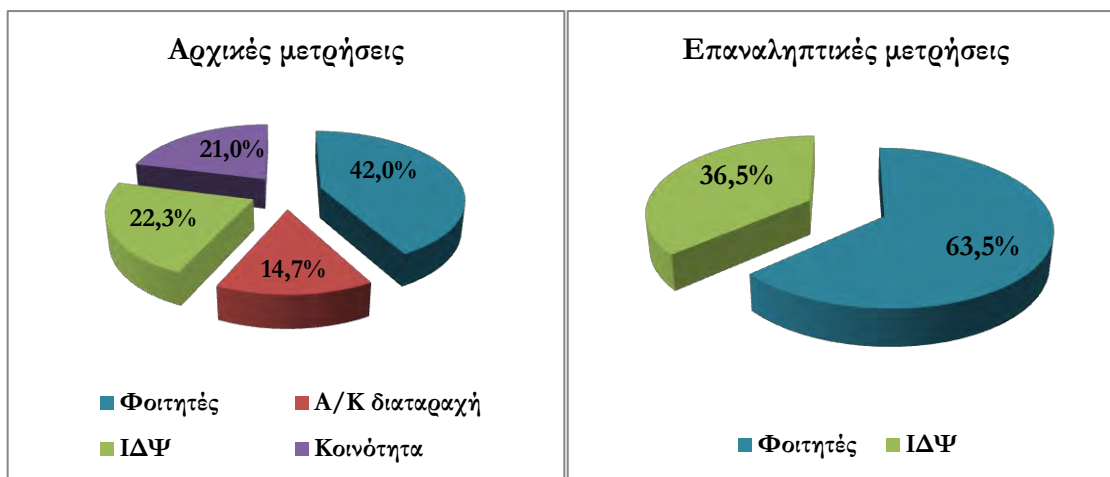
	Αρχικές μετρήσεις		Επαναληπτικές μετρήσεις	
	Με (N=80)	Χωρίς (N=76)	Με (N=80)	Χωρίς (N=76)
Συνολική κλίμακα	0.855	0.851	0.889	0.882
Φόβος μολύνσεων	0.743	0.734	0.805	0.806
Έλεγχος	0.866	0.809	0.864	0.834
Εμμονές	0.738	0.747	0.727	0.746
Συλλογή	0.716	0.719	0.776	0.764
Τελειομανία	0.724	0.697	0.757	0.733
Αναποφασιστικότητα	0.717	0.678	0.772	0.653

Παρόλο που η μελέτη της επιρροής των ακραίων τιμών στους συντελεστές εσωτερικής συνοχής ήταν αρκετή για να αποφανθούμε ως προς το τελικό υπό μελέτη μέγεθος του δείγματος, εφαρμόσαμε επιπλέον για τις κλίμακες που ακολουθούν κανονική κατανομή τον έλεγχο t και για αυτές που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney για να εντοπίσουμε τις διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις. Και στις δύο περιπτώσεις (αρχικές και επαναληπτικές μετρήσεις) συγκρίναμε τις απαντήσεις με και χωρίς τις ακραίες τιμές. Στο δείγμα των αρχικών μετρήσεων εφαρμόσαμε t έλεγχο στην υποκλίμακα «Φόβος μολύνσεων». Η σύγκριση των μέσων τιμών με και χωρίς ακραίες τιμές δεν έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p = 0.782$). Μη στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά μέσων τιμών για τις κλίμακες «Τελειομανία» ($p = 0.865$) και «Συνολική κλίμακα» ($p = 0.627$). Στις υπόλοιπες υποκλίμακες όλα τα p του μη παραμετρικού ελέγχου είναι μεγαλύτερα από 0.758. Αντίστοιχα, στο δείγμα των επαναληπτικών μετρήσεων t έλεγχο εφαρμόσαμε πάλι στις ίδιες κατηγορίες, «Φόβος μολύνσεων» ($p = 0.994$), «Τελειομανία» ($p = 0.793$) και στην «Συνολική κλίμακα» ($p = 0.688$), ενώ στις υπόλοιπες υποκλίμακες που εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος όλα τα p είναι μεγαλύτερα από 0.763. Επομένως, σε όλους τους ελέγχους και για τα δύο δείγματα φάνηκε ότι δεν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή (ή στις απαντήσεις, για τις περιπτώσεις μη κανονικότητας), επομένως οι ακραίες τιμές δεν προκαλούν καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών των κατηγοριών.

Συνδυάζοντας τα αποτελέσματα των παραπάνω αναλύσεων καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι αν οι ακραίες τιμές συμπεριληφθούν στα δείγματα των αρχικών και των επαναληπτικών μετρήσεων στο δείγμα των φοιτητών δεν επέρχεται καμία αλλοίωση των αποτελεσμάτων. Επομένως θα διατηρήσουμε, όπως και πριν, τα αρχικά μεγέθη των δειγμάτων όπως συγκεντρώθηκαν, αγνοώντας την ύπαρξη των τιμών που χαρακτηρίστηκαν ως ακραίες (αρχικές μετρήσεις φοιτητών $N=80$, επαναληπτικές μετρήσεις φοιτητών $N=80$, αρχικές μετρήσεις ΙΔΨ $N=46$, επαναληπτικές μετρήσεις φοιτητών $N=46$).

5.2 Παρουσίαση υποκλιμάκων / παραγόντων VOICI ανά δείγμα

Στο κομμάτι αυτό της εργασίας θα γίνει μια εκτενέστερη παρουσίαση των υπό εξέταση κατηγοριών του ερωτηματολογίου συγκριτικά για τα τέσσερα δείγματα των αρχικών μετρήσεων, καθώς και για τα δύο των επαναληπτικών, μέσω της περιγραφικής στατιστικής και γραφημάτων. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει οι αρχικές μετρήσεις των κλιμάκων του VOICI που συγκεντρώθηκαν αντιστοιχούν σε δείγμα 100 φοιτητών, 35 ατόμων με αγχώδη / καταθλιπτική διαταραχή, 53 ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και 50 ενήλικα άτομα γενικού πληθυσμού (κοινότητα), ενώ οι επαναληπτικές μετρήσεις έγιναν στο δείγμα των φοιτητών ($N=80$ επαναληπτικές καταγραφές) και στο δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ($N=46$ επαναληπτικές καταγραφές).



Εικόνα 7

Κατανομή δειγμάτων στην έρευνα (Αρχικές - επαναληπτικές μετρήσεις)

Οι ερωτήσεις που αποτελούν το ερωτηματολόγιο μέτρησης είναι 55 στο σύνολο και συνθέτουν τις έξι υποκλίμακες μέτρησης όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 4 που ακολουθεί σύμφωνα με την έρευνα των Thordarson et al. (2004).

Πινάκας 4

Συχνιστώσες του VOCI ανά υποκλίμακα

Φόβος μολύνσεων

- 3 Αισθάνομαι πολύ βρώμικος όταν αγγίζω χρήματα
- 8 Χρησιμοποιώ υπερβολική ποσότητα απολυμαντικού για να διατηρήσω τον εαυτό μου και το σπίτι μου καθαρό από μικρόβια
- 13 Ξοδεύω πάρα πολύ χρόνο για να πλύνω τα χέρια μου
- 15 Το να ακουμπήσω τη σόλα του παπουτσιού μου θα μου προκαλούσε μεγάλο άγχος
- 21 Μου είναι πολύ δύσκολο να αγγίξω σκουπίδια ή κάδους απορριμμάτων
- 23 Ανησυχώ υπερβολικά για μικρόβια ή αρρώστιες
- 25 Αποφεύγω να χρησιμοποιώ δημόσια τηλέφωνα από φόβο πιθανής μόλυνσης
- 32 Αισθάνομαι πολύ μολυσμένος /η όταν αγγίζω ένα ζώο
- 39 Φοβάμαι υπερβολικά να έχω και την παραμικρή επαφή με σωματικές εκκρίσεις (αίμα, ούρα, ιδρώτας, κτλ)
- 44 Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά μου είναι ότι ασχολούμαι υπερβολικά με την καθαριότητα
- 49 Συχνά βιώνω δυσάρεστες και ανεπιθύμητες σκέψεις σχετικά με ασθένεια

- 50 Φοβάμαι να χρησιμοποιήσω ακόμη και καθαρές δημόσιες τουαλέτες γιατί ανησυχώ υπερβολικά για τα μικρόβια

Έλεγχος

- 7 Ελέγχω ξανά και ξανά πράγματα, όπως βρύσες ή διακόπτες, αφού τα κλείσω
- 20 Ελέγχω κατ' επανάληψη αν έχω κλειδώσει τις πόρτες και τα παράθυρά μου αν και προσπαθώ να αντισταθώ σ' αυτή την ανάγκη
- 33 Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά μου είναι ότι θέλω να τσεκάρω κάτι κατ' επανάληψη
- 37 Ελέγχω κατ' επανάληψη ότι έχω κλείσει το μάτι της κουζίνας ακόμα και όταν αντιστέκομαι στην ανάγκη μου να το κάνω
- 41 Ξοδεύω πολύ χρόνο κάθε μέρα να ελέγχω ξανά και ξανά κάποια πράγματα
- 43 Συχνά αισθάνομαι ότι πρέπει να ελέγχω πολλές φορές πράγματα όπως διακόπτες, πρίζες, συσκευές και πόρτες

Εμμονές

- 2 Συχνά αναστατώνομαι από τη σκέψη να χρησιμοποιήσω ένα αιχμηρό αντικείμενο, το κάνω χωρίς να το θέλω
- 6 Βιώνω κατ' επανάληψη τις ίδιες σκέψεις ή και εικόνες σε σχέση με κάποιο ατύχημα, χωρίς να το θέλω
- 12 Κάθε μέρα πιάνω τον εαυτό μου να στεναχωριέται από δυσάρεστες σκέψεις που έρχονται στο μυαλό μου παρά τη θέλησή μου
- 16 Συχνά αναστατώνομαι από ανεπιθύμητες σκέψεις ή εικόνες σεξουαλικού περιεχομένου
- 27 Κατ' επανάληψη έρχονται στο μυαλό μου δυσάρεστες σκέψεις ή εικόνες για θάνατο
- 28 Συχνά αναστατώνομαι από ανεπιθύμητες σκέψεις ή εικόνες του εαυτού μου να ξεστομίζει παράλογες σκέψεις ή βρισιές δημόσια
- 30 Συχνά τρομάζω από μία ανεπιθύμητη ανάγκη μου να οδηγήσω ή να πέσω στο ρεύμα αντίθετης κυκλοφορίας
- 34 Συχνά βιώνω δυσάρεστες και ανεπιθύμητες σκέψεις ότι χάνω τον έλεγχο
- 40 Συχνά αναστατώνομαι πολύ από μια ανεπιθύμητη παρόρμηση να βλάψω άλλους ανθρώπους
- 46 Βιώνω κατ' επανάληψη δυσάρεστες και μη αποδεκτές σκέψεις θρησκευτικού περιεχομένου
- 52 Κατ' επανάληψη βιώνω ενοχλητικές και ανεπιθύμητες ανήθικες σκέψεις
- 54 Συχνά αναστατώνομαι από μια ανεπιθύμητη ανάγκη να κάνω κακό στον εαυτό μου

Συλλογή

- 10 Δυσκολεύομαι να κάνω απλές οικιακές εργασίες γιατί το σπίτι μου είναι γεμάτο με πράγματα που έχω συγκεντρώσει
- 22 Αισθάνομαι μεγάλη ένταση ή αναστάτωση όταν σκέφτομαι ότι πρέπει να πετάξω κάτι
- 26 Ντρέπομαι να καλέσω ανθρώπους στο σπίτι μου γιατί είναι γεμάτο από σωρούς από άχρηστα πράγματα τα οποία έχω φυλάξει
- 35 Το βρίσκω σχεδόν αδύνατο να αποφασίσω τί να κρατήσω και τί να πετάξω
- 42 Έχω μεγάλη δυσκολία να πετάξω οτιδήποτε γιατί φοβάμαι πολύ να αχρηστεύω πράγματα
- 45 Αισθάνομαι υποχρεωμένος να μαζεύω πάρα πολλά πράγματα, όπως παλιά περιοδικά, εφημερίδες, αποδείξεις, γιατί φοβάμαι ότι θα τα χρειαστώ στο μέλλον
- 51 Αν και προσπαθώ να αντισταθώ αισθάνομαι αναγκασμένος να μαζεύω μια μεγάλη ποσότητα πραγμάτων τα οποία στην πραγματικότητα ποτέ δεν χρησιμοποιώ

Τελειομανία

- 1 Αισθάνομαι υποχρεωμένος να ελέγχω τα γράμματα ξανά και ξανά πριν τα ταχυδρομήσω
- 5 Αισθάνομαι υποχρεωμένος να είμαι απόλυτα τέλειος
- 9 Συχνά αισθάνομαι υποχρεωμένος να απομνημονεύω ασήμαντες πληροφορίες (πχ τους αριθμούς πινακίδων των αυτοκινήτων, οδηγίες σε ετικέτες)
- 14 Συχνά δυσκολεύομαι να τελειώσω κάτι, γιατί προσπαθώ να τα κάνω όλα στην εντέλεια
- 18 Αισθάνομαι υποχρεωμένος/η όταν κάνω απλά καθημερινά πράγματα να ακολουθώ μια πολύ αυστηρή σειρά
- 19 Αναστατώνομαι αν τα έπιπλά μου ή άλλα προσωπικά αντικείμενα δεν είναι πάντα στην ίδια ακριβώς θέση
- 24 Συνήθως καθυστερώ πολύ γιατί δεν μπορώ να ολοκληρώσω απλά καθημερινά καθήκοντα στην ώρα μου
- 36 Αισθάνομαι έντονα υποχρεωμένος να μετράω πράγματα
- 38 Αναστατώνομαι πολύ όταν δεν μπορώ να ολοκληρώσω τη ρουτίνα μου πριν πάω στο κρεβάτι, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο κάθε βράδυ
- 47 Τείνω να καθυστερώ στη δουλειά μου γιατί επαναλαμβάνω τα ίδια πράγματα ξανά και ξανά
- 53 Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά μου είναι ότι δίνω μεγάλη προσοχή σε λεπτομέρειες
- 55 Ξοδεύω πάρα πολύ χρόνο όταν ετοιμάζομαι να φύγω από το σπίτι κάθε μέρα επειδή πρέπει να τα κάνω όλα ακριβώς όπως πρέπει

Αναποφασιστικότητα

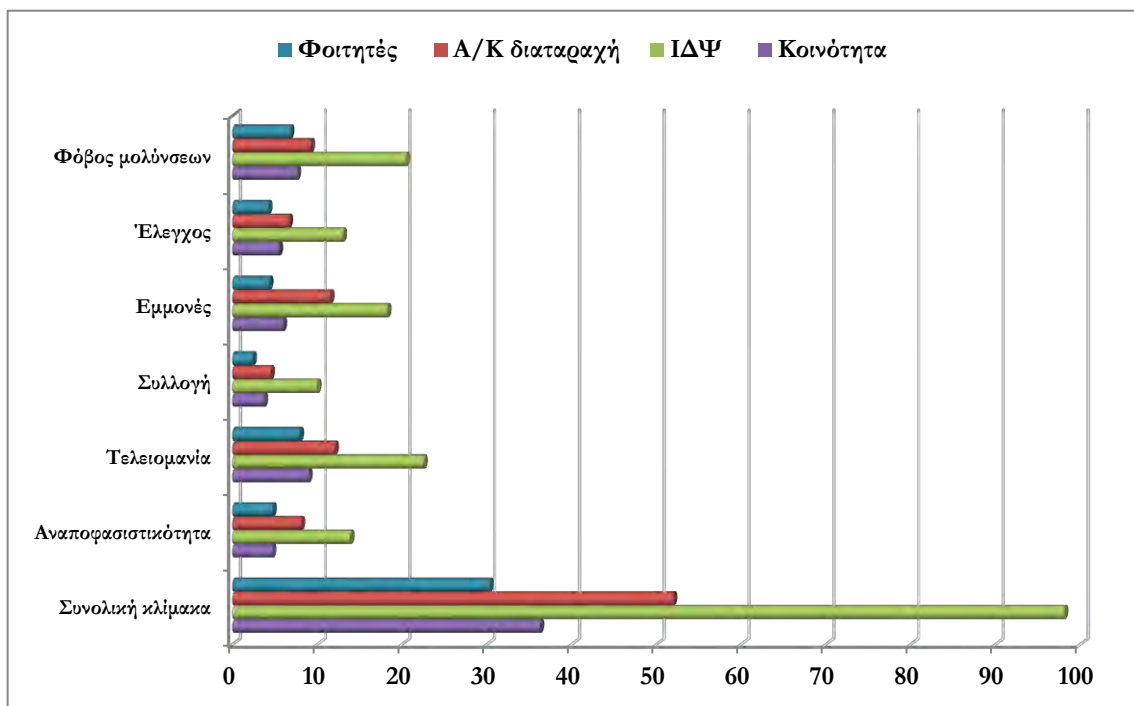
- 4 Το βρίσκω πολύ δύσκολο να πάρω έστω και ασήμαντες αποφάσεις
- 11 Αφού αποφασίσω για κάτι συνήθως ανησυχώ για αυτή την απόφαση για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 17 Αγχώνομαι πολύ όταν πρέπει να πάρω ακόμη και μια μικρή απόφαση
- 29 Ανησυχώ υπερβολικά μήπως στενοχωρήσω άλλους ανθρώπους
- 31 Σχεδόν πάντα μετρώ όταν κάνω μια δραστηριότητα ρουτίνας
- 48 Προσπαθώ να αναβάλω την λήψη αποφάσεων γιατί φοβάμαι πολύ μήπως κάνω κάποιο λάθος

Οι βαθμολογίες των συνιστωσών προστέθηκαν ανά κατηγορία δίνοντας το συνολικό σκορ ανά υποκλίμακα για τον κάθε ερωτώμενο. Στον πίνακα 5 αναφέρονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ανά κατηγορία για τα τέσσερα δείγματα μετρήσεων (test) και στις εικόνες που ακολουθούν φαίνεται η γραφική αναπαράσταση τους. Όπως διαφαίνεται η μέση τιμή όλων των κλιμάκων των ΙΔΨ είναι μεγαλύτερη από των υπόλοιπων δειγμάτων και μετά ακολουθούν οι τιμές των Α/Κ ατόμων. Σε επόμενη παράγραφο της εργασίας ελέγχεται η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών των ΙΔΨ από των υπόλοιπων δειγμάτων ανά κατηγορία, με σκοπό να αξιολογηθεί η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου.

Πινάκας 5

Μέση τιμή και τυπική απόκλιση μετρήσεων (test) υποκλιμάκων και συνολικής κλίμακας του VOCI

	Φοιτητές (N=100)	Α/Κ διαταραχή (N=35)	ΙΔΨ (N=53)	Κοινότητα (N=50)
Συνολική κλίμακα	30.32 (13.54)	51.94 (22.02)	98.08 (36.28)	36.26 (17.36)
Φόβος μολύνσεων	6.79 (4.24)	9.23 (6.94)	20.47 (10.86)	7.58 (6.42)
Έλεγχος	4.21 (3.92)	6.63 (5.68)	13.00 (6.35)	5.46 (4.45)
Εμμονές	4.31 (3.68)	11.51 (5.07)	18.25 (11.55)	5.92 (3.98)
Συλλογή	2.37 (2.45)	4.49 (4.51)	9.98 (6.04)	3.70 (4.20)
Τελειομανία	7.92 (5.33)	12.03 (5.78)	22.51 (8.73)	8.94 (4.85)
Αναποφασιστικότητα	4.72 (3.00)	8.06 (4.73)	13.87 (5.64)	4.66 (3.33)



Εικόνα 8

Μέση τιμή μετρήσεων (test) υποκλιμάκων και συνολικής κλίμακας του VOCI

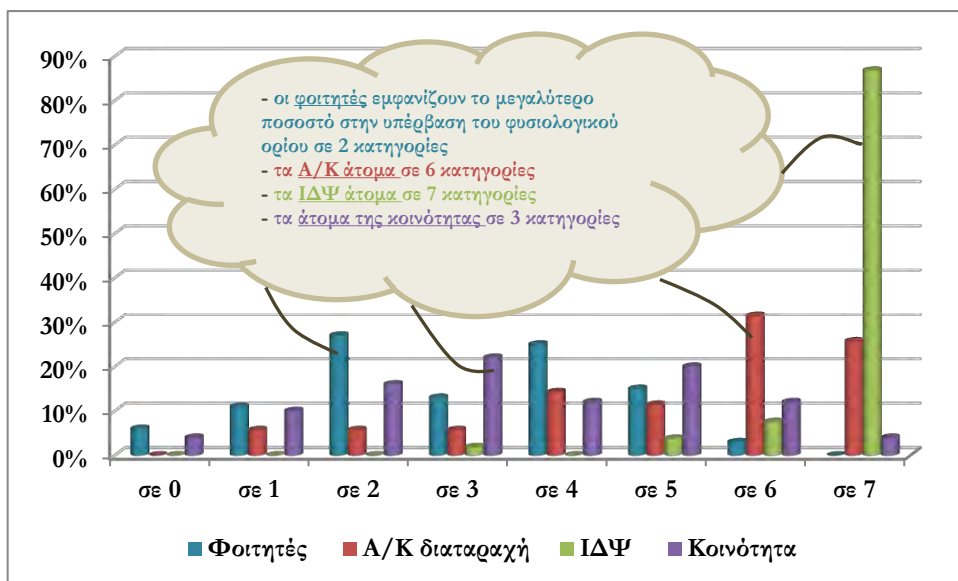
Στη συνέχεια συγκρίναμε το συνολικό σκορ (άθροισμα) κάθε κατηγορίας με την ανώτατη φυσιολογική τιμή της κατηγορίας με βάση τους πίνακες της αρχικής στάθμησης (Thordarson et al., 2004) και καταγράψαμε τις περιπτώσεις ανά δείγμα που υπερβαίνουν το φυσιολογικό όριο (πίνακας 6). Σημειώνεται ότι δεν εφαρμόστηκε κάποια στατιστική ανάλυση και η καταγραφή των περιπτώσεων που υπερβαίνουν το ανώτατο φυσιολογικό όριο έγινε με απλή παρατήρηση. Όπως ήταν αναμενόμενο σε μεγάλο ποσοστό τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή υπερβαίνουν το ανώτατο φυσιολογικό όριο όλων των κατηγοριών. Κατά μέσο όρο υπερβαίνουν το ανώτατο φυσιολογικό όριο στις 6.77 από τις 7 κατηγορίες και το 86.8% υπερβαίνει και τις 7. Ακολουθούν με αρκετά μεγάλα ποσοστά τα άτομα με αγχώδη / καταθλιπτική διαταραχή, όπου υπερβαίνουν κατά μέσο όρο 5.17 από τις 7 κατηγορίες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 100% του δείγματος των ατόμων με αγχώδη / καταθλιπτική διαταραχή έχει μέση τιμή βαθμολογίας στην κατηγορία «Εμμονές» μεγαλύτερη από το ανώτατο φυσιολογικό, αλλά μόλις το 17% εμφανίζει υπέρβαση του φυσιολογικού και στις 7 κατηγορίες. Σχεδόν παρεμφερή είναι τα αποτελέσματα για τα άλλα δύο δείγματα με αυτό των φοιτητών να έχει μικρότερα ποσοστά υπέρβασης των φυσιολογικών τιμών σε όλες τις κατηγορίες εκτός της «Αναποφασιστικότητας». Ο μέσος αριθμός κατηγοριών με υπέρβαση του φυσιολογικού είναι 3.05 για τους φοιτητές και 3.56 για τα άτομα της κοινότητας, ενώ μόνο το 2% των τελευταίων το υπερβαίνουν και στις 7 κατηγορίες. Στο κεφάλαιο Συζήτηση θα γίνει αναλυτική αναφορά στους

πιθανούς λόγους που οδηγούν στα μεγάλα αυτά ποσοστά υπέρβασης των φυσιολογικών τιμών για τον μη κλινικό /γενικό πληθυσμό (φοιτητές και κοινότητα) και στους ποικίλους πιθανούς παράγοντες, που μπορεί να εμπλέκονται.

Πινάκας 6

Περιπτώσεις που υπερβαίνουν την ανώτατη φυσιολογική τιμή σύμφωνα με την Thordarson et al. (2004) ανά υποκατηγορία και ανά δείγμα.

	Φοιτητές (N=100)	A/K διαταραχή (N=35)	ΙΔΨ (N=53)	Κοινότητα (N=50)
Συνολική κλίμακα (ανώτ. φυσιολ: 48.79)	8 (8%)	21 (60%)	52 (98.1%)	12 (24%)
Φόβος μολύνσεων (ανώτ. φυσιολ: 6.90)	51 (51%)	25 (71.4%)	52 (98.1%)	27 (54%)
Έλεγχος (ανώτ. φυσιολ: 3.70)	48 (48%)	24 (68.6%)	51 (96.2%)	31 (62%)
Εμμονές (ανώτ. φυσιολ: 2.08)	62 (62%)	35 (100%)	52 (98.1%)	36 (72%)
Συλλογή (ανώτ. φυσιολ: 0.01)	67 (67%)	31 (88.6%)	52 (98.1%)	36 (72%)
Τελειομανία (ανώτ. φυσιολ: 11.60)	23 (23%)	17 (48.6%)	50 (94.3%)	15 (30%)
Αναποφασιστικότητα (ανώτ. φυσιολ: 4.48)	46 (46%)	28 (80%)	50 (94.3%)	21 (42%)
ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ κατηγοριών που υπερβαίνουν το φυσιολογικό όριο	3.05	5.17	6.77	3.56
ΑΡΙΘΜΟΣ ατόμων που υπερβαίνουν το φυσιολογικό όριο σε όλες τις κατηγορίες	0 (0%)	9 (17%)	46 (86.8%)	2 (4%)



Εικόνα 9

Υπέρβαση του φυσιολογικού ορίου (όπως καθορίστηκε από την αρχική στάθμιση της Thordarson et al. (2004)) ανά δείγμα (ποσοστό %)

5.3 Έλεγχος κανονικότητας κατανομής συνολικής και επιμέρους υποκλιμάκων

Στον Πίνακα 7, παρουσιάζουμε τις τιμές που μετρούν την κανονικότητα των υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακας του VOICI, μέσω του Kolmogorov-Smirnov στατιστικού ελέγχου. Υπενθυμίζουμε ότι ο έλεγχος αυτός προσδιορίζει αν η κατανομή ενός συνόλου δεδομένων ταυτίζεται με την κανονική κατανομή ή όχι. Σε περίπτωση που βρεθεί ότι οι τιμές κάποιας κατηγορίας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή δε θα εφαρμοστούν οι παραμετρικοί έλεγχοι t-test (ή ANOVA) για ανεξάρτητα¹ δείγματα και t-test για εξαρτημένα² δείγματα για τον έλεγχο των μέσων τιμών, αλλά

¹ Ανεξάρτητα δείγματα θεωρούνται εκείνα που προέρχονται από διαφορετικούς πληθυσμούς ή από τον ίδιο πληθυσμό αλλά περιέχουν διαφορετικά υποκείμενα. Στην συγκεκριμένη εργασία ανεξάρτητα είναι τα δείγματα των αρχικών μετρήσεων μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών (φοιτητές, Α/Κ, ΙΔΨ, κοινότητα) .

² Εξαρτημένα δείγματα θεωρούνται εκείνα που προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό και περιέχουν τα ίδια υποκείμενα. Στην συγκεκριμένη εργασία εξαρτημένα είναι τα δείγματα των επαναληπτικών μετρήσεων στα οποία οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και μετά την πάροδο ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος το συμπλήρωσαν πάλι (http://en.wikipedia.org/wiki/Student%27s_t-test#Paired_samples.)

αυτοί θα αντικατασταθούν από τους μη παραμετρικούς ελέγχους Mann-Whitney³ (ή Kruskal-Wallis)⁴ για την περίπτωση των αρχικών μετρήσεων (ανεξάρτητα δείγματα) και Wilcoxon⁵ για την περίπτωση των επαναληπτικών μετρήσεων (εξαρτημένα δείγματα).

Στους πίνακες παρακάτω δίνεται αναλυτικά η τιμή του ελέγχου και σημειώνονται οι περιπτώσεις που διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από την κανονική κατανομή για κάθε κατηγορία σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο από 5%. Στο δείγμα των 238 συμμετεχόντων σε όλες τις κατηγορίες θα εφαρμόστηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney για να εντοπιστούν οι διαφορές στις απαντήσεις των κατηγοριών, αφού οι τιμές του ελέγχου κανονικότητας έδωσαν διαφοροποίηση των κατανομών από την κανονική ($p < 0.005$).

³ Ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney ελέγχει τη διαφοροποίηση των απαντήσεων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων και όχι την ισότητα των μέσων τιμών, δηλαδή αν το ένα δείγμα τείνει να έχει υψηλότερη βαθμολογία από το άλλο (http://en.wikipedia.org/wiki/Mann%E2%80%93U_test)

⁴ Ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis ελέγχει τη διαφοροποίηση των απαντήσεων περισσότερων από δύο ανεξάρτητων δειγμάτων και όχι την ισότητα των μέσων τιμών.

⁵ Ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon ελέγχει τη διαφοροποίηση των απαντήσεων δύο εξαρτημένων δειγμάτων και όχι την ισότητα των μέσων τιμών, δηλαδή αν το ένα δείγμα τείνει να έχει υψηλότερη βαθμολογία από το άλλο.

Πίνακας 7

Έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov στο δείγμα των 238 συμμετεχόντων

	Τιμή Ελέγχου	Τιμή p	Αποτέλεσμα
Συνολική κλίμακα	2.13**	0.000	δεν υπάρχει κανονικότητα
Φόβος μολύνσεων	2.41**	0.000	δεν υπάρχει κανονικότητα
Έλεγχος	2.43**	0.000	δεν υπάρχει κανονικότητα
Εμμονές	2.40**	0.000	δεν υπάρχει κανονικότητα
Συλλογή	3.00**	0.000	δεν υπάρχει κανονικότητα
Τελειομανία	1.73**	0.005	δεν υπάρχει κανονικότητα
Αναποφασιστικότητα	2.60**	0.000	δεν υπάρχει κανονικότητα

** $p < 0.01$

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζουμε τις τιμές του στατιστικού ελέγχου κανονικότητας *Kolmogorov-Smirnov* για τα δείγματα των φοιτητών και των ΙΔΨ στα οποία εφαρμόστηκαν οι επαναληπτικές μετρήσεις. Παρατηρούμε ότι οι υποκλίμακες «Ελέγχου», «Εμμονών» και «Συλλογής» για τους φοιτητές δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή, ενώ για την ομάδα των ΙΔΨ δεν παρουσιάζει κανονική κατανομή η υποκλίμακα των «Εμμονών». Επομένως καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon στις υποκατηγορίες του «Ελέγχου», των «Εμμονών» και της «Συλλογής» για το δείγμα των φοιτητών και της «Εμμονής» για το δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις θα εφαρμοστεί ο t έλεγχος διαφοράς μέσω των τιμών εξαρτημένων δειγμάτων.

Πίνακας 8

Έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov στα δείγματα των επαναληπτικών μετρήσεων

	Μετρήσεις φοιτητών (N=80)		Μετρήσεις ΙΔΨ (N=46)	
	Αρχικές	Επαναληπτικές	Αρχικές	Επαναληπτικές
Συνολική κλίμακα	0.514	0.662	0.797	0.926
Φόβος μολύνσεων	0.792	0.968	0.969	1.280
Έλεγχος	1.618*	1.307	0.848	0.845
Εμμονές	1.440*	1.302	1.102	1.485*
Συλλογή	1.523*	1.913**	0.936	0.725
Τελειομανία	0.781	0.928	1.120	0.791
Αναποφασιστικότητα	1.356	1.112	0.794	0.894

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$

5.4 Παραγοντική δομή ερωτηματολογίου

Για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis) το μέγεθος του δείγματος πρέπει να είναι μεγαλύτερο από 50 και προτιμότερο είναι να είναι πάνω από 100. Σαν γενικός κανόνας ακολουθείται ότι οι ελάχιστες δυνατές παρατηρήσεις θα πρέπει να είναι περισσότερες από τον αριθμό των μεταβλητών και τουλάχιστον 5 φορές περισσότερες από τον αριθμό αυτών, για να αποφευχθεί το φαινόμενο της υπερπροσαρμογής των δεδομένων, δηλαδή να εξαχθούν παράγοντες που δεν γενικεύονται στον πληθυσμό (Anderson et al., 2010, Βασιλακοπούλου, Σιώμκος, 2005, Garson, 2013). Το δείγμα όμως που έχουμε συγκεντρώσει αποτελείται από 53 άτομα με διαγνωσμένη Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, μικρότερο από το πλήθος των 55 υπό εξέταση μεταβλητών (55 συνιστώσες του VOCI ερωτηματολογίου), που σημαίνει ότι δεν εφαρμόζεται η μέθοδος της παραγοντικής ανάλυσης για τον έλεγχο της δομής των δεδομένων. Για τον λόγο αυτό, η διερεύνηση της εγκυρότητας του συγκεκριμένου εργαλείου θα περιοριστεί στον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής

και της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων του VOCI στις ήδη έξι επικυρωμένες υποκατηγορίες καθώς και στη συνολική κλίμακα.

5.5 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων για τις έξι υποκατηγορίες και τη συνολική κλίμακα VOCI στο σύνολό της έγινε στο δείγμα των 80 φοιτητών που συμπλήρωσαν επαναληπτικό ερωτηματολόγιο και στο αντίστοιχο δείγμα των 46 ατόμων με διαγνωσμένη ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αρχικά υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r μεταξύ των αρχικών απαντήσεων και των επαναληπτικών για κάθε κατηγορία ξεχωριστά και στη συνέχεια εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι για την διαφοροποίηση των απαντήσεων, με βάση τους δείκτες του ελέγχου κανονικότητας στον πίνακα 8. Στον πίνακα 9 δίνονται αναλυτικά οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης, οι τιμές του μη παραμετρικού ελέγχου Wilcoxon για τις υποκατηγορίες «Έλεγχος», «Εμμονές», «Συλλογή» (δείγμα φοιτητών) και «Εμμονές» (δείγμα ΙΔΨ) και του ελέγχου t , διαφοράς μέσων τιμών εξαρτημένων δειγμάτων στις υπόλοιπες περιπτώσεις των δύο δειγμάτων.

Η συνολική κλίμακα και οι έξι υποκατηγορίες του VOCI στο δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή όπως παρατηρείται από τις τιμές του συντελεστή συσχέτισης έχουν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας με όλους τους συντελεστές συσχέτισης να είναι πάνω από 0.745 και τις τιμές των ελέγχων διαφοροποίησης των απαντήσεων να υποδεικνύουν μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αρχικών - επαναληπτικών μετρήσεων. Αντίθετα οι φοιτητές, παρουσιάζουν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας σε όλες τις υποκατηγορίες (Pearson > 0.744), εκτός από τον «Φόβο μολύνσεων» όπου ο συντελεστής συσχέτισης είναι μέτριος (Pearson = 0.593). Στους ελέγχους διαφοροποίησης των απαντήσεων, το δείγμα των ΙΔΨ δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις αρχικών και επαναληπτικών μετρήσεων για καμία από τις εφτά κατηγορίες που ελέγχθησαν (όλα τα $p > 0.085$). Οι φοιτητές όμως στις υποκατηγορίες των «Εμμονών» και της «Τελειομανίας» έχουν δώσει στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις στο επαναληπτικό τεστ με $p=0.038$ και $p=0.043$ αντίστοιχα. Στις υπόλοιπες κατηγορίες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση (όλα τα $p > 0.09$).

Πινάκας 9

Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων στη συνολική κλίμακα και στις 6 υποκατηγορίες του VOCI για το 86,79 % του δείγματος ιδεοψυχαναγκαστικού πληθυσμού και για το 80% του δείγματος των φοιτητών

	Pearson r		Έλεγχοι διαφοροποίησης απαντήσεων (t test / Wilcoxon)	
	Φοιτητές	ΙΔΨ	Φοιτητές	ΙΔΨ
Συνολική κλίμακα	0.775**	0.745**	t = 0.537	t = 0.583
Φόβος μολύνσεων	0.593**	0.841**	t = -0.079	t = -0.024
Έλεγχος	0.775**	0.806**	w = -1.700	t = -0.311
Εμμονές	0.787**	0.747**	w = -2.078*	w = -1.747
Συλλογή	0.784**	0.810**	w = -0.917	t = 1.558
Τελειομανία	0.803**	0.796**	t = 2.062*	t = -0.232
Αναποφασιστικότητα	0.744**	0.811**	t = 0.513	t = 1.762

* p < 0.05

** p < 0.01

5.6 Εσωτερική συνοχή

Ο στατιστικός δείκτης που εφαρμόσαμε για να ελέγξουμε την εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία της συνολικής κλίμακας και των υποκλιμάκων του VOCI για τα τέσσερα δείγματα είναι ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha, α . Ο συντελεστής αυτός είναι ο πιο διαδεδομένος δείκτης μέτρησης της εσωτερικής συνοχής μιας κλίμακας που προέρχεται από ερωτήσεις βαθμολογούμενες σε κλίμακα Likert. Οι τιμές του κυμαίνονται από 0 μέχρι 1 και αντιστοιχούν στο ποσοστό της συνολικής πληροφορίας που ερμηνεύεται από την συγκεκριμένη κλίμακα. Οπότε όσο μεγαλύτερος είναι ο συντελεστής, τόσο καλύτερα για την εσωτερική συνοχή της κλίμακας. Ωστόσο, ο κατάλληλος βαθμός εσωτερικής συνοχής μιας κλίμακας εξαρτάται άμεσα από το σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκε η συγκεκριμένη κλίμακα (Βασιλακοπούλου, Σιώμκος, 2005, Brown, 2002,1997). Στα ψυχομετρικά τεστ κατά μέσο όρο οι δείκτες εσωτερικής συνοχής κυμαίνονται από 0.75 έως 0.83 με τουλάχιστον μία περίπτωση εξ αυτών να αγγίζει το 0.90 (http://en.wikipedia.org/wiki/Cronbach%27s_alpha). Παρόλα αυτά, σαν γενικό κανόνα θα χρησιμοποιήσουμε την παρακάτω αξιολόγηση των τιμών του δείκτη alpha (George & Mallery, 2003).

Οι τιμές που είναι:

- πάνω από 0.90 δείχνουν **άριστο** βαθμό εσωτερικής συνοχής της κλίμακας
- από 0.89 έως 0.80 δείχνουν **καλό** βαθμό εσωτερικής συνοχής της κλίμακας
- από 0.79 έως 0.70 δείχνουν **αποδεκτό** βαθμό εσωτερικής συνοχής της κλίμακας
- από 0.69 έως 0.60 δείχνουν **αμφισβητήσιμο** βαθμό εσωτερικής συνοχής της κλίμακας
- από 0.59 έως 0.50 δείχνουν **ασθενή** βαθμό εσωτερικής συνοχής της κλίμακας
- κάτω από 0.5 δείχνουν **μη αποδεκτό** βαθμό εσωτερικής συνοχής της κλίμακας

Κατά την διαδικασία που ακολουθήθηκε αρχικά υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνοχής alpha και στη συνέχεια εντοπίστηκαν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει βελτίωση του δείκτη, δηλαδή εντοπίστηκε η βέλτιστη απόδοση της κλίμακας μετά την αφαίρεση των συνιστωσών που δεν έχουν μεγάλο συντελεστή συσχέτισης με τις υπόλοιπες. Η διατήρηση ή όχι αυτών των συνιστωσών στις κλίμακες θα εξαρτηθεί από το ποσοστό βελτίωσης του δείκτη, από τον συντελεστή συσχέτισης με τις υπόλοιπες και από το πλήθος των συνιστωσών που συνθέτουν την κλίμακα. Όσο μεγαλύτερο είναι το πλήθος των συνιστωσών που συνθέτουν την κλίμακα τόσο πιο μεγαλύτερη εσωτερική συνοχή έχει η κλίμακα που μετράμε (Brown, 2002,1997).

Παρατηρείται στον πίνακα 10, που περιέχει τους συντελεστές Cronbach's alpha, ότι όλες οι κλίμακες για το δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν καλή έως άριστη εσωτερική συνοχή, με τον υψηλότερο δείκτη, 0.946, να αντιστοιχεί στη «Συνολική κλίμακα» και τον χαμηλότερο, 0.815, στην «Τελειομανία», ενώ σε καμία κατηγορία δεν εμφανίζεται σημαντική βελτίωση του δείκτη μετά από την αφαίρεση κάποιας συνιστώσας του ερωτηματολογίου. Τα συμπεράσματα των άλλων δύο δειγμάτων είναι παρόμοια, με το δείγμα των ατόμων της κοινότητας (0.893) να εμφανίζει σχετικά μεγαλύτερους συντελεστές εσωτερικής συνοχής από αυτούς του δείγματος των φοιτητών (0.856). Στην κοινότητα εμφανίζουν τρεις κλίμακες αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας και οι υπόλοιπες τέσσερις καλό, με την μεγαλύτερη τιμή να εντοπίζεται στη «Συνολική κλίμακα» (0.893) και την χαμηλότερη στις «Εμμονές» (0.708). Αντιθέτως, οι φοιτητές έχουν τέσσερις κλίμακες με αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας, δύο με καλό και μία, την «Αναποφασιστικότητα», με οριακά αμφισβητήσιμο (0.689). Ο μεγαλύτερος δείκτης δίνεται στην κλίμακα του «Ελέγχου» (0.872).

Στο δείγμα των ατόμων με αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή η «Τελειομανία»(0.710) και η «Αναποφασιστικότητα» (0.733) έχουν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας, η «Συλλογή» (0.822) και ο «Φόβος μολύνσεων» (0.854) καλό και η «Συνολική κλίμακα» (0.901) και ο «Έλεγχος» (0.923) άριστο, με τον έλεγχο να εμφανίζει τον υψηλότερο δείκτη. Η υποκλίμακα «Εμμονές» εμφανίζει τον

χαμηλότερο δείκτη εσωτερικής συνοχής 0.595, ο οποίος οδηγεί σε ασθενή βαθμό αξιοπιστίας. Σε περίπτωση που αφαιρεθούν από το δείγμα οι ερωτήσεις 26 και 31 βλέπουμε ότι υπάρχει βελτίωση των δεικτών εσωτερικής συνοχής στις κατηγορίες «Συλλογή» και «Αναποφασιστικότητα», της τάξης του 5.1% και 6.5% αντίστοιχα, η οποία όμως δεν είναι ικανή να βελτιώσει αισθητά τους δείκτες. Επιπλέον, και στις δύο περιπτώσεις ο βαθμός εσωτερικής συνοχής είναι τουλάχιστον αποδεκτός, επομένως δεν θα προχωρήσουμε σε διαγραφή των ερωτήσεων από την κλίμακα και θα τις διατηρήσουμε στις μετρήσεις.

Πινάκας 10

Εσωτερική συνοχή των υπό εξέταση κλιμάκων του VOCI με τον συντελεστή Cronbach's alpha

	Φοιτητές		Α/Κ		ΙΔΨ		Κοινότητα	
	Alpha	βελτίωση συντελεστ ή κατά..	Alpha	βελτίωση συντελεστ ή κατά..	Alpha	βελτίωση συντελεστή κατά..	Alpha	βελτίωση συντελεστή κατά..
Συνολική κλίμακα	0.856	0.4%	0.901	0.2%	0.946	-	0.893	0.2%
Φόβος μολύνσεων	0.722	1.1%	0.854	-	0.904	0.8%	0.847	1.0%
Έλεγχος	0.872	-	0.923	-	0.891	-	0.872	0.4%
Εμμονές	0.718	0.7%	0.595	1.6%	0.898	-	0.708	1.6%
Συλλογή	0.705	1.3%	0.822	5.1% *	0.823	-	0.849	0.6%
Τελειομανία	0.780	-	0.710	1.1%	0.815	-	0.726	0.4%
Αναποφασιστικότητα	0.689	1.2%	0.733	6.5% **	0.820	2.5%	0.719	-

* ο δείκτης βελτιώνεται αν αφαιρεθεί η ερώτηση 26. «Ντρέπομαι να καλέσω ανθρώπους στο σπίτι μου γιατί είναι γεμάτο από σωρούς από άχρηστα πράγματα τα οποία έχω φυλάξει», η οποία έχει βαθμό συσχέτισης με τις υπόλοιπες -0.008

** ο δείκτης βελτιώνεται αν αφαιρεθεί η ερώτηση 31. «Σχεδόν πάντα μετράω όταν κάνω μια δραστηριότητα ρουτίνας», η οποία έχει βαθμό συσχέτισης με τις υπόλοιπες -0.026

5.7 Εγκυρότητα ερωτηματολογίου

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα στην παράγραφο 5.2 –(Παρουσίαση κατηγοριών VOCI ανά δείγμα), η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου θα αξιολογηθεί αρχικά μέσω των στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων των απαντήσεων των ΙΔΨ από των υπόλοιπων δειγμάτων για τη συνολική κλίμακα και τις έξι υποκλίμακες και στη συνέχεια θα συγκριθούν οι συνολικές βαθμολογίες και οι βαθμολογίες

ανά κατηγορία του VOCI των συμμετεχόντων στην έρευνα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με τις μέσες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό άλλων χωρών.

5.7.1 Έλεγχος διαφοροποίησης απαντήσεων των ΙΔΨ από το υπόλοιπο δείγμα

Υπενθυμίζουμε ότι για τον έλεγχο της διαφοροποίησης των απαντήσεων των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή από τις απαντήσεις των υπόλοιπων συμμετεχόντων στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney. Τα αποτελέσματα του Kruskal-Wallis μας δίνουν τις κλίμακες του VOCI στις οποίες υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των ΙΔΨ με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Εφαρμόζοντας στη συνέχεια για τις μεταβλητές αυτές που διαφοροποιούνται οι απαντήσεις (σύμφωνα με τον Kruskal-Wallis) το μη παραμετρικό τεστ των Mann-Whitney εντοπίσαμε τα ζεύγη των κατηγοριών που εμφανίζουν διαφορά. Να τονίσουμε πάλι ότι οι δύο αυτοί έλεγχοι δεν ελέγχουν τη διαφορά των μέσων τιμών των υπό εξέταση μεταβλητών, αλλά τη διαφοροποίηση των απαντήσεων, δηλαδή αν ένα δείγμα τείνει να έχει υψηλότερη βαθμολογία από ένα άλλο.

Όπως ήταν αναμενόμενο μετά την παρατήρηση του πίνακα 5 με τον έλεγχο Kruskal-Wallis εντοπίστηκαν διαφορές σε όλες τις κατηγορίες του VOCI μεταξύ του δείγματος των ΙΔΨ και των υπόλοιπων δειγμάτων, ($p= 0.000$). Στη συνέχεια εφαρμόστηκε ο έλεγχος Mann-Whitney για να εντοπιστούν τα ζεύγη των διαφορών μεταξύ ΙΔΨ και λοιπού δείγματος. Ο έλεγχος εντόπισε μόνο στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και των υπόλοιπων ατόμων στο δείγμα (φοιτητές, άτομα με αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή, κοινότητα) τόσο στη συνολική κλίμακα του VOCI όσο και στις επιμέρους υποκλίμακες ($p = 0.000$), εκτός από την περίπτωση του ζεύγους των ΙΔΨ με τους Α/Κ στην υποκλίμακα των «Εμμονών» ($p = 0.01$), δηλαδή οι απαντήσεις των δύο αυτών ομάδων ατόμων διαφέρουν στις «Εμμονές» σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επομένως, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι απαντήσεις στις έξι υποκλίμακες και στη συνολική κλίμακα του ερωτηματολογίου των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τις απαντήσεις που έδωσαν οι φοιτητές, τα άτομα με αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή, καθώς και τα άτομα της κοινότητας σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 1%.

5.7.2 Σύγκριση βαθμολογιών ΙΔΨ με τις μέσες τιμές του πληθυσμού ανά κλίμακα

Ο δεύτερος τρόπος αξιολόγησης της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου έγινε μέσω της σύγκρισης των απαντήσεων ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με τις ήδη γνωστές από προηγούμενες έρευνες μέσες τιμές κλινικού και μη κλινικού πληθυσμού. Στον πίνακα 11 δίνεται το πλήθος των ιδεοψυχαναγκαστικών ατόμων ανά κατηγορία που υπερβαίνει το ανώτατο φυσιολογικό όριο, καθώς και η μέση τιμή του πληθυσμού ανά κατηγορία όπως έχει προκύψει από προηγούμενες μελέτες στάθμησης.

Πίνακας 11

Αριθμός (%) ΙΔΨ ατόμων που υπερβαίνουν την ανώτατη φυσιολογική τιμή ανά κατηγορία στο σύνολο των 53

	Αριθμός (%) ΙΔΨ ατόμων που υπερβαίνουν την ανώτατη φυσιολογική τιμή (N=53)	Μέση τιμή πληθυσμού
Συνολική κλίμακα (ανώτ. φυσιολ: 48.79)	52 (98.1%)	86.26
Φόβος μολύνσεων (ανώτ. φυσιολ: 6.90)	51 (96.2%)	19.94
Έλεγχος (ανώτ. φυσιολ: 3.70)	52 (98.1%)	12.32
Εμμονές (ανώτ. φυσιολ: 2.08)	52 (98.1%)	12.63
Συλλογή (ανώτ. φυσιολ: 0.01)	50 (94.3%)	7.74
Τελειομανία (ανώτ. φυσιολ: 11.60)	50 (94.3%)	23.23
Αναποφασιστικότητα (ανώτ. φυσιολ: 4.48)	52 (98.1%)	10.95

Στην συνέχεια έγινε έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές, ο οποίος έδειξε ότι όλες ακολουθούν κανονική κατανομή (όλα τα $p > 0.109$), επομένως θα χρησιμοποιηθεί ο t έλεγχος ενός δείγματος για να ελέγξουμε αν διαφέρει στατιστικά σημαντικά η μέση τιμή της κατηγορίας του δείγματος με την μέση τιμή της κατηγορίας στον πληθυσμό. Όταν η τιμή p του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05, τότε οι μέσες τιμές δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά, που σημαίνει ότι οι τιμές του δείγματος ταυτίζονται με τις τιμές του πληθυσμού.

Στον πίνακα 12 δίνονται οι τιμές t και p του ελέγχου, η μέση τιμή στις υπό εξέταση υποκατηγορίες και η μέση τιμή των ιδεοψυχαναγκαστικών περιπτώσεων, που έχουν προκύψει από κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό άλλων χωρών και χρησιμοποιήθηκε ως χαρακτηριστική τιμή του ελέγχου, καθώς και το

95% διάστημα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής. Παρατηρείται ότι μόνο σε τρεις από τις επτά κατηγορίες υπάρχει ταύτιση των τιμών με την μέση τιμή του πληθυσμού και πιο συγκεκριμένα, ο «Φόβος μολύνσεων», ο «Έλεγχος» και η «Τελειομανία» δεν διαφοροποιούνται από την μέση τιμή του πληθυσμού των κλινικών και μη κλινικών δειγμάτων. Αντιθέτως, οι τιμές στις υπόλοιπες τρεις υποκλίμακες, καθώς και στη συνολική κλίμακα του ερωτηματολογίου διαφέρουν από την μέση τιμή του πληθυσμού ανά υποκατηγορία, οι «Εμμονές», η «Συλλογή» και η «Τελειομανία» σε επίπεδο σημαντικότητας 1% και η συνολική κλίμακα σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πινάκας 12

Έλεγχος ισότητας μέσων τιμών ιδεοψυχαναγκαστικών περιπτώσεων του δείγματος των 53 ατόμων με τις μέσες τιμές του αντίστοιχου πληθυσμού άλλων χωρών.

	Μέση τιμή ΙΔΨ πληθυσμού άλλων χωρών	Μέση τιμή δείγματος	t	p ελέγχου	95% δ.ε.
Συνολική κλίμακα (ανώτ. φυσιολ: 48.79)	86.26	98.08	2.37	0.021 < 5%	[1.82, 21.81]
Φόβος μολύνσεων (ανώτ. φυσιολ: 6.90)	19.94	20.47	0.36	0.723	[-2.46, 3.52]
Έλεγχος (ανώτ. φυσιολ: 3.70)	12.32	13.00	0.78	0.439	[-1.07, 2.43]
Εμμονές (ανώτ. φυσιολ: 2.08)	12.63	18.25	3.54	0.001 < 1%	[2.43, 8.80]
Συλλογή (ανώτ. φυσιολ: 0.01)	7.74	9.98	2.71	0.009 < 1%	[0.58, 3.90]
Τελειομανία (ανώτ. φυσιολ: 11.60)	23.23	22.51	-0.60	0.550	[-3.13, 1.68]
Αναποφασιστικότητα (ανώτ. φυσιολ: 4.48)	10.95	13.87	3.76	0.000 < 1%	[1.36, 4.47]

Αυτό το αποτέλεσμα σε συνδυασμό με την μη εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η εγκυρότητα των μετρήσεων του ερωτηματολογίου δεν μας επιτρέπει να γενικευτούν τα αποτελέσματα στον πληθυσμό σε αυτό το στάδιο της έρευνας, παρόλο που η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επιβεβαιώθηκε και από τις επαναληπτικές μετρήσεις, αλλά και από τους συντελεστές εσωτερικής συνοχής. Θα πρέπει να γίνει επιπλέον μελέτη στο δείγμα των ΙΔΨ ατόμων για να διαλευκανθεί αν οι τιμές στους παράγοντες που δεν υπάρχει ταύτιση με τις τιμές του πληθυσμού είναι ανεβασμένες λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος (N=53) ή αν υπάρχουν εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις απαντήσεις και τελικά το VOCI δεν είναι κατάλληλο αντικείμενο μέτρησης για τον πληθυσμό των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στην Ελλάδα.

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη εξέτασε τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας διερεύνησης ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) σε κλινικό (άτομα που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και άτομα που πάσχουν από αγχώδη καταθλιπτική Διαταραχή) και μη κλινικό πληθυσμό (κοινότητα και φοιτητές).

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης του VOCI σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα υποστηρίζονται σε μεγάλο βαθμό από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Η ελληνική έκδοση VOCI κατέδειξε τις σημαντικές ψυχομετρικές ιδιότητες και τα αποτελέσματα, όπως περιγράφηκαν παραπάνω, συγκλίνουν με εκείνα που παρουσιάζονται στην αγγλική έκδοση της κλίμακας. Εν συντομία, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν ότι η ελληνική έκδοση της κλίμακας επιδεικνύει εξαιρετική εσωτερική συνοχή, αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής σε ότι αφορά την στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών των ΙΔΨ από το υπόλοιπο κλινικό και μη κλινικό δείγμα και σημαντική μα όχι απόλυτη σύγκλιση αποτελεσμάτων με παλαιότερες μελέτες.. Πιο συγκεκριμένα :

- Η ελληνική έκδοση του VOCI παρουσιάζει σημαντική αξιοπιστία. Το δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή φαίνεται να έχει αρκετά ικανοποιητική αξιοπιστία σε όλες τις υπό εξέταση κλίμακες του VOCI με όλους τους συντελεστές συσχέτισης να είναι πάνω από 0.745 και τις τιμές των ελέγχων διαφοροποίησης των απαντήσεων να υποδεικνύουν μη στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αρχικών - επαναληπτικών μετρήσεων. Στο δείγμα των φοιτητών υπάρχει μέτρια αξιοπιστία για την υποκλίμακα «Φόβος μολύνσεων» (Pearson = 0.593) και αρκετά ικανοποιητική για όλες τις υπόλοιπες (Pearson > 0.744), με την μόνη διαφορά ότι οι υποκλίμακες «Εμμονές» και «Τελειομανία» παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις αρχικές και επαναληπτικές απαντήσεις, σε αντίθεση με τις άλλες κατηγορίες που δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά. Αντιστοιχία αποτελεσμάτων εμφανίζεται και σε έρευνα για την αγγλική και γαλλική έκδοση του VOCI (Radomsky, et al., 2007).
- Εσωτερική συνοχή παρατηρήθηκε από τις τιμές που έλαβε ο συντελεστής Cronbach's alpha ότι όλες οι υποκλίμακες αλλά και στο σύνολό του το ερωτηματολόγιο VOCI στο δείγμα των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζει καλή έως άριστη εσωτερική συνοχή (Cronbach's alpha Συνολικού σκορ : 0.946), ενώ δεν εμφανίζεται σημαντική βελτίωση του δείκτη μετά από την αφαίρεση κάποιας συνιστώσας του ερωτηματολογίου. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και των άλλων δειγμάτων, με το δείγμα των ατόμων της κοινότητας να εμφανίζει σχετικά μεγαλύτερους συντελεστές εσωτερικής συνοχής από αυτούς του δείγματος των φοιτητών. Στο δείγμα των ατόμων με αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή οι υποκλίμακες

«Τελειομανία» και «Αναποφασιστικότητα» έχουν αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας, η υποκλίμακα «Συλλογή» και η υποκλίμακα «Φόβος μολύνσεων» καλό και η «Συνολική κλίμακα» και ο «Έλεγχος» άριστο, με τον έλεγχο να εμφανίζει τον υψηλότερο δείκτη. Η υποκλίμακα «Εμμονές» εμφανίζει τον χαμηλότερο δείκτη εσωτερικής συνοχής 0.595, ο οποίος οδηγεί σε ασθενή βαθμό αξιοπιστίας. Σε περίπτωση που αφαιρεθούν από το δείγμα οι ερωτήσεις 26 και 31 βλέπουμε ότι υπάρχει βελτίωση των δεικτών εσωτερικής συνοχής στις κατηγορίες «Συλλογή» και «Αναποφασιστικότητα», της τάξης του 5.1% και 6.5% αντίστοιχα, η οποία όμως δεν είναι ικανή να βελτιώσει αισθητά τους δείκτες. Επιπλέον, και στις δύο περιπτώσεις ο βαθμός αξιοπιστίας είναι τουλάχιστον αποδεκτός, επομένως δεν θα προχωρήσουμε σε διαγραφή των ερωτήσεων από την κλίμακα και θα τις διατηρήσουμε στις μετρήσεις. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε προηγούμενη μελέτη προσαρμογής και στάθμισης του VOCI στο γαλλικό πληθυσμό (Radomsky, et al., 2007). Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι υπάρχει σχεδόν πλήρης αντιστοιχία του δείκτη Cronbach's α συνολικού σκορ στους κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς μεταξύ της Ελληνικής και Αγγλικής έκδοσης (Cronbach's α : 0.856/0.96, 0.901/0.98, 0.946/0.94, 0.893/0.90).

Αναφορικά τώρα στην εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου VOCI, που αφορά στο βαθμό διαφοροποίησης των ατόμων που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, από τον μη κλινικό πληθυσμό, παρατηρήθηκαν τα εξής:

- Α) Οι απαντήσεις στις έξι υποκλίμακες και στη συνολική κλίμακα του ερωτηματολογίου των ατόμων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τις απαντήσεις που έδωσαν οι φοιτητές, τα άτομα με αγχώδη/καταθλιπτική διαταραχή, καθώς και τα άτομα της κοινότητας σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του 1%, στοιχείο που συναντάται και σε προηγούμενες μελέτες στάθμισης (Thordarson, et al., 2004, Radomsky, et al., 2007).
- Β) Η σύγκριση των αποτελεσμάτων του δείγματος των ΙΔΨ με αντίστοιχους πληθυσμούς άλλων χωρών, έδειξε ότι σε αυτό τον δείκτη η ελληνική έκδοση του VOCI παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα τα οποία όμως δεν επαρκούν για την έγκυρη εφαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, η σύγκριση της μέσης τιμής ανά κατηγορία των μέσων τιμών του ελληνικού κλινικού ιδεοψυχαναγκαστικού πληθυσμού σε σχέση με τις αντίστοιχες μέσες τιμές προηγούμενων ερευνών σε κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς άλλων χωρών έδειξε ότι υπάρχει διαφοροποίηση που φτάνει μάλιστα σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Παρατηρείται ότι μόνο σε τρεις από τις επτά υποκατηγορίες υπάρχει ταύτιση των παρατηρούμενων τιμών άλλων χωρών με την μέση τιμή του ελληνικού κλινικού πληθυσμού (ΙΔΨ) και πιο συγκεκριμένα, ο «Φόβος μολύνσεων», ο «Έλεγχος» και η

«Τελειομανία» δεν διαφοροποιούνται από την παρατηρούμενη μέση τιμή των πληθυσμού άλλων χωρών. Αντιθέτως, οι τιμές στις υπόλοιπες τρεις υποκλίμακες, καθώς και στη συνολική κλίμακα του ερωτηματολογίου διαφέρουν από την μέση τιμή των πληθυσμών άλλων χωρών. Οι υποκατηγορίες, «Εμμονές», «Συλλογή» και «Τελειομανία» διαφοροποιούνται σε επίπεδο σημαντικότητας 1% και η συνολική κλίμακα σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Κατά συνέπεια η εγκυρότητα των μετρήσεων δεν μας επιτρέπει να γενικευτούν τα αποτελέσματα στον ελληνικό πληθυσμό τουλάχιστον σε αυτό το στάδιο της έρευνας, λόγω συγκεκριμένων περιορισμών της παρούσας μελέτης που αφορούν:

A) στο περιορισμένο αριθμό του κλινικού δείγματος και πιο συγκεκριμένα τα άτομα που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

B) στην πιθανή έλλειψη αντιπροσωπευτικότητας στο δείγμα του γενικού πληθυσμού.

Γ) στην επίδραση ποικίλων παραγόντων όπως το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η γεωγραφική περιοχή, η κουλτούρα.

Επομένως, επόμενες μελέτες θα ήταν σκόπιμο να διερευνήσουν τους πιθανούς εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις απαντήσεις. Λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες αναφορές σε μελέτες για την διαπολιτισμική διαφοροποίηση και πιθανές διαπολιτισμικές πτυχές/πλευρές της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Fontenelle, Mendlowicz, Marques, & Versiana, 2004, Kyrios, Sanavio, Bhar, & Liguori, 2001, Okasha, Saad, Khalil, Seif El Dawla, & Yehia, 1994) , αλλά και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης γεννιέται η ελπίδα ότι η μετάφραση και πιλοτική στάθμιση του VOCI στον ελληνικό πληθυσμό θα βοηθήσει στην έρευνα των συμπτωμάτων και των μηχανισμών που σχετίζονται με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και συναφών φαινομένων και στην χώρα μας.

Επιπλέον, το νέο και ενθαρρυντικό σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής έκδοσης του VOCI, είναι ότι η παρούσα μελέτη υποστηρίζει την περαιτέρω χρήση του σε μια ποικιλία πεδίων όπως η αξιολόγηση, θεραπεία και έρευνα

Παρόλα αυτά κρίνεται αναγκαία η διενέργεια μιας έρευνας μεγαλύτερης κλίμακας που να μπορεί να επιβεβαιώσει σε μεγαλύτερο βαθμό τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εν λόγω εργαλείου στον ελληνικό πληθυσμό και πιο συγκεκριμένα την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis) κάτι που θα επιτευχθεί σε μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος και θα επιβεβαιωθεί και με αυτόν τον τρόπο η εγκυρότητα του εργαλείου.

Συμπερασματικά και με βάση τα παραπάνω, καταλήγουμε ότι το ερωτηματολόγιο διερεύνησης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στον ελληνικό πληθυσμό VOCI μπορεί

να βελτιώσει την ικανότητά αξιολόγησης την ευρείας ποικιλίας των συμπτωμάτων και χαρακτηριστικών της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και στον ελληνικό πληθυσμό. Η ανίχνευση του εξατομικευμένου προφίλ συμπτωμάτων ΙΔΨ διαταραχής στον κλινικό πληθυσμό μπορεί να βοηθήσει στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της ΙΔΨ διαταραχής, εστιάζοντας στις επιμέρους παραμέτρους-συνιστώσες του ευρέως φάσματος συμπτωμάτων της ΙΔΨ διαταραχής κα επιτρέποντας πιο εξειδικευμένη και εστιασμένη παρέμβαση σε κλινικό θεραπευτικό επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- American Psychiatric Association (1996). Διαγνωστικά Κριτήρια DSM IV TM. Αθήνα: Λίτσας.
- DSM-IV-TR (APA, 2005). DSM IV –TR. Εγχειρίδιο διαφορικής διάγνωσης Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Αγγελάκης, Κ. (2012). *Ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά: πειραματική ανάλυση της σχέσης της με την τιμωρία και τα σήματα ασφάλειας*. Διαθέσιμο στο : <http://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/29849>
- Αγγελόπουλος, Ν. (2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Βασιλικοπούλου, Α. Ι., Σιώμκος, Γ. Ι. (2005). *Εφαρμογή Μεθόδων Ανάλυσης στην Έρευνα Αγοράς*, Αθήνα Εκδόσεις Σταμούλης, .
- Κουμαντάνου Ε., Σωτηροπούλου Π., Πούλου Κ., Κασβίκης Γ.,(2004). Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά 60 Ελλήνων ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή . *Ψυχιατρική 15*:236-244
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής* (αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μέλλον, Ρ. (2007). *Ψυχολογία της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος
- Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στη ψυχοπαθολογία του ενήλικα* . Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Ξενόγλωσση

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson R. E., Babin B. J., Black W. C. , Hair Jr J. F. (2010). *Multivariate Data Analysis*, 7th edition, Prentice Hall.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., et al. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(3), 156-164.
- Bandura, A., (1969). *The Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 2-6.
- Beck, A. T.(1976). *Cognitive therapy of the emotional disorders*. New York: New American Library.

- Besiroglu, L. E., Cilli, A. S., & Askin, R. (2004). The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 99-108.
- Billett, E. A., Reichter, M. A., King, N., Heils, A., Lesch, K.P., & Kennedy, J. L. (1997). Obsessive compulsive disorder, response to serotonin reuptake inhibitors and the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*, 2(5), 403-406.
- Bobes, J., Gonzalez, M.P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239-245.
- Boulougouris, J., Marset, P., & Marks, I. M. (1971). Superiority of flooding (implosion) to desensitization or reducing pathological fear. *Behavior Research and Therapy*, 9, 7-16.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for crosscultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- Brown, J. D. (1997). Statistics Corner: Questions and answers about language testing statistics: Reliability of surveys. *Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter*, 1 (2), 17-19. Retrieved December 24, 2001 from the World Wide Web: http://jalt.org/test/bro_2.htm
- Brown, J. D. (2002). Statistics Corner: Questions and answers about language testing statistics: The Cronbach alpha reliability estimate. *Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter*, 6 (1), 17-19. http://jalt.org/test/bro_13.htm
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of Obsessive Compulsive Disorder Symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167.
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 876-882.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H., de Geus, F., & Westenberg, H. G. M., (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorder*, 80(2-3), 155-162.
- Doron G., & Kyrios, M., (2005). Obsessive compulsive disorder. A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 415-432.
- DSM V (APA, 2013).
- Fireman, B., Koran, L. M., Leventhal, J. L., & Jacobson, A. (2001). The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1904-1910.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV Field Trial- Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 654
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. et al. (2002). The obsessive compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14,485-495.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206–214.
- Foa, E.B. Goldstein, A. (1978). Continuous exposure and strict response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9,821-829.
- Fontenelle L. F., & Hasler, G., (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.
- Garson, G. D., Factor Analysis, Asheboro, NC: Statistical Associates Publishers (2013)
- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.11.0 update (4 th ed.).Boston: Allyn &Bacon.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16(8), 729-773.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al., (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. 2. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C.L., et al, (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. 1. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A., (2006). Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 40(6), 494-501.
- Grayson, J.B., Foa, E. B., & Steketee, G. S. (1986). Exposure in vivo of obsessive-compulsives under distracting and attention-focusing conditions: replication and extension. *Behavior Research and Therapy*, 24, 475-479.
- Grisham, J. R., Anderson, T. M. & Sachdev, P.S. (2008). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(2), 107-116.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York7 The Guilford Press.

- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM – V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4),317-329.
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder. A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39-45.
- Joost C. F. de Winter, Dimitra Dodou, Five-Point Likert Items: t test versus Mann-Whitney-Wilcoxon, *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 15 (11), (<http://pareonline.net/getvn.asp?v=15&n=11>)
- Julie Pallant, *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*, 4th Edition, McGraw Hill
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J., (2007). *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th edition)*.: Baltimore:Lippincot Williams & Wilkins
- Kasvikis, Y & Marks, I. M. (1988). Clomipramine, self-exposure, and therapist-accompanied exposure in obsessive compulsive ritualizes: two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 291-298.
- Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 257-265.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 783-788.
- Kozak, M.J., Foa, E.B., & Steketee, G.S. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive compulsives: psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19, 157-169
- Lewis, A. (1936). Problems of Obsessional Illness. *Proceedings of Royal Society of Medicine*, 29, 325-336.
- Marks, I.M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive – compulsive neurosis by in-vivo exposure: A two-year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behavior Research & Therapy*, 4, 273-280.
- Mowrer, O.H.(1947). On the dual nature of learning – a reinterpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Mowrer, O.H.(1951). 2-Factor Learning Theory – Summary and Comment. *Psychological Review*, 58(5), 350-354.

- Mowrer, O.H.(1960). *Learning theory and behavior*. New York, Wiley.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O.J., Liang, K.Y., LaBuda, M., et al., (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Pigott, T.A. (1998). Obsessive-compulsive disorder. Symptom overview and epidemiology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(4), A4-A32.
- Poyurovsky, M., Faragian, S., Kleinman- Balush, V., Pashinian, A., Kurs, R., & Fuchs, C. (2007). Awareness of illness and insight into obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients with obsessive- compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(9). 765-768.
- Poyurovsky, M., Kriss, V., Weizman, G., Faragian, S., Kurs, R., Schneidman, M., et al. (2003). Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive –compulsive disorder. Schizophrenic and OC symptoms in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), 1300-1307.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). Cognitive theory of obsessions : elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36. 385-401.
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rachman, S., Hodgson, R., & Marks, I.M. (1971). The treatment of chronic obsessional neurosis. *Behavior Research & Therapy*. 9. 237-247.
- Rachman, S., Hodgson, R., & Marks, I.M. (1973). The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo. *Behavior Research and Therapy*, 11, 463-471.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., & Radomsky, A. S. (1995). A revision of the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. *World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies*, Copenhagen.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1984). The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(11), 450-457.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M.H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behavior Research and Therapy*, 37(11), 1055-1072.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive- behavioral analysis. *Behavior and Therapy*, 25, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 29-52.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 169–177.

- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(12), 7-10.
- Southam – Gerow, M.A., & Kendall, P.C. (2000). Cognitive-behavior therapy with youth: advances, challenges, and future directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 343-366.
- Stahl, M. (2003). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* (2nd edition). Cambridge University Press.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289–1314.
- Tukel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Askut, D., & Tturksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 204-209.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive –compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87/
- WHO (World Health Organization) (1996). *The global burden of disease*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Mental Health.
- WHO (World Health Organization) (2006). International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision). Available at: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Wu, K.D., Clark, L.A., & Watson, D. (2006). Relations between Obsessive-Compulsive Disorder and personality: Beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(6), 695-717.
- Zohar, A.H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445-455.

Ιστοσελίδες και ηλεκτρονικά τεκμήρια

http://en.wikipedia.org/wiki/Likert_scale

<http://www.leehw.com/pro-rating-for-missing-data/>

http://en.wikipedia.org/wiki/Kolmogorov%E2%80%93Smirnov_test

<https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/testing-for-normality-using-spss-statistics.php>

http://en.wikipedia.org/wiki/Independence_%28probability_theory%29

http://en.wikipedia.org/wiki/Student%27s_t-test#Paired_samples

http://en.wikipedia.org/wiki/Mann%E2%80%93Whitney_U_test

http://en.wikipedia.org/wiki/Wilcoxon_signed-rank_test

http://en.wikipedia.org/wiki/Cronbach%27s_alpha

http://en.wikipedia.org/wiki/Kruskal%E2%80%93Wallis_one-way_analysis_of_variance

<http://www.statisticssolutions.com/run-test-of-randomness/>

E. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Αλληλογραφία για χορήγηση άδειας μετάφρασης και στάθμισης του VOCI.

From: Ioanna Tsiouri [
Sent: February 1, 2014 9:19 AM
To: Thordarson, Dana
Subject: Permission to standardize VOCI in Greece

Dear Dr Thordarson,

My name is Dr I. Tsiouri and I am a Clinical Psychologist at the Psychiatric Department of the Univeristy Hospital of Larissa-Greece and an adjunct instructor at the School of Medicine - University of Thessaly (Greece). Over the last couple of years I have been interested in applying the VOCI scale for clinical purposes in the Psychiatric Clinic and I have found it to be very efficient for diagnostic and progress monitoring purposes.

One of my post-graduate students is interested in the standardization of the VOCI scale in the Greek population and we were wondering whether we could collaborate with you on that.

Please inform as of the procedure to grant permission for standardization.

We are looking forward to collaborating with you on this project.

Sincerely

Ioanna Tsiouri, Ph.D.

Clinical Psychologist

Psychiatric Department

University Hospital of Larissa

Greece

On Friday, February 14, 2014 12:04 AM, "Thordarson, Dana" <dana.thordarson@midwifery.ubc.ca> wrote:

Dear Dr Tsiouri,

I am sorry if I did not reply to this email sooner; I have just noticed it again and it looks like I didn't. You and your team are very welcome to use the VOCI clinically and do research to standardize it for Greek population. No special permission from me is required. I would appreciate a copy of your results or manuscript in case I have inquiries in future about the Greek version.

Yours sincerely,

Dana Thordarson PhD RPsych

Instructor | Division of Midwifery | Department of Family Practice

The University of British Columbia

Phone 604 827 1916

dana.thordarson@midwifery.ubc.ca

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

VOCI

Please rate each statement by putting a circle around the number that best describes how much the statement is true of you. Please answer every item, without spending too much time on any particular item.

How much is each of the following statements true of you?	Not at all	A little	Some	Much	Very Much
1. I feel compelled to check letters over and over before mailing them.	0	1	2	3	4
2. I am often upset by my unwanted thoughts of using a sharp weapon.	0	1	2	3	4
3. I feel very dirty after touching money.	0	1	2	3	4
4. I find it very difficult to make even trivial decisions.	0	1	2	3	4
5. I feel compelled to be absolutely perfect.	0	1	2	3	4
6. I repeatedly experience the same unwanted thought or image about an accident.	0	1	2	3	4
7. I repeatedly check and recheck things like taps and switches after turning them off.	0	1	2	3	4
8. I use an excessive amount of disinfectants to keep my home or myself safe from germs.	0	1	2	3	4
9. I often feel compelled to memorize trivial things (e.g., licence plate numbers, instructions on labels).	0	1	2	3	4
10. I have trouble carrying out normal household activities because my home is so cluttered with things I have collected.	0	1	2	3	4
11. After I have decided something, I usually worry about my decision for a long time.	0	1	2	3	4
12. I find that almost every day I am upset by unpleasant thoughts that come into my mind against my will.	0	1	2	3	4
13. I spend far too much time washing my hands.	0	1	2	3	4
14. I often have trouble getting things done because I try to do everything exactly right.	0	1	2	3	4
15. Touching the bottom of my shoes makes me very anxious.	0	1	2	3	4
16. I am often upset by my unwanted thoughts or images of sexual acts.	0	1	2	3	4
17. I become very anxious when I have to make even a minor decision.	0	1	2	3	4
18. I feel compelled to follow a very strict routine when doing ordinary things.	0	1	2	3	4

How much is each of the following statements true of you?	Not at all	A little	Some	Much	Very Much
19. I feel upset if my furniture or other possessions are not always in exactly the same position.	0	1	2	3	4
20. I repeatedly check that my doors or windows are locked, even though I try to resist the urge to do so.	0	1	2	3	4
21. I find it very difficult to touch garbage or garbage bins.	0	1	2	3	4
22. I become very tense or upset when I think about throwing anything away.	0	1	2	3	4
23. I am excessively concerned about germs and disease.	0	1	2	3	4
24. I am often very late because I can't get through ordinary tasks on time.	0	1	2	3	4
25. I avoid using public telephones because of possible contamination.	0	1	2	3	4
26. I am embarrassed to invite people to my home because it is full of piles of worthless things I have saved.	0	1	2	3	4
27. I repeatedly experience the same upsetting thought or image about death.	0	1	2	3	4
28. I am often upset by unwanted thoughts or images of blurting out obscenities or insults in public.	0	1	2	3	4
29. I worry far too much that I might upset other people.	0	1	2	3	4
30. I am often frightened by unwanted urges to drive or run into oncoming traffic.	0	1	2	3	4
31. I almost always count when doing a routine task.	0	1	2	3	4
32. I feel very contaminated if I touch an animal.	0	1	2	3	4
33. One of my major problems is repeated checking.	0	1	2	3	4
34. I often experience upsetting and unwanted thoughts about losing control.	0	1	2	3	4
35. I find it almost impossible to decide what to keep and what to throw away.	0	1	2	3	4
36. I am strongly compelled to count things.	0	1	2	3	4

How much is each of the following statements true of you?	Not at all	A little	Some	Much	Very Much
37. I repeatedly check that my stove is turned off, even though I resist the urge to do so.	0	1	2	3	4
38. I get very upset if I can't complete my bedtime routine in exactly the same way every night.	0	1	2	3	4
39. I am very afraid of having even slight contact with bodily secretions (blood, urine, sweat, etc.).	0	1	2	3	4
40. I am often very upset by my unwanted impulses to harm other people.	0	1	2	3	4
41. I spend a lot of time every day checking things over and over again.	0	1	2	3	4
42. I have great trouble throwing anything away because I am very afraid of being wasteful.	0	1	2	3	4
43. I frequently have to check things like switches, faucets, appliances and doors several times.	0	1	2	3	4
44. One of my major problems is that I am excessively concerned about cleanliness.	0	1	2	3	4
45. I feel compelled to keep far too many things like old magazines, newspapers, and receipts because I am afraid I might need them in the future.	0	1	2	3	4
46. I repeatedly experience upsetting and unacceptable thoughts of a religious nature.	0	1	2	3	4
47. I tend to get behind in my work because I repeat the same thing over and over again.	0	1	2	3	4
48. I try to put off making decisions because I'm so afraid of making a mistake.	0	1	2	3	4
49. I often experience upsetting and unwanted thoughts about illness.	0	1	2	3	4
50. I am afraid to use even well-kept public toilets because I am so concerned about germs.	0	1	2	3	4
51. Although I try to resist, I feel compelled to collect a large quantity of things I never actually use.	0	1	2	3	4
52. I repeatedly experience upsetting and unwanted immoral thoughts.	0	1	2	3	4
53. One of my major problems is that I pay far too much attention to detail.	0	1	2	3	4
54. I am often upset by unwanted urges to harm myself.	0	1	2	3	4
55. I spend far too long getting ready to leave home each day because I have to do everything exactly right.	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

VOCI

Παρακαλώ βαθμολογείτε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις με το να σημειώσετε το νούμερο (κελί) που περιγράφει με τον καλύτερο τρόπο πόσο αληθινή είναι η πρόταση για σας. Παρακαλώ απαντήστε στις προτάσεις, χωρίς να ξοδέψετε πολύ χρόνο σε κάθε μία από αυτές.

Πόσο αληθινή είναι η κάθε πρόταση για σας;	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι υποχρεωμένος να ελέγγω τα γράμματα ξανά και ξανά πριν τα ταχυδρομήσω.	0	1	2	3	4
2. Συχνά αναστατώνομαι από τη σκέψη να χρησιμοποιήσω ένα αιχμηρό αντικείμενο, το κάνω χωρίς να το θέλω.	0	1	2	3	4
3. Αισθάνομαι πολύ βρώμικος όταν αγγίξω χρήματα.	0	1	2	3	4
4. Το βρίσκω πολύ δύσκολο να πάρω έστω και ασήμαντες αποφάσεις.	0	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι υποχρεωμένος να είμαι απόλυτα τέλειος.	0	1	2	3	4
6. Βιώνω κατ' επανάληψη τις ίδιες σκέψεις ή και εικόνες σε σχέση με κάποιο ατύχημα, χωρίς να το θέλω.	0	1	2	3	4
7. Ελέγγω ξανά και ξανά πράγματα, όπως βρύσες ή διακόπτες, αφού τα κλείσω.	0	1	2	3	4
8. Χρησιμοποιώ υπερβολική ποσότητα απολυμαντικού για να διατηρήσω τον εαυτό μου και το σπίτι μου καθαρό από μικρόβια.	0	1	2	3	4
9. Συχνά αισθάνομαι υποχρεωμένος να απομνημονεύω ασήμαντες πληροφορίες (π.χ. τους αριθμούς πινακίδων των αυτοκινήτων, οδηγίες σε ετικέτες).	0	1	2	3	4
10. Δυσκολεύομαι να κάνω απλές οικιακές εργασίες γιατί το σπίτι μου είναι γεμάτο με πράγματα που έχω συγκεντρώσει.	0	1	2	3	4
11. Αφού αποφασίσω για κάτι συνήθως ανησυχώ για αυτή την απόφαση για μεγάλο χρονικό διάστημα.	0	1	2	3	4
12. Κάθε μέρα πιάνω τον εαυτό μου να στεναχωριέται από δυσάρεστες σκέψεις που έρχονται στο μυαλό μου παρά τη θέλησή μου.	0	1	2	3	4
13. Ξοδεύω πάρα πολύ χρόνο για να πλύνω τα χέρια μου.	0	1	2	3	4

Πόσο αληθινή είναι η κάθε πρόταση για σας;	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
14. Συχνά δυσκολεύομαι να τελειώσω κάτι, γιατί προσπαθώ να τα κάνω όλα στην εντέλεια.	0	1	2	3	4
15. Το να ακουμπήσω τη σόλα του παπουτσιού μου θα μου προκαλούσε μεγάλο άγχος.	0	1	2	3	4
16. Συχνά αναστατώνομαι από ανεπιθύμητες σκέψεις ή εικόνες σεξουαλικού περιεχομένου.	0	1	2	3	4
17. Αγχώνομαι πολύ όταν πρέπει να πάρω ακόμη και μια μικρή απόφαση.	0	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι υποχρεωμένος/η όταν κάνω απλά καθημερινά πράγματα να ακολουθώ μια πολύ αυστηρή σειρά.	0	1	2	3	4
19. Αναστατώνομαι αν τα έπιπλά μου ή άλλα προσωπικά αντικείμενα δεν είναι πάντα στην ίδια ακριβώς θέση.	0	1	2	3	4
20. Ελέγχω κατ' επανάληψη αν έχω κλειδώσει τις πόρτες και τα παράθυρά μου αν και προσπαθώ να αντισταθώ σ' αυτή την ανάγκη.	0	1	2	3	4
21. Μου είναι πολύ δύσκολο να αγγίξω σκουπίδια ή κάδους απορριμμάτων.	0	1	2	3	4
22. Αισθάνομαι μεγάλη ένταση ή αναστάτωση όταν σκέφτομαι ότι πρέπει να πετάξω κάτι.	0	1	2	3	4
23. Ανησυχώ υπερβολικά για μικρόβια ή αρρώστιες.	0	1	2	3	4
24. Συνήθως καθυστερώ πολύ γιατί δεν μπορώ να ολοκληρώσω απλά καθημερινά καθήκοντα στην ώρα μου.	0	1	2	3	4
25. Αποφεύγω να χρησιμοποιώ δημόσια τηλέφωνα από φόβο πιθανής μόλυνσης.	0	1	2	3	4
26. Ντρέπομαι να καλέσω ανθρώπους στο σπίτι μου γιατί είναι γεμάτο από σωρούς από άχρηστα πράγματα τα οποία έχω φυλάξει.	0	1	2	3	4
27. Κατ' επανάληψη έρχονται στο μυαλό μου δυσάρεστες σκέψεις ή εικόνες για θάνατο.	0	1	2	3	4
28. Συχνά αναστατώνομαι από ανεπιθύμητες σκέψεις ή εικόνες του εαυτού μου να ξεστομίζει παράλογες σκέψεις ή βρισιές δημόσια.	0	1	2	3	4
29. Ανησυχώ υπερβολικά μήπως στενοχωρήσω άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4
30. Συχνά τρομάζω από μία ανεπιθύμητη ανάγκη μου να οδηγήσω ή να πέσω στο ρεύμα αντίθετης κυκλοφορίας.	0	1	2	3	4

Πόσο αληθινή είναι η κάθε πρόταση για σας;	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
31. Σχεδόν πάντα μετρώ όταν κάνω μια δραστηριότητα ρουτίνας.	0	1	2	3	4
32. Αισθάνομαι πολύ μολυσμένος /η όταν αγγίζω ένα ζώο.	0	1	2	3	4
33. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά μου είναι ότι θέλω να τσεκάρω κάτι κατ' επανάληψη.	0	1	2	3	4
34. Συχνά βιώνω δυσάρεστες και ανεπιθύμητες σκέψεις ότι χάνω τον έλεγχο.	0	1	2	3	4
35. Το βρίσκω σχεδόν αδύνατο να αποφασίσω τί να κρατήσω και τί να πετάξω.	0	1	2	3	4
36. Αισθάνομαι έντονα υποχρεωμένος να μετρώ πράγματα.	0	1	2	3	4
37. Ελέγχω κατ' επανάληψη ότι έχω κλείσει το μάτι της κουζίνας ακόμα και όταν αντιστέκομαι στην ανάγκη μου να το κάνω.	0	1	2	3	4
38. Αναστατώνομαι πολύ όταν δεν μπορώ να ολοκληρώσω τη ρουτίνα μου πριν πάω στο κρεβάτι, με τον ίδιο ακριβώς τρόπο κάθε βράδυ.	0	1	2	3	4
39. Φοβάμαι υπερβολικά να έχω και την παραμικρή επαφή με σωματικές εκκρίσεις (αίμα, ούρα, ιδρώτας, κτλ.)	0	1	2	3	4
40. Συχνά αναστατώνομαι πολύ από μια ανεπιθύμητη παρόρμηση να βλάψω άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4
41. Ξοδεύω πολύ χρόνο κάθε μέρα να ελέγχω ξανά και ξανά κάποια πράγματα.	0	1	2	3	4
42. Έχω μεγάλη δυσκολία να πετάξω οτιδήποτε γιατί φοβάμαι πολύ να αχρηστεύω πράγματα.	0	1	2	3	4
43. Συχνά αισθάνομαι ότι πρέπει να ελέγχω πολλές φορές πράγματα όπως διακόπτες, πρίζες, συσκευές και πόρτες.	0	1	2	3	4
44. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά μου είναι ότι ασχολούμαι υπερβολικά με την καθαριότητα.	0	1	2	3	4
45. Αισθάνομαι υποχρεωμένος να μαζεύω πάρα πολλά πράγματα, όπως παλιά περιοδικά, εφημερίδες, αποδείξεις, γιατί φοβάμαι ότι θα τα χρειαστώ στο μέλλον.	0	1	2	3	4
46. Βιώνω κατ' επανάληψη δυσάρεστες και μη αποδεκτές σκέψεις θρησκευτικού περιεχομένου.	0	1	2	3	4
47. Τείνω να καθυστερώ στη δουλειά μου γιατί επαναλαμβάνω τα ίδια πράγματα ξανά και ξανά.	0	1	2	3	4

Πόσο αληθινή είναι η κάθε πρόταση για σας;	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
48. Προσπαθώ να αναβάλω την λήψη αποφάσεων γιατί φοβάμαι πολύ μήπως κάνω κάποιο λάθος.	0	1	2	3	4
49. Συχνά βιώνω δυσάρεστες και ανεπιθύμητες σκέψεις σχετικά με ασθένεια.	0	1	2	3	4
50. Φοβάμαι να χρησιμοποιήσω ακόμη και καθαρές δημόσιες τουαλέτες γιατί ανησυχώ υπερβολικά για τα μικρόβια.	0	1	2	3	4
51. Αν και προσπαθώ να αντισταθώ αισθάνομαι αναγκασμένος να μαζεύω μια μεγάλη ποσότητα πραγμάτων τα οποία στην πραγματικότητα ποτέ δεν χρησιμοποιώ.	0	1	2	3	4
52. Κατ' επανάληψη βιώνω ενοχλητικές και ανεπιθύμητες ανήθικες σκέψεις.	0	1	2	3	4
53. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά μου είναι ότι δίνω μεγάλη προσοχή σε λεπτομέρειες.	0	1	2	3	4
54. Συχνά αναστατώνομαι από μια ανεπιθύμητη ανάγκη να κάνω κακό στον εαυτό μου.	0	1	2	3	4
55. Ξοδεύω πάρα πολύ χρόνο όταν ετοιμάζομαι να φύγω από το σπίτι κάθε μέρα επειδή πρέπει να τα κάνω όλα ακριβώς όπως πρέπει.	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Αγαπητέ συμμετέχοντα/ αγαπητή συμμετέχουσα,

Η παρούσα έρευνα διενεργείται από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Π.Μ.Σ. Ψυχικής Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Λάρισας, κ. Κρασιά Ειρήνη, ψυχολόγο, στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας, υπό την εποπτεία της κ. Τσιούρη Ιωάννας, Ψυχολόγου, Ph.D., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.

Σκοπός της είναι η Προσαρμογή και πιλοτική στάθμιση του Ερωτηματολογίου διερεύνησης Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) σε ελληνικό πληθυσμό»

Ακολουθεί η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις όσο πιο αυθόρμητα και ειλικρινά μπορείτε, χωρίς να συζητήσετε πιθανές απαντήσεις με άλλους. Αφού ολοκληρώσετε τη συμπλήρωση, παρακαλούμε ελέγξτε για τυχόν αναπάντητα ερωτήματα και επιστρέψτε το ερωτηματολόγιο στο συνεργάτη της έρευνας.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Τα στοιχεία που μας δίνετε είναι απόρρητα και εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή και για το χρόνο σας !!!

Κρασιά Ειρήνη

Ψυχολόγος

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Π.Μ.Σ. Ψυχικής Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Θεσσαλίας.

e-mail: irinikranias@gmail.com