

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συνύπαρξη συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν την Ψυχαναγκαστική
Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ) με στοιχεία κατάθλιψης και ψευδαισθήσεις: η
τιμωρία ως ενιαίο πλαίσιο για την κατανόηση τριών διαφορετικών διαταραχών

Τότα Δρούζα

A.M. 06080201

Επιστημονικός Επόπτης

Ρόμπερτ Μέλλον

ΑΘΗΝΑ 2011

Περιεχόμενα

Περίληψη	.....Σελ. 4
Εισαγωγή	.....6
Ορισμός της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (ΨΚΔ) ..6	
Περιγραφή	.....6
Επιδημιολογικά στοιχεία	.....6
ΨΚΔ και ποιότητα ζωής	.....7
Ετερογένεια	.....7
Αιτιολογία	.....8
Ψυχαναλυτική προσέγγιση	.....8
Νευροβιολογική προσέγγιση	.....10
Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση	.....12
Η προσέγγιση της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς	.....14
Συννοσηρότητα	.....18
ΨΚΔ και κατάθλιψη	.....18
ΨΚΔ και ψύχωση	.....20
Στοιχεία της ΨΚΔ σε φυσιολογικό πληθυσμό	.....21
Επίδραση της τιμωρίας – Υποθέσεις	.....23
Μέθοδος	.....26
Οι συμμετέχοντες	.....26
Διαδικασία	.....26
Οι κλίμακες	.....26
Αποτελέσματα	.....29
Συζήτηση	.....36
Περιορισμοί – Εφαρμογές	.....39
Παράρτημα	.....41
Βιβλιογραφικές πηγές και αναφορές	.....46

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα έχει επανειλημμένα δείξει ότι στον φυσιολογικό πληθυσμό εντοπίζονται συμπεριφορές χαρακτηριστικές των ψυχικών διαταραχών, και μάλιστα συχνά με ποιοτικά χαρακτηριστικά που δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα από τις αντίστοιχες που παρατηρούνται σε ψυχικούς ασθενείς. Επίσης συχνά έχει συνδεθεί η ανάπτυξη κάποιας διαταραχής με τα αρνητικά βιώματα του ατόμου, με ιδιαίτερη βαρύτητα στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Ορίζοντας την αρνητική εμπειρία ως τιμωρία, δηλαδή ως την παροχή κάποιου αρνητικού για το άτομο ενισχυτή ή ως τον τερματισμό ενός θετικού ενισχυτή, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ανιχνεύσει στοιχεία τριών νοητικών διαταραχών, της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (ΨΚΔ), της κατάθλιψης και της ψύχωσης, σε φυσιολογικό πληθυσμό και την σύνδεση αυτών των στοιχείων με το ιστορικό τιμωρίας του ατόμου. Δείγμα 352 ατόμων, ηλικίας μεταξύ 18 και 75 ετών, που προέκυψε από συμπτωματική δειγματοληψία, συμπλήρωσε τις εξής κλίμακες: OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory-Revised), που μετράει στοιχεία της ΨΚΔ. LSHS-R (Launley-Slade Hallucination Scale-Revised), που μετράει την προδιάθεση του φυσιολογικού πληθυσμού σε ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις. HOP (History of Punishment), που μετράει το ιστορικό τιμωρίας του ατόμου κατά την διάρκεια της ζωής του και σε όλο το εύρος των κοινωνικών του δραστηριοτήτων. CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale), που μετράει στοιχεία κατάθλιψης. MOCI (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory), ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο για την ΨΚΔ. Στο τέλος ακολουθούσε ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση δημογραφικών στοιχείων. Στα δεδομένα εφαρμόστηκαν στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης με την χρήση του υπολογιστικού στατιστικού προγράμματος SPSS 19. Οι τιμές που έδωσαν οι πέντε κλίμακες επιβεβαιώνουν την υπόθεση της ύπαρξης των αντίστοιχων στοιχείων στον πληθυσμό, και μάλιστα σε όλο το εύρος του δείγματος. Εντυπωσιακή είναι η μέση τιμή του OCI-R, η οποία σε άλλες έρευνες που χρησιμοποιούν το ίδιο ερωτηματολόγιο ανευρίσκεται σε κλινικό πληθυσμό. Οι συσχετισμοί που παρατηρούνται μεταξύ των κλιμάκων που μετρούν στοιχεία των τριών διαταραχών είναι υψηλοί, και μάλιστα εμφανίζουν το πρότυπο που οι έρευνες εντοπίζουν σε κλινικό πληθυσμό όταν μελετούν φαινόμενα συννοσηρότητας της ΨΚΔ με άλλες διαταραχές. Υψηλή θετική συσχέτιση εμφανίζεται επίσης μεταξύ του HOP και των κλιμάκων που μετρούν στοιχεία των τριών διαταραχών, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι το ιστορικό τιμωρίας αποτελεί παράγοντα ανάπτυξης συμπεριφορών χαρακτηριστικών της ΨΚΔ, της κατάθλιψης και της ψύχωσης. Η χαμηλότερη από τις τρεις συσχετίσεις είναι αυτή μεταξύ του HOP και των κλιμάκων που μετρούν στοιχεία της ΨΚΔ. Περαιτέρω αναλύσεις έδειξαν ότι η βαθμολογία στο HOP δεν διαφοροποιείται από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, το κοινωνικοοικονομικό ή το μορφωτικό επίπεδο, στοιχείο που αποτελεί ένδειξη ότι η χρήση τιμωρίας είναι ένα καθολικό φαινόμενο σε όλα τα στρώματα του πληθυσμού. Στην συνέχεια εφαρμόστηκε παραγοντική ανάλυση για το HOP, καθώς και δύο τύποι επιμερισμού του με κριτήρια φαινομενικής εγκυρότητας (HOP-γονείς και HOP-άλλοι, που μετρούν την τιμωρία που το άτομο έχει βιώσει από τους γονείς του και από το

ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον αντίστοιχα, HOP-παρελθόν και HOP-παρόν, που μετρούν την τιμωρία που το άτομο έχει βιώσει στο παρελθόν, κυρίως κατά την διάρκεια της παιδικής – σχολικής ηλικίας, και στο συντελεσμένο παρόν). Οι κλίμακες που προέκυψαν από τους παραπάνω επιμερισμούς εμφάνισαν από μέτρια έως ικανοποιητική αξιοπιστία (συντελεστής α από 0.707 έως 0.821). Γενικά τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλές θετικές συσχετίσεις των κλιμάκων των τριών διαταραχών με τους παράγοντες τιμωρίας από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και τους παράγοντες της τρέχουσας τιμωρίας, ενώ υψηλή αρνητική συσχέτιση εμφάνισαν με τον παράγοντα που περιγράφει αίσθηση ευτυχισμένων παιδικών χρόνων. Μάλιστα οι συσχετίσεις αυτές εμφανίζουν κοινό πρότυπο για τις κλίμακες και των τριών διαταραχών, όταν εξετάζονται η καθεμία ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα συζητιούνται υπό το θεωρητικό πλαίσιο της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, ενώ λαμβάνονται υπ' όψιν οι περιορισμοί της έρευνας. Θεωρείται πως η παρούσα έρευνα παρέχει ενδείξεις ότι η τιμωρία, οι νόμοι με τους οποίους λειτουργεί και οι ιδιαιτερότητές της αποτελούν ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο, εντός του οποίου μπορούν να γίνουν κατανοητοί παράγοντες ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας αλλά και αντίστοιχων συμπεριφορών οι οποίες δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια. Επίσης παρέχει ενδείξεις ότι η τιμωρία αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου μέσα από την συνεχή αλληλεπίδρασή του με τις περιβαλλοντικές παραμέτρους. Αυτό μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι η παρεμβολή σε αυτές τις περιβαλλοντικές παραμέτρους, με τρόπο που τις καθιστούν λιγότερο τιμωρητικές και περισσότερο ενισχυτικές για την διαμόρφωση επιθυμητών συμπεριφορών, μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αναπτύξει περισσότερο προσαρμοστικές συμπεριφορές και να τροποποιήσει τα υποθετικά «εσωτερικευμένα πρότυπα δράσης». Και βέβαια αυτή η υπόθεση αφορά και άτομα που ήδη έχουν αναπτύξει κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας, εφ' όσον η καθολικότητα του φαινομένου της χρήσης τιμωρίας μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι και οι ψυχικά ασθενείς που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια εξακολουθούν να τιμωρούνται με τρόπο που πιθανόν συμβάλλει στην διατήρηση της ασθένειας. Επίσης κάτω από το πλαίσιο της χρήσης τιμωρίας συζητιέται και η χαμηλότερη συγκριτικά συσχέτιση που εμφάνισαν οι κλίμακες της ΨΚΔ με το HOP, λαμβάνοντας υπ' όψιν το είδος τιμωρητικών δράσεων που έρευνες προτείνουν ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΨΚΔ, τις οποίες το HOP δεν περιλαμβάνει, και διατυπώνονται αρχικές υποθέσεις για την υψηλή μέση τιμή του OCI-R.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ (ΨΚΔ)

Περιγραφή

Το DSM-IV συμπεριλαμβάνει την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ) στις αγχώδεις διαταραχές. Σύμφωνα με το DSM-IV το βασικό χαρακτηριστικό της ΨΚΔ είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή / και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από μία ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του.

Οι ψυχαναγκασμοί ορίζονται ως επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες (ως, δηλαδή, δυστονικές προς το εγώ) και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία. Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις, τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να εκτελέσει ως απάντηση σε έναν ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν εκτελούνται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή για να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Ο βαθμός εναισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί ή παράλογοι. Ανεξάρτητα με τον βαθμό εναισθησίας το άτομο δεν μπορεί να αντισταθεί, με αποτέλεσμα την επαναλαμβανόμενη εκτέλεση των καταναγκαστικών τελετουργικών (Lydiard, 1994)

Επιδημιολογικά στοιχεία

Αν και η ΨΚΔ θεωρείτο σχετικά σπάνια, πρόσφατες μελέτες αποδίδουν επιπολασμό ζωής 2.5% και επιπολασμό έτους 1.5% έως 2.1% (Μάνου, 1997). Σε επιδημιολογική έρευνα ο επιπολασμός έτους κυμαίνεται μεταξύ 1.9% και 3%, ενώ προσβάλλει το ίδιο άνδρες και γυναίκες (Karno et al, 1988). Σε διεθνές επίπεδο ο επιπολασμός στον γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 2% (Sasson et al, 1994, in Pace et al., 2011). Συνήθως αρχίζει στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, χωρίς όμως να αποκλείεται η έναρξή της και στην παιδική ηλικία. Γενικά αρχίζει νωρίτερα στα αγόρια. Η έναρξη συνήθως είναι βαθμιαία και σπάνια απότομη. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις (συχνά μετά από στρες). Το οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας φαίνεται να παίζει ρόλο στο εάν κάποιο άτομο θα την αναπτύξει (Aouizerate et al., 2004, Lydiard, 1994) ενώ η ύπαρξη στην οικογένεια ατόμων με καταθλιπτικές διαταραχές αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για την ανάπτυξη κατάθλιψης όσο και για την ανάπτυξη της ΨΚΔ. Άτομα που κάνουν κατάχρηση

αλκοόλ και χρήση κοκαΐνης επίσης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΨΚΔ (Lydiard, 1994)

ΨΚΔ και ποιότητα ζωής

Η ΨΚΔ αναφέρεται ανάμεσα στις δέκα πιο σοβαρές φυσικές ή πνευματικές ασθένειες, με την έννοια ότι έχει σημαντική επίδραση στην λειτουργικότητα του ατόμου (Adam et al., 2011). Έχει σημαντική επίδραση σε διάφορους τομείς της ποιότητας ζωής, όπως στην φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, στην πνευματική υγεία ή στους σωματικούς πόνους (Albert et al., 2010). Οι έρευνες συμφωνούν ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε επίπεδο γενικό, φυσιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό. Σημαντική έκπτωση παρουσιάζουν οι κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, ο έγγαμος βίος, η ικανότητα μάθησης, η επαγγελματική λειτουργικότητα, η αυτοεκτίμηση ενώ αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης, οι τάσεις προς αυτοκτονία, η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών (Hou et al., 2010).

Ετερογένεια

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΨΚΔ εκτείνονται σε μεγάλο εύρος, συναινώντας έτσι στον ισχυρισμό περί ετερογένειας της ασθένειας. Έχει υποστηριχθεί ότι βασικός συνδετικός κρίκος των ψυχαναγκασμών είναι η υποκειμενική εντύπωση ότι «κάτι δεν πάει καλά». Με άλλα λόγια οι ψυχαναγκασμοί μπορούν να θεωρηθούν ως η μόνιμη αντίληψη της ύπαρξης κάποιου λάθους σε διαφορετικές καταστάσεις. Έχει βρεθεί ότι οι συχνότεροι ψυχαναγκασμοί αφορούν σε επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (45%), παθολογικές αμφιβολίες (42%), σωματικά συμπτώματα (36%), ανάγκη για συμμετρία (31%), παρορμήσεις επιθετικότητας ή / και βίας (28%), σεξουαλικές εικόνες /φαντασιώσεις (26%) και άλλα (13%). Οι πιο τυπικές φόρμες των καταναγκασμών αφορούν σε έλεγχο (63%), πλύσιμο και καθαρισμό (50%), μέτρηση (36%), αναζήτηση διαβεβαιώσεων /καθησυχασμού (31%), συμμετρία και ακρίβεια (28%), συσσώρευση (18%). Μετά από παραγοντική ανάλυση εντοπίστηκαν τρεις έως πέντε γενικές κατηγορίες που περιλαμβάνουν α) ψυχαναγκασμούς που αφορούν σε επιθετικότητα ή σωματικά συμπτώματα με καταναγκασμούς ελέγχου, β) ανησυχίες για συμμετρία και ακρίβεια με τελετουργικά μέτρησης, οργάνωσης και τακτοποίησης, γ) φόβους για μόλυνση και ασθένεια με καταναγκασμούς πλυσίματος και καθαρισμού, δ) ανησυχίες που αφορούν στην συσσώρευση αγαθών με καταναγκασμούς συλλογής και ε) σεξουαλικούς και θρησκευτικούς ψυχαναγκασμούς (Aouizerate et al., 2004). Η ανάγκη συσσώρευσης παρουσιάζει διάφορες ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλα συμπτώματα της ΨΚΔ, με αποτέλεσμα κάποιοι να ισχυρίζονται ότι αποτελεί μια διαγνωστική ενότητα ξεχωριστή από αυτήν της ΨΚΔ (Pertusa et al., 2010, Tolin et al., 2010). Το αίσθημα αηδίας σχετίζεται με τρεις αγγώδεις διαταραχές, μία εκ των οποίων είναι η ΨΚΔ που σχετίζεται με φόβους μόλυνσης αλλά όχι με τους υπολοίπους υποτύπους αυτής (Cisler et al., 2009, Olatunji et al., 2009). Ήδη αναφέρθηκε η μεγάλη ευρύτητα και ποικιλία των χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων (Aouizerate et al., 2004). Γνωστικές διεργασίες που έχουν διαπιστωθεί σε όσους εμφανίζουν καταναγκασμούς ελέγχου δεν παρουσιάζουν

σημαντική εμφάνιση σε άλλους τύπους ψυχαναγκασμών ή / και καταναγκασμών (Najmi, Hindash & Amir, 2010, Moritz & vonMuhlenen, 2008). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για όσους υποφέρουν από ψυχαναγκασμούς που σχετίζονται με την μόλυνση (Najmi, Kuckertz & Amir, 2010, Tolin et al., 2004). Άτομα που λαμβάνουν την διάγνωση της ΨΚΔ μπορεί να εμφανίσουν τελείως διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά, με ιδιοσυγκρασιακές εσωτερικές σκέψεις και εκτέλεση τελετουργικών. Τέτοιες έρευνες που αφορούν στην φαινομενολογία της διαταραχής έχουν προτείνει ότι η ΨΚΔ είναι μια ετερογενής διαταραχή και καλό θα είναι να μην αντιμετωπίζεται ως μια ενοποιημένη διαγνωστική κατηγορία (Grisman et al., 2005)

Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις αλλά και στοιχεία που αφορούν στην νευροβιολογία των διαταραχών, στις συσχετίσεις και συμμεταβολές στοιχείων της ΨΚΔ και άλλων διαταραχών, σε γνωστικές ή συναισθηματικές αλλοιώσεις που σχετίζονται με διάφορες διαταραχές, επίσης έχει εγερθεί συζήτηση γύρω από το εάν η ΨΚΔ καλώς ταξινομείται στις αγχώδεις διαταραχές, πρέπει να τοποθετηθεί σε ξεχωριστή κατηγορία ή να ενταχθεί στο σώμα των διαταραχών της διάθεσης (Storch et al., 2008, Crino & Andrews, 1996)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Πρώτος ο Freud χρησιμοποίησε τον όρο «ψυχαναγκαστική νεύρωση» (obsessional neurosis), για να περιγράψει ένα σύνολο συμπτωμάτων που σήμερα κατηγοριοποιούνται υπό τον όρο «ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή». Η ενασχόλησή του με την ψυχαναγκαστική νεύρωση εκτείνεται σε διάστημα τριάντα χρόνων και αποτελεί την πρώτη και μια από τις πιο ολοκληρωμένες θεωρίες για την κατανόηση της γένεσης της ΨΚΔ. Αρχικά είδε το τραύμα, και κυρίως αυτό που σχετίζεται με την σεξουαλική ζωή, ως πηγή των νευρωτικών συμπτωμάτων, ενώ αργότερα επικεντρώθηκε στον εσωτερικό κόσμο του παιδιού. Η θεωρία του για την ΨΚΔ σχετίζεται με την προσέγγιση των ορμών και επικεντρώνεται στην ανάδυση ενστικτωδών δυνάμεων εντός του ατόμου. Αυτές οι εσωτερικές δυνάμεις προξενούν άγχος στο άτομο και βιώνονται ως απειλές εναντίον της ολοκλήρωσης του εγώ. Για να προστατευθεί το εγώ από την διάλυσή του, αναπτύσσονται άμυνες. Στην ουσία οι διαθέσιμες ή επιλεγμένες άμυνες είναι το κέντρο της ανάπτυξης των νευρωτικών συμπτωμάτων. Στην ΨΚΔ πολύ συχνά συναντούμε την μετάθεση /μεταβίβαση, την άρνηση, την εκλογίκευση, την μαγική σκέψη, τον αντισταθμιστικό σχηματισμό (O'Connor, 2008).

Η θεωρία του για την κατανόηση της ΨΚΔ, που ξεκινά με την ανάλυση του «Rat Man» το 1909, μπορεί να συνοψισθεί ως εξής. Το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τις συγκρούσεις του φαλλικού σταδίου, που κυρίως αφορούν την οιδιπόδεια σύγκρουση. Αν αυτές οι συγκρούσεις δεν επιλυθούν αποτελεσματικά, το άτομο υπαναχωρεί στο πρωκτικό στάδιο. Ένα πρώιμο εγώ (ego) καταπιέζει τις πανίσχυρες δυνάμεις του αυτό

(id) που αναδύονται και ένα αυστηρό και σκληρό υπερεγώ (superego) αναλαμβάνει και τιμωρεί την σφοδρή σύγκρουση μεταξύ αγάπης και μίσους που διαμείβεται στο εσωτερικό του ατόμου. Ως απάντηση στην σκληρότητα του υπερεγώ και για να κρατήσει σε ενότητα το εγώ, το άτομο αναπτύσσει ποικίλους αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι το κρατούν ουσιαστικά σε απομόνωση από τον εξωτερικό κόσμο (Cripwell, 2011).

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες εστιάζονται επίσης στην σχέση του εαυτού με το αντικείμενο και πώς αυτό εσωτερικεύεται μέσα από την σχέση του ατόμου με την μητέρα του. Μια απορριπτική, κριτική ή μη διαθέσιμη μητέρα εσωτερικεύεται ως επιθετικό αντικείμενο και καθιστά δύσκολο τον διαχωρισμό του εαυτού από το αντικείμενο. Το μίσος προς αυτό το αντικείμενο απωθείται στο υποσυνείδητο με αποτέλεσμα την ανάπτυξη των νευρωτικών συμπτωμάτων. Διοχετεύεται, δηλαδή, με την μορφή ανεπιθύμητων σκέψεων ή παρορμήσεων που κατά βάση έχουν ένα επιθετικό /εχθρικό περιεχόμενο προς τον εαυτό ή τους άλλους. Αυτές οι παρορμήσεις μεταφέρονται σε ενεργές δράσεις οι οποίες όμως ενδύονται τα υψηλά ηθικά κριτήρια ενός άτεγκτου υπερεγώ. Η σύγκρουση όμως δεν επιλύεται επιτυχώς, καθώς το άτομο έχει εγκαταστήσει μια αμφιθυμική σχέση προς το αντικείμενο, το οποίο μισεί και συγχρόνως φοβάται μήπως το χάσει. Κατά συνέπεια οι ανεπιθύμητες σκέψεις επανέρχονται διαρκώς (Moritz et al., 2011).

Τα κύρια σημεία των ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων για την ΨΚΔ εστιάζονται στις συγκρούσεις του φαλλικού σταδίου και στην καθήλωση του ατόμου στο πρωκτικό στάδιο. Το αποτέλεσμα είναι οι συγκρουσιακές – αμφιθυμικές σχέσεις με το αντικείμενο, η απόθεση των επιθετικών ενορμήσεων στο υποσυνείδητο και η ανάπτυξη ενός αυστηρότατου υπερεγώ. Τα συμπτώματα της νεύρωσης, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της ΨΚΔ, αντιμετωπίζονται ως υπολείμματα αδιαπραγμάτευτων τραυματικών γεγονότων ή εμπειριών (Centonze et al., 2005). Στις δεκαετίες του 1950 -1960 οι ψυχοδυναμικές θεωρίες ήταν οι επικυρίαρχες. Ήταν τόσο ευρέως διαδεδομένες που τα πορίσματά τους είχαν την δυναμική του «κοινού νου» ανάμεσα στους θεραπευτές που τότε ασχολούντο με την θεραπεία της ΨΚΔ. Στα επόμενα χρόνια, με την ανάπτυξη των συμπεριφοριστικών και γνωσιο-συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων οι ψυχαναλυτικές θεωρίες μάλλον ατόνησαν. Το ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια φαίνεται να ανανεώνεται εξ αρχής και συχνά έχουν αναζητηθεί οι σχέσεις των μηχανισμών της ψυχαναλυτικής θεωρίας με τα ευρήματα των νευροβιολογικών ερευνών. Ο O'Connor (2008) προτείνει ότι γενικά δεν είμαστε σε θέση να απορρίπτουμε οποιαδήποτε υπόθεση που αφορά στην γένεση της ΨΚΔ. Ένα πλήθος παραγόντων μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής, όπως κάποια γενετική προδιάθεση, το είδος της υποστήριξης που παρέχεται από το περιβάλλον, το είδος των εμπειριών που βιώνει το άτομο, οι ενέργειες του εαυτού ή οι μηχανισμοί του εγώ. Με βάση αυτήν την προοπτική διαπιστώνει ένα κενό στις ψυχαναλυτικές θεωρίες. Θεωρεί ότι οι τελευταίες δίνουν έμφαση στις εσωτερικές ενορμήσεις του ατόμου και αγνοούν την επίδραση των διαπροσωπικών σχέσεων. Κατ' επέκτασιν το να συμπεριλάβει η ψυχαναλυτική προοπτική και την ανάλυση της

διαπροσωπικής δυναμικής αποτελεί μια ενδιαφέρουσα οπτική στην προσπάθεια της έρευνας να κατανοήσει τα φαινόμενα της ΨΚΔ.

Νευροβιολογική προσέγγιση

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην νευροβιολογία της ΨΚΔ και υπάρχουν πολλές ενδείξεις που την συνδέουν με δυσλειτουργίες του σεροτονινεργικού συστήματος. Το συμπέρασμα ότι η σεροτονίνη εμπλέκεται στην αιτιολογία και παθογένεση της ΨΚΔ συνάγεται από μελέτες σχετικά με το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό χλωριμιπραμίνη, στις οποίες οι ασθενείς εμφάνισαν μείωση των δεικτών σεροτονίνης και παράλληλη μείωση των συμπτωμάτων της ΨΚΔ.

Μεταγενέστερες νευροβιολογικές μελέτες υποστήριξαν την σεροτονινεργική υπόθεση, καθώς έλεγξαν την αντίδραση σε άλλα αντικαταθλιπτικά που κυρίως αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης ή μελέτες που βρήκαν αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης σε ασθενείς με ΨΚΔ (Aouizerate, 2004, Todorov et al., 2000, Nurnberg et al., 1997).

Βέβαια κανένας νευροδιαβιβαστής δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για κάποια συγκεκριμένη κατηγορία διαταραχής. Ενδείξεις από σειρά ερευνών εμπλέκουν τα βασικά γάγγλια στην παθογένεση της ΨΚΔ και προτείνουν ότι κάποια ανωμαλία στην ισορροπία μεταξύ της νευροδιαβίβασης της ντοπαμίνης, που βρίσκεται σε υψηλή συγκέντρωση στην περιοχή των βασικών γαγγλίων, και της σεροτονίνης μπορεί να ευθύνεται για την διαμόρφωση των συμπτωμάτων της ΨΚΔ (Lydiard, 1994).

Νευροαπεικονιστικές τεχνικές, όπως η CT, η MRI, η PET, και η fMRI, οδηγούν στην υπόθεση ότι η ΨΚΔ συνδέεται με ανωμαλίες σε συνδέσεις που περιλαμβάνουν τον κογχομετωπιαίο φλοιό, τα βασικά γάγγλια και τον θάλαμο και έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα που εξηγούν νευροανατομικά, νευροβιολογικά και νευροχημικά την συμπτωματολογία της ΨΚΔ (Mataix-Cols et al., 1997, Towey et al., 1993). Οι Aouizerate et al. (2004) σε μια απόπειρα να συνθέσουν αυτά τα μοντέλα και βασιζόμενοι στα ευρήματα των ερευνών, παρουσιάζουν ως εξής τον κύκλο παθογένειας της ΨΚΔ. Βασικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής φαίνεται να είναι μια δυσλειτουργία στην διεργασία της αναζήτησης του λάθους. Έτσι το υποκείμενο αναγνωρίζει μια φυσιολογική συνθήκη ως πιθανή πηγή λάθους και αυτό πυροδοτεί την εσωτερική του σύγκρουση. Η επαναλαμβανόμενη καταναγκαστική του συμπεριφορά, που στόχο έχει την ανακούφιση η οποία προκαλείται από την εν λόγω συνθήκη, δεν επιφέρει την αναμενόμενη ενίσχυση, δηλαδή την οριστική ανακούφιση από τις εντάσεις. Φυσιολογικές έρευνες υποδεικνύουν ότι ο κογχομετωπιαίος φλοιός και ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου υποστηρίζουν την διεργασία της ανίχνευσης λάθους. Επίσης οι δυο αυτές περιοχές εμπλέκονται στον σχεδιασμό συμπεριφορών στην βάση των μηχανισμών ενίσχυσης, μέσα από τις εκτεταμένες προβολές τους στον κερκοφόρο πυρήνα. Αυτός με την σειρά του εμπλέκεται στην επιλογή και παραγωγή νέων μοντέλων δραστηριότητας ως ανταπόκριση σε σημαντικές πληροφορίες. Δυσλειτουργία σε αυτήν την περιοχή μπορεί να οδηγήσει σε αποκλίνουσες συμπεριφορές μετά από φλοιική ενημέρωση για

λανθασμένη αξιολόγηση συγκεκριμένων περιβαλλοντικών συνθηκών. Ο ραβδωτός σχηματισμός μπορεί επίσης να παίζει κάποιο ρόλο στην συναισθηματική και κινησιολογική διεργασία προκαλώντας συμπεριφορές που στόχο έχουν την ενίσχυση. Με βάση αυτήν την προοπτική οι καταναγκασμοί μπορούν να θεωρηθούν ως το αποτέλεσμα της υπερβολικής έκφρασης αυτών των διεργασιών, των οποίων στόχος είναι η ανταμοιβή με την μορφή ανακούφισης από την εσωτερική ένταση. Επειδή οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες φαίνεται να εμπλέκονται σε καταστάσεις που το υποκείμενο αντιμετωπίζει ένα νέο και δυνάμει ενισχυτικό ερέθισμα, η υπερδραστηριότητα στο μεσοφλοιικό-μεσομεταιχμιακό σύστημα μπορεί να παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάδυση ψυχαναγκασμών, οι οποίοι αντανακλούν υπερβολικούς υπολογισμούς όσον αφορά στην προβλεψιμότητα των γεγονότων. Επίσης μπορεί να έχει σημαντική συμμετοχή στην παραγωγή των καταναγκασμών. Αντίθετα, μείωση της σεροτονίνης επιφέρει μείωση των καταναγκαστικών και επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών. Η επίδραση της σεροτονινεργικής νευροδιαβίβασης ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ σεροτονίνης και ντοπαμίνης. Έχει βρεθεί ότι οι σεροτονινεργικές προβολές από τους πυρήνες της ραφής ασκούν επίδραση στην αναστολή της δραστηριότητας του ντοπαμινεργικού συστήματος στον ραβδωτό σχηματισμό και στον φλοιό. Συμπερασματικά, η ΨΚΔ φαίνεται να είναι αποτέλεσμα μιας αποδιοργάνωσης του συστήματος διασύνδεσης του κορχομετωπιαίου φλοιού με τα βασικά γάγγλια. Επίσης φαίνεται να συμμετάσχουν ο θάλαμος και η αμυγδαλή που παίζουν σημαντικό ρόλο στην λήψη και μετάδοση ερεθισμάτων καθώς και στις συναισθηματικές διεργασίες αντίστοιχα (Nakata et al., 2011, Nanbu et al., 2010). Παρ' όλα αυτά δύο βασικά σημεία παραμένουν αδιευκρίνιστα. Πρώτον, δεν είναι γνωστό εάν η ΨΚΔ ορίζεται από δυσλειτουργία συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών ή /και ανισορροπία μεταξύ του σεροτονινεργικού και ντοπαμινεργικού συστήματος. Δεύτερον, δεν ξέρουμε εάν οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στα φαινόμενα της ΨΚΔ είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της διαταραχής. Αυτό το τελευταίο αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για την έρευνα (Aouizerate et al., 2004, Swerdlow et al., 1999).

Οι Szechtman και Woody (2006) βασιζόμενοι σε ηθολογικές μελέτες, διαπιστώνουν ότι σε όλους τους πολιτισμούς παρατηρούμε κοινά μοντέλα συμπεριφοράς σε ασθενείς με ΨΚΔ. Έτσι βλέπουν τα συμπτώματα της διαταραχής ως πιθανή δυσλειτουργική έκφραση βιολογικών συστημάτων που εξελικτικά υπήρξαν απαραίτητα για την επιβίωση του είδους. Συγκεκριμένα αναφέρονται στο Σύστημα Αναζήτησης Ασφάλειας (security motivation system) (ΣΑΑ), το οποίο είναι αφιερωμένο στην αναζήτηση ενός πιθανού κινδύνου (σε αντίθεση με τον παρόντα και υπαρκτό κίνδυνο). Ακριβώς επειδή αναφέρεται σε δυνητικό κίνδυνο, τα πραγματικά ερεθίσματα δεν έχουν αξία για την απενεργοποίηση του συστήματος. Κανονικά το σύστημα «κλείνει» από ερέθισμα που παράγεται ενδογενώς, το οποίο βιώνεται από το άτομο ως «αίσθημα ότι γνωρίζει (την κατάσταση)». Οι ασθενείς με ΨΚΔ είτε δεν μπορούν να παράγουν αυτό το σήμα είτε το σήμα δεν αρκεί για να αναστείλει το ήδη ενεργοποιημένο σύστημα. Έτσι τα συμπτώματά τους αντανακλούν κάποια αποδιοργάνωση του συστήματος, που κανονικά τερματίζει τις χαρακτηριστικές για το

είδος δράσεις προστασίας. Οι ερευνητές προβαίνουν στην αντιστοίχιση του ΣΑΑ με τα ευρήματα των ερευνών που εξετάζουν την νευρολογική βάση των διαταραχών και υποστηρίζουν ότι αυτά τα ευρήματα στηρίζουν την υπόθεση του ΣΑΑ. Εξηγούν μάλιστα την αυξημένη συννοσηρότητα που εμφανίζουν οι ασθενείς με ΨΚΔ ως αποδιοργάνωση σε διαφορετικά σημεία του ΣΑΑ, ενώ τους υποτύπους της ΨΚΔ ως βλάβη σε διαφορετικό κύκλο από όσους περνούν από τα βασικά γάγγλια και σχετίζονται με τις τυπικές για το είδος συμπεριφορές. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπόθεσή τους για την συνύπαρξη της ΨΚΔ με την κατάθλιψη, η οποία αφορά μέχρι και το 54% των ασθενών με ΨΚΔ. Προτείνουν ότι αυτό το τόσο υψηλό ποσοστό εξηγείται, αν θεωρήσουμε την ανάπτυξη κατάθλιψης ως αντιστάθμισμα στην υπερδραστηριότητα του ΣΑΑ, με την έννοια ότι μειώνεται το ενδιαφέρον για το περιβάλλον. Έτσι η κατάθλιψη γίνεται η εναλλακτική των ατόμων που πάσχουν από ΨΚΔ για να μειώσουν την επίμονη δραστηριότητα του ΣΑΑ.

Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση

Τα γνωστικά μοντέλα δίνουν έμφαση στις δυσλειτουργικές γνωστικές διεργασίες των ατόμων που πάσχουν από την ΨΚΔ. Έτσι κατά καιρούς έχουν προταθεί μοντέλα που εστιάζονται σε διαφορετικές γνωστικές διεργασίες (Najmi et al., 2010)

Το πρώτο ολοκληρωμένο γνωστικό μοντέλο για την ΨΚΔ είναι αυτό του Salkovskis (1985, 1989), το οποίο βασίζεται στην κλασική έρευνα των Rachman και deSilva (1978) σε μη-κλινικό πληθυσμό. Ο Salkovskis προτείνει ότι οι γνωστικές παρερσφρήσεις είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο και μπορούν να πυροδοτηθούν από κάποιο εξωτερικό ή εσωτερικό ερέθισμα. Αποτελούν πρόβλημα για το άτομο, μόνο όταν συνοδεύονται από υποκειμενική αξιολόγηση που τις προσλαμβάνει ως σημαντικές και απειλητικές για τον εαυτό ή τους άλλους. Όμως μόνο όταν αυτή η αρνητική αξιολόγηση διαμεσολαβείται από ένα αίσθημα αυξημένης υπευθυνότητας, οι εσωτερικές αυτές σκέψεις έχουν την πιθανότητα να μετατραπούν σε ψυχαναγκασμούς (Altin & Gencoz, 2011). Η υπευθυνότητα αφορά την πεποίθηση του ατόμου είτε ότι ευθύνεται για το κακό που θα συμβεί (εφ' όσον το σκέφτηκε), είτε ότι ευθύνεται για την πρόβλεψη και παρακάλυψη αυτού του κακού. Αυτού του είδους οι παρερμηνείες οδηγούν σε αυξημένο άγχος και σε συμπεριφορές που στόχο έχουν να μειώσουν ή να εξαλείψουν αυτό το αίσθημα υπευθυνότητας. Με βάση αυτό το θεωρητικό υπόβαθρο ο Salkovskis ανέπτυξε μια γνωσιο-συμπεριφοριστική θεραπεία της οποίας τρία είναι τα κεντρικά σημεία. Πρώτον, η αναγνώριση από μέρους του ασθενούς των δυσλειτουργικών πεποιθήσεών του και της βάσης πάνω στην οποία αυτές αναπτύσσονται, καθώς και η αντικατάστασή τους με περισσότερο λειτουργικά «πιστεύω». Δεύτερον, συμπεριφοριστικά πειράματα βασισμένα στις συγκεκριμένες ψυχαναγκαστικές σκέψεις του ατόμου, που σκοπό έχουν να δοκιμάσουν, και κατ' επέκτασιν να αποδείξουν ως λανθασμένη, την αξιολόγηση των πεποιθήσεων καθώς και την αναποτελεσματικότητα των προσπαθειών να τις απωθήσει. Τρίτον, η χρήση τεχνικών έκθεσης σε ερεθίσματα και πρόληψης των απαντήσεων, που στόχο έχουν να βοηθήσουν το άτομο να καταλάβει ότι οι απόπειρες εξουδετέρωσης των εσωτερικών σκέψεων με επαναλαμβανόμενα τελετουργικά στην

ουσία οδηγούν σε διατήρηση και αυξημένη συχνότητα αυτών των σκέψεων καθώς και σε αυξανόμενο άγχος, ενώ αντίθετα οι προσπάθειες αναστολής αυτών των τελετουργικών έχουν ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην συχνότητα και την ένταση των σκέψεων όσο και στο φόβο και το άγχος που τις συνοδεύει (Salkovskis, 2004).

Ο Rachman (1997, 1998, 2003) πρότεινε ότι οι ψυχαναγκασμοί προέρχονται από καταστροφικές παρερμηνείες σχετικά με την σημασία που έχουν οι παρεμβαλλόμενες εσωτερικές σκέψεις. Το άτομο, δηλαδή, που εκτιμά τις εσωτερικές του σκέψεις ως σημαντικές και τις ερμηνεύει καταστροφολογικά, θα έχει την εμπειρία ακόμη περισσότερων ανεξέλεγκτων σκέψεων, θα νιώσει έντονο άγχος και θα έχει την ανάγκη να τις εξουδετερώσει. Έδειξε ότι συχνά οι ασθενείς που πάσχουν από ΨΚΔ πιστεύουν ότι οι εσωτερικές τους σκέψεις έχουν υπερβολική σημασία και σπουδαιότητα. Αυτού του είδους η γνωστική προκατάληψη ονομάζεται «σύγχυση σκέψης-δράσης» (thought-action fusion, TAF) και περιλαμβάνει δύο τύπους πεποιθήσεων. Τα άτομα θεωρούν ότι α) το να κάνεις μια ανήθικη σκέψη είναι σαν να έχεις κάνει μια ανήθικη πράξη (TAF-morality) και β) το να κάνεις μια σκέψη αυξάνει την πιθανότητα αυτό που σκέφτηκες να συμβεί στην πραγματικότητα (TAF-likelihood) (Altin et al., 2011).

Οι Purdon και Clark υποστήριξαν ότι οι παράλογες πεποιθήσεις διαμεσολαβούνται από την ανάγκη του ατόμου να ελέγξει τις σκέψεις του και τις συνεπακόλουθες μη ρεαλιστικές εκτιμήσεις σχετικά με αποτυχημένες προσπάθειες για έλεγχο της σκέψης (Purdon & Clark, 2001). Οι ανεπιθύμητες σκέψεις μαζί με την πεποίθηση ότι το άτομο δεν διαθέτει επαρκή έλεγχο επάνω της αυξάνει την ένταση της σκέψης καθώς επίσης και την προσπάθεια να ελεγχθεί, οδηγώντας έτσι στον φαύλο κύκλο της ΨΚΔ (Altin et al., 2011).

Ο Wells (1997, 2000) προτείνει ότι οι μεταγνωστικές διεργασίες των ατόμων που πάσχουν από ΨΚΔ περιλαμβάνουν τρεις τομείς: την σύγχυση σκέψης – πράξης (thought-action fusion, TAF), την σύγχυση σκέψης – γεγονότος (thought-event fusion, TEF) και την σύγχυση σκέψης – αντικειμένου (thought-object fusion, TOF). Η TEF αναφέρεται στην πεποίθηση ότι μια σκέψη μπορεί να προκαλέσει ένα γεγονός ή ότι από μόνη της είναι απόδειξη ότι το γεγονός πράγματι συνέβη. Η TOF αναφέρεται στην πεποίθηση ότι μια σκέψη, ένα συναίσθημα ή μια μνήμη μπορεί να περάσει σε άλλα πρόσωπα ή πάνω σε αντικείμενα. Για να μειώσουν το άγχος που προκαλούνται από αυτές τις πεποιθήσεις τα άτομα εκτελούν συγκεκριμένα συμπεριφορικά τελετουργικά και κατά συνέπεια διατηρούν θετικές πεποιθήσεις για την αναγκαιότητα της εκτέλεσης αυτών των τελετουργικών. Οι πεποιθήσεις για την αξιολόγηση των σκέψεων και την αναγκαιότητα εκτέλεσης επαναλαμβανόμενων στερεοτυπικών δράσεων σε συνδυασμό με παράλογα και ακατάλληλα κριτήρια για την προσωπική επάρκεια οδηγούν στον φαύλο κύκλο της ΨΚΔ (Fisher & Wells, 2005).

Ως διαμεσολαβητικός παράγων για την ΨΚΔ έχει επίσης προταθεί η τελειομανία, με την μορφή της πεποίθησης ότι υπάρχει ένας απόλυτος βαθμός επιτυχίας που το άτομο

πρέπει πάντα να προσπαθεί να φτάσει. Κατά συνέπεια τα πάντα εκλαμβάνονται ως αποτυχία, με αποτέλεσμα το άτομο να αναπτύσσει ψυχαναγκασμούς γύρω από αυτό (Rheume et al., 2000). Επίσης οι Najmi, Hindash και Amir (2010) διερευνώντας τον ρόλο της προσοχής στην ΨΚΔ, πρότειναν ότι τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή έχουν ελλείμματα στον έλεγχο της προσοχής, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να απομακρύνουν την προσοχή τους από ερεθίσματα του περιβάλλοντος που θεωρούνται απειλητικά. Αυτό αυξάνει το άγχος τους και μειώνει την δυνατότητα να αναστείλουν την αντίδρασή τους σε αυτά τα ερεθίσματα.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία βασίζεται στην παραδοχή ότι τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των ανθρώπων είναι στενά συνδεδεμένα με τις σκέψεις τους. Αυτό σημαίνει ότι οι σκέψεις μας επηρεάζουν ή παράγουν τα αισθήματά μας, τα οποία με την σειρά τους προκαλούν κάποια φυσιολογική αντίδραση, όπως για παράδειγμα το άγχος. Έπειτα η τελευταία παίζει σημαντικό ρόλο στην υπαγόρευση των δράσεων και της συμπεριφοράς μας. Οι θεραπευτές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης προσπαθούν να αλλάξουν τον τρόπο που το άτομο σκέφτεται και να επηρεάσουν τον τρόπο που το άτομο δρα. Έτσι το πρόγραμμα κάποιας θεραπείας περιλαμβάνει συζήτηση και συμπεριφοριστικές τεχνικές όπως αυτή της σταδιακής έκθεσης στα υποκειμενικά θεωρούμενα ως απειλητικά μηνύματα (Mann & Whitfield, 2009).

Η προσέγγιση της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς

Αυτό που αναζητά η προσέγγιση της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς είναι η σχέση μεταξύ των (δημόσια ή ιδιωτικά παρατηρήσιμων) συμπεριφορών και των γεγονότων του περιβάλλοντος. Οι χαρακτηριστικές συμπεριφορές της ΨΚΔ περιλαμβάνουν εσωτερικές σκέψεις (ιδέες, παρορμήσεις ή εικόνες) που το άτομο τις βιώνει ως ανεπιθύμητες (ψυχαναγκασμοί) και επαναλαμβανόμενες δράσεις που το άτομο εκτελεί με στερεοτυπική μορφή και σειρά (καταναγκασμοί).

Στην βάση των ψυχαναγκασμών βρίσκεται ο (δυσανάλογος) φόβος για κάποιο ερέθισμα. Συνήθως οι ασθενείς που πάσχουν από ΨΚΔ αναφέρουν φόβο για κάποιο γεγονός (φοβούνται ότι θα μολυνθούν, ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια που δεν εντοπίζεται, ότι κάποιο δικό τους πρόσωπο θα πάθει κάτι κακό, ότι οι ίδιοι θα βλάψουν κάποιον, και πολλά άλλα). Όσον αφορά στις αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ΨΚΔ, ένα κεντρικό θέμα που απασχολεί την Ανάλυση της Συμπεριφοράς είναι η απόκτηση φόβου. Ήδη από το 1939 ο Mower, βασισμένος κατά πολύ στις εργασίες των Pavlov, Freud, James και Watson, υποστήριξε ότι το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως μια μαθημένη απάντηση σε ερεθίσματα που στο παρελθόν ακολουθήθηκαν από καταστάσεις πόνου ή τραύματος. Ο φόβος δίνει κίνητρο στον άνθρωπο, με την έννοια ότι η μείωσή του λειτουργεί ως ενίσχυση της συμπεριφοράς που παράγει αυτήν την ανακούφιση. Ο Eysenck (1960) τονίζει ότι οι νευρωτικές αντιδράσεις, όπως κάθε άλλη αντίδραση, υπόκεινται στους νόμους της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης. Κατ' επέκτασιν, οι συμπεριφορές που επιτυγχών

μειώνουν τον φόβο ή το άγχος, θα αυξάνονται σε συχνότητα και ένταση (Sartory et al., 1989).

Πολλές είναι οι ενστάσεις που έχουν διατυπωθεί για την εγκατάσταση του φόβου στους ανθρώπους μέσω εξαρτημένης μάθησης. Παράλληλα μεγάλη είναι και η πρόοδος στην κατανόηση της απόκτησης φόβου (Rachman(b), 1991). Τα ερεθίσματα δεν αποκτούν λειτουργική σημασία μόνο μέσω της εμπειρίας. Μπορούν να συνδεθούν μεταξύ τους χωρίς το άτομο να έχει εμπειρία των συγκεκριμένων ερεθισμάτων ή της μεταξύ τους σύνδεσης (Twohig, 2009). Ο Rachman (1978, 1990) υποστήριξε ότι ο φόβος μπορεί να αποκτηθεί με τρεις τρόπους: α) συσχέτιση ερεθισμάτων(conditioning), β) μεταφορά μέσω υποκατάστατου(vicarious transmission), γ) μεταφορά λεκτικής πληροφορίας(transmission of verbal information). Και οι τρεις αυτοί τρόποι εξηγούνται από την Ανάλυση της Συμπεριφοράς, με την χρήση νόμων που περιλαμβάνουν πραγματικά γεγονότα. Εδώ έχει αξία να αναφερθούμε στους επίμονους φόβους που, παρά την επίγνωση ότι είναι παράλογοι, εξακολουθούν. Ενώ η γνωσιακή θεωρία παρεμβάλλει μεταβλητές όπως αυτή της προσωπικής εκτίμησης ή ερμηνείας, η Ανάλυση της Συμπεριφοράς, αναγνωρίζει στους οργανισμούς την τάση να προβλέπουν με ακρίβεια σχέσεις μεταξύ των γεγονότων. Οι οργανισμοί δεν συνδυάζουν απλώς συνευρισκόμενα ερεθίσματα αλλά σχέσεις μεταξύ σύνθετων γεγονότων. Έτσι έχει προταθεί ότι η σύνδεση στον παράλογο φόβο δεν είναι ερέθισμα – κίνδυνος, αλλά έκθεση στο ερέθισμα – υπερβολική αντίδραση. Με αυτήν την έννοια η πρόβλεψη είναι σωστή και λειτουργική. Έτσι το άτομο προβαίνει σε μια δράση (π.χ. αποφυγής), όχι για να μειώσει τον κίνδυνο, αλλά για να μειώσει την υπερβολική αντίδραση που ως τέτοια έχει μεγάλο κόστος για τον οργανισμό. Υπό αυτό το πρίσμα, γίνεται κατανοητό το γιατί το άτομο δεν πείθεται όταν του παρέχουμε επιβεβαιώσεις ότι το συγκεκριμένο ερέθισμα δεν είναι επικίνδυνο. Στην πραγματικότητα, είναι σαν να του επιβεβαιώνουμε την ήδη εγκατεστημένη σχέση, την αποτελεσματικότητα της προβλεπτικής συμπεριφοράς (Rachman, 1991, 1994)!

Έχει υποστηριχθεί ότι οι ψυχαναγκασμοί, και εν γένει οι παραισφρέουσες ανεπιθύμητες σκέψεις, είναι ενοχλητικά ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει αποτύχει να εξοικειωθεί (Rachman, 1971, in Parkinson & Rachman 1980). Πειραματικά δεδομένα, που επιβεβαιώνουν αυτήν την υπόθεση, έδειξαν ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση στο περιεχόμενο των ψυχαναγκαστικών σκέψεων συνοδεύεται από μείωση της δυσφορίας και των ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων. Μάλιστα τα αποτελέσματα της επαναλαμβανόμενης έκθεσης διευκολύνονται αν αυτή λάβει χώρα σε πλαίσιο ηρεμίας (για παράδειγμα, αν έχει προηγηθεί χαλάρωση) (Parkinson & Rachman, 1980). Η διαδικασία της εξοικείωσης συνδυαζόμενη με την συναισθηματική διεργασία (emotional processing) δίνουν ένα ευρύ πλαίσιο κατανόησης των χαρακτηριστικών των ψυχαναγκασμών, όπως την παράλογη επιμονή του φόβου, την μη-προκληθείσα επιστροφή του και την επώασή του (Rachman, 1980). Αντίστοιχα οι συναρτήσεις των τριών όρων μπορούν να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε την επιλεκτική προσοχή που αυτά τα άτομα στρέφουν ακριβώς προς

τα ενοχλητικά ερεθίσματα. Στην ουσία από τα σύνθετα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων που εμφανίζονται, για το άτομο έχουν αποκτήσει λειτουργική σημασία μόνο κάποια από αυτά ή συγκεκριμένες διαστάσεις τους. Η συμπτωματική ενίσχυση ή τιμωρία επίσης φωτίζουν τον τρόπο με τον οποίο συγκεκριμένες διαστάσεις ερεθισμάτων (εξωτερικών ή εσωτερικών) αποκτούν λειτουργική αποτελεσματικότητα (Μέλλον, 2007).

Οι καταναγκασμοί επίσης εξετάζονται στο πλαίσιο της λειτουργικής αποτελεσματικότητάς τους καθώς και στο πλαίσιο της προσαρμοστικότητας και της οικονομίας της συμπεριφοράς. Πειράματα με αρουραίους έδειξαν ότι η φαινομενικά εμμονή της συμπεριφοράς παρά την αλλαγή των συνθηκών (χαρακτηριστικό των καταναγκασμών που θεωρούνται αναποτελεσματικές δράσεις) στην πραγματικότητα είναι τροποποιημένη συμπεριφορά, ακριβώς επειδή οι περιβαλλοντικές συνθήκες άλλαξαν! Ποντίκια εκπαιδεύονται να πιέζουν έναν μοχλό για να πάρουν τροφή. Ένα σύνθετο ερέθισμα που αποτελείται από έναν ηχητικό τόνο και ένα φως γίνεται το σήμα για την παράδοση της τροφής. Αφού παρουσιασθεί το σήμα και βάλουν το κεφάλι τους σε ένα ειδικό δοχείο που εμφανίζεται, συλλέγουν τα κομμάτια τροφής. Ακολουθεί εξασθένιση του σήματος (signal attenuation) – αποσυνδέεται, δηλαδή, το εξαρτημένο ερέθισμα (ηχητικός τόνος και φως) από το ανεξάρτητο (φαγητό). Στην φάση της εξάλειψης της ενίσχυσης, το πάτημα του μοχλού παράγει το σήμα της παράδοσης του φαγητού, αλλά φαγητό δεν παραδίδεται. Σε αυτήν την συνθήκη αυξάνονται οι πιέσεις του μοχλού αλλά τα ποντίκια δεν βάζουν το κεφάλι τους στο ειδικό δοχείο. Τελικά οι δράσεις που επιφέρουν ενίσχυση αυξάνονται, ενώ εκείνες που δεν επιφέρουν ενίσχυση μειώνονται. Η συγκεκριμένη προοπτική θέτει πολλά ερωτήματα ως προς το παράλογο ή μη προσαρμοστικό των ψυχαναγκασμών και των καταναγκασμών και εξετάζει την πιθανότητα τα φαινόμενα αυτά να προέρχονται από φυσιολογικές συμπεριφορές που οδηγήθηκαν στην υπερβολή μέσα από μακροχρόνιες αλληλεπιδράσεις του ατόμου με το περιβάλλον του (Joel & Hersen, 2001).

Η αναζήτηση ασφάλειας είναι ένα χαρακτηριστικό που έχει αναγνωρισθεί στις αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ΨΚΔ, ως μέρος ενός ατέρμονου φαύλου κύκλου. Το άτομο αναζητά ασφάλεια, προσωρινά επιτυγχάνεται μείωση του άγχους, το οποίο αυξάνεται, όταν το σήμα ασφαλείας χάσει την αποτελεσματικότητά του, με αποτέλεσμα νέες απόπειρες αναζήτησης ασφάλειας (Woody & Rachman, 1994). Οι καταναγκασμοί μπορούν να θεωρηθούν ως οι δράσεις αναζήτησης ασφάλειας, οι οποίες παράγουν σήματα ασφαλείας. Σε ένα τιμωρητικό πλαίσιο, όπου κάποιες δράσεις έχουν παραγάγει αρνητικούς ενισχυτές ή έχουν τερματίσει θετικούς ενισχυτές, κάποιες ασυμβίβαστες προς αυτές δράσεις τερματίζουν αυτά τα ενοχλητικά ερεθίσματα και παράγουν θετικούς ενισχυτές, υπό την μορφή ανακούφισης, ηρεμίας ή μείωσης του άγχους. Τελικά οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί μπορεί να λειτουργούν ως μορφές απόσυρσης από το τιμωρητικό πλαίσιο. Αυτό είναι σύμφωνο με τα ευρήματα που εμφανίζουν μείωση του άγχους ή του φόβου μετά από εκδήλωση των καταναγκαστικών τελετουργικών. Τα τελευταία τερματίζουν προειδοποιητικά σήματα κινδύνου και παράγουν σήματα ασφαλείας. Η

στερεοτυπική επανάληψη δράσεων παίρνει την μορφή συντελεστικής αλυσίδας με λειτουργική ένωση, στο τέρμα της οποίας περιμένει ο θετικός ενισχυτής, που δεν είναι άλλος από την ανακούφιση ή την μείωση του άγχους. Καθώς όμως το τιμωρητικό πλαίσιο έχει υπάρξει ταυτόχρονα και ενισχυτικό, η παραγωγή των σημάτων ασφαλείας δεν έχει μόνιμη λειτουργική αποτελεσματικότητα, επομένως η αλυσίδα ξεκινά από την αρχή. Με βάση την υπόθεση της ορθής πρόβλεψης που αναφέρθηκε παραπάνω, το άτομο μοιάζει να υπακούει σε έναν καλά εδραιωμένο κανόνα του τύπου: «Σε αυτήν την συνθήκη (για παράδειγμα, όταν περνάω την πόρτα του σπιτιού μου), αν δεν εκτελέσω αυτήν την δράση (για παράδειγμα, να ελέγξω όλες τις ηλεκτρικές συσκευές), κάτι κακό μπορεί να συμβεί (η αρνητική συνέπεια)» (Μέλλον, 2007).

Ξεκινώντας από την υπόθεση ότι οι ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί τελικά είναι λειτουργικές συμπεριφορές στο πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται, στόχος της θεραπείας της συμπεριφοράς γίνεται η τροποποίηση του πλαισίου, δηλαδή των περιβαλλοντικών συνθηκών, έτσι ώστε οι συγκεκριμένες συμπεριφορές να χάσουν την αποτελεσματικότητά τους και νέες περισσότερο προσαρμοστικές δράσεις να πάρουν την θέση τους. Με βάση αυτό το σκεπτικό αναπτύχθηκε η τεχνική της έκθεσης σε ερεθίσματα και της πρόληψης των απαντήσεων σε αυτά (exposure and response prevention, EX/RP), της οποίας τα αποτελέσματα σε ασθενείς που πάσχουν από ΨΚΔ είναι άκρως ενθαρρυντικά. Η EX/RP βασίζεται στην υπόθεση ότι, αν το άτομο εκτεθεί βαθμιαία και επαναλαμβανόμενα στην κατάσταση που προκαλεί την δυσφορία ενώ παράλληλα δεν απαντήσει σε αυτήν την συνθήκη με τα αναμενόμενα συμπεριφορικά τελετουργικά, σταδιακά η δυσφορία θα μειωθεί (Rachman et al., 1979). Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι τα αποτελέσματά της είναι σταθερά, προσθετικά και γενικεύονται σε πλαίσια εκτός του θεραπευτικού, ακόμη και μετά από παύση της θεραπευτικής διαδικασίας. Βάσει αυτών των αποτελεσμάτων μπορούμε να υποθέσουμε ότι έχουν επέλθει αλλαγές στην συναισθηματική διεργασία (Likierman & Rachman, 1980), με αποτέλεσμα το υποκείμενο να μπορεί περισσότερο ικανοποιητικά να αφομοιώνει συναισθηματικές δυσκολίες, έτσι ώστε αυτές να μην εμποδίζουν άλλες εμπειρίες ή συμπεριφορές (Rachman, 1980).

Από την οπτική της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς οι τρεις διαταραχές που εξετάζονται στην παρούσα έρευνα εμφανίζουν κοινά σημεία στο επίπεδο της συμπεριφοράς. Και οι τρεις εμφανίζουν χαμηλή μεταβλητότητα συμπεριφοράς και υψηλή συχνότητα κοινών επαναλαμβανόμενων απαντήσεων. Γενικά μιλώντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι και οι τρεις χαρακτηρίζονται από μια μορφή απόσυρσης από το εύρος των ερεθισμάτων που παρέχει το περιβάλλον. Οι ασθενείς που πάσχουν από ΨΚΔ αποσύρονται μέσω της στερεοτυπικής επανάληψης μορφών δράσεων. Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη αποσύρονται μέσω της αδράνειάς τους. Όσοι βιώνουν την εμπειρία των ψευδαισθήσεων αποσύρονται μέσω της αντιληπτικής παραμόρφωσης των παρεχομένων ερεθισμάτων. Και στις τρεις παίζει ρόλο η αυξημένη λειτουργία της επιλεκτικής προσοχής. Στην κατάθλιψη τα άτομα είναι ενεργοποιημένα προς την αναγνώριση των προσωπικών ελλειμμάτων. Στην ΨΚΔ τα

άτομα εστιάζονται σε τεχνικές λεπτομέρειες ή σε δυνάμει κινδύνους. Τα ψυχωσικά συμπτώματα σχετίζονται με αυξημένη προσοχή στα διακριτικά ερεθίσματα των αισθητικών πληροφοριών. Επίσης και στις τρεις φαίνεται να ακολουθούνται ανακριβείς κανόνες. Στην κατάθλιψη το άτομο μοιάζει να λέει: «Ό,τι κάνω είναι μια αποτυχία, άρα καλύτερα να μην κάνω τίποτε». Στην ΨΚΔ: «Αν δεν εκτελέσω την συγκεκριμένη δράση, κάτι κακό θα συμβεί». Στην ψύχωση: «Αν δεν ακούσω προσεκτικά τι μου λένε (οι φωνές), κάποια συμφορά θα με βρει». Και βέβαια και στις τρεις συναντούμε κοινούς αμυντικούς μηχανισμούς, όπως αυτόν της άρνησης, της μετάθεσης ή του αντιθετικού σχηματισμού. Καθώς βασική υπόθεση της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς είναι ότι παρόμοιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα διαμόρφωσης παρόμοιων ρεπερτορίων δράσης, υποθέτουμε ότι μια κοινή συνισταμένη μπορεί να βρεθεί στο τιμωρητικό πλαίσιο που πιθανόν συναντούμε στο ιστορικό του ατόμου.

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Γενικά η συννοσηρότητα αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, που έχει απασχολήσει συστηματικά τους ψυχολόγους. Οι ορισμοί που οι έρευνες χρησιμοποιούν διαφέρουν και οι διαστάσεις που κάθε ερευνητής επιλέγει να εγχειρηματοποιήσει δεν είναι κοινές. Ως γενικό ορισμό θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε την ύπαρξη δύο ή περισσότερων διαταραχών. Πολλοί όμως αναφέρονται και στην συνύπαρξη χαρακτηριστικών δύο ή περισσότερων διαταραχών χωρίς απαραίτητα όλες να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια.

Για την ΨΚΔ αναφέρονται στοιχεία που δίνουν υψηλή συννοσηρότητα με διαταραχές κυρίως του άξονα I. Σε έρευνα αναφέρεται ότι όσοι έπασχαν από ΨΚΔ υπέφεραν από τουλάχιστον μία ακόμη διαταραχή κατά την διάρκεια της ζωής τους σε ποσοστό 35.4%. Σε μεγάλη διεθνή έρευνα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 28.77%. Η ΨΚΔ συνδέεται με μια ευρεία ποικιλία άλλων συμπτωμάτων και κρίνεται απαραίτητος ο διαχωρισμός της από άλλες διαταραχές για την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ελάχιστες αγχολυτικές και λίγες αντικαταθλιπτικές φαρμακολογικές θεραπείες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την ΨΚΔ. Συγχρόνως ασθενείς που ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή για την ΨΚΔ εμφανίζουν βελτίωση και σε συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους (Mohammadi et al., 2007).

ΨΚΔ και κατάθλιψη

Η συνύπαρξη της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (ΨΚΔ) με την κατάθλιψη έχει απασχολήσει τόσο τους ερευνητές όσο και τους κλινικούς ψυχολόγους. Σε πολλές έρευνες αλλά και αναφορές κλινικών δεδομένων η κατάθλιψη φέρεται να είναι η πιο συχνή επιπλοκή της ΨΚΔ (Black & Noyes, 1990, in Crino & Andrews, 1996). Επίσης η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΚ) συγκαταλέγεται ανάμεσα στις πιο συνηθισμένες προσθετικές διαγνώσεις σε ασθενείς που πάσχουν

από ΨΚΔ (Abramowitz et al., 2007). Εξίσου πολλές είναι οι έρευνες που συνδέουν την ΨΚΔ με την καταθλιπτική και γενικώς την αρνητική διάθεση.

Παρ' όλο που οι έρευνες παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα όσον αφορά στην συννοσηρότητα της ΨΚΔ με την κατάθλιψη, όλες δείχνουν να συμφωνούν στα υψηλά ποσοστά και στην αυξημένη συχνότητα του φαινομένου. Σε μια έρευνα με κλινικό δείγμα αναφέρεται ότι πάνω από τα 2/3 των ασθενών που έπασχαν από ΨΚΔ εμφάνιζαν ιστορικό μείζονος κατάθλιψης κάποια στιγμή στην ζωή τους (Rasmussen and Eisen, 1988, in Crino & Andrews, 1996). Αλλού το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 31.7% του δείγματος (Karno et al., 1988). Οι Crino και Andrews (1996) βρήκαν ότι 49% όσων έπασχαν από ΨΚΔ ανέφεραν συμπτώματα που συναντούν τα κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης, σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η ΨΚΔ εμφανίζει ευαλωτότητα στις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη.

Τα στοιχεία φαίνεται να συνηγορούν ότι όσοι πάσχουν από ΨΚΔ τείνουν να εμφανίζουν συννοσηρότητα με κατάθλιψη κάποια στιγμή κατά την διάρκεια της ασθένειάς τους (Fineberg et al., 2005). Η αναλογία κυμαίνεται από το 1/3 (Robins et al., 1984, in Fineberg et al., 2005) μέχρι τα 2/3 (Pigott et al., 1994, in Fineberg et al., 2005), καθώς και από το 1/4 έως το 1/2 (Crino and Andrews, 1996, [Honget et al., 2004, Nestadt et al., 2001], in Abramowitz et al., 2007). Εξάλλου λεπτομερής ανάλυση στα δεδομένα έρευνας, που χρησιμοποίησε μεγάλο επιδημιολογικό δείγμα, το ποσοστό συνύπαρξης ΨΚΔ με κατάθλιψη ανέρχεται στο 17% (Andrews et al., 2002, in Fineberg et al., 2005). Επίσης αναφέρεται ότι η ταυτόχρονη διάγνωση ΨΚΔ και κατάθλιψης κυμαίνεται μεταξύ 28% και 38% (Ricciardi and McNally, 1995, in Bhar & Kyrios, 2005).

Οι Bhar και Kyrios (2005) αναφέρουν ότι πάνω από 45% όσων πάσχουν από ΨΚΔ υποφέρουν επίσης από σημαντική καταθλιπτική διάθεση. Οι Abramowitz et al. (2007), που εστιάζουν στις κοινές γνωστικές διαδικασίες της ΨΚΔ και της κατάθλιψης, αναγνωρίζουν έναν φαύλο κύκλο μεταξύ ΨΚΔ και καταθλιπτικής ή εν γένει αρνητικής διάθεσης. Οι ψυχαναγκασμοί οδηγούν όσους πάσχουν από ΨΚΔ σε παρερμηνείες, οι παρερμηνείες σε καταθλιπτική διάθεση, η καταθλιπτική διάθεση σε περισσότερους ψυχαναγκασμούς και πάλι από την αρχή. Σύμφωνα με τον Beck (1976) η αρνητική αξιολόγηση του εαυτού, που έρχεται ως αποτέλεσμα της παρερμηνείας των ψυχαναγκασμών, οδηγεί σε συναισθήματα κατάθλιψης και αρνητική διάθεση, η οποία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ψυχαναγκασμών (England and Dickerson, 1988, in Abramowitz et al., 2007). Οι Van den Hout et al. (2007) ερευνήσαν πειραματικά την επίδραση που μπορεί να έχει η διάθεση στην διατήρηση και διάρκεια των καταναγκασμών και παρουσίασαν αποτελέσματα που υποδεικνύουν ότι η αρνητική διάθεση, όταν συνδυάζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της ΨΚΔ, συντελεί στην επανάληψη των τελετουργικών συμπεριφορών.

ΨΚΔ και ψύχωση

Η συνύπαρξη της ΨΚΔ με την ψύχωση έχει απασχολήσει ποικιλοτρόπως τους ψυχολόγους. Παλαιότερα συγγραφείς είχαν περιγράψει την ύπαρξη ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών σε ασθενείς που υπέφεραν από σχιζοφρένεια. Τα ποσοστά, ανάλογα με την έρευνα, κυμαίνονται από 3.5% έως 25% (Gangdev, 2002). Αργότερα μελετήθηκαν στοιχεία σχιζοφρένειας σε ασθενείς που εμφάνιζαν συμπτώματα ΨΚΔ χωρίς όμως να υπάρχει διάγνωση της διαταραχής. Μόνο πρόσφατα οι έρευνες κινούνται στην κατεύθυνση της συννοσηρότητας της ΨΚΔ με την ψύχωση.

Οι DeHaan et al. (2009) αναφέρουν ότι 1.7% των ασθενών που πάσχουν από ΨΚΔ πληρούσαν επίσης τα κριτήρια κάποιας ψυχωτικής διαταραχής. Έρευνες αναφέρουν σχιζοφρένεια σε ασθενείς που υποφέρουν από ΨΚΔ σε ποσοστά που κυμαίνονται από 4% έως 12.2% (in Van Dael et al., 2011). Συμπτώματα ΨΚΔ σε ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν βρεθεί σε ποσοστά που κυμαίνονται από 7.8% έως 55% (Boyette et al., 2011).

Δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να περιγραφεί η συννοσηρότητα της ΨΚΔ με την σχιζοφρένεια. Παλαιότερα οι συγγραφείς ασχολήθηκαν με το εάν οι ψυχαναγκασμοί μπορούσαν προοδευτικά να καταλήξουν σε ψευδαισθήσεις και τελικά οι ασθενείς να αναπτύξουν σχιζοφρένεια. Ο Gangdev (2002), που παρουσιάζει περιπτώσεις ασθενών, καταλήγει στην διαπίστωση ότι οι ψυχαναγκασμοί συνδέονται με διάφορους τρόπους με τα ψυχωσικά συμπτώματα. Για παράδειγμα, μπορούν απλά να συνυπάρχουν και το θέμα των ψυχαναγκασμών να μην σχετίζεται με το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραισθήσεων. Οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να πυροδοτήσουν ένα ψυχωσικό επεισόδιο και το αντίστροφο. Ένας ψυχαναγκασμός μπορεί να μετατραπεί σε ψευδαίσθηση και αντίστροφα, ενώ το περιεχόμενό τους είναι κοινό. Αναφέρει ακόμη και την περίπτωση ότι οι ψυχαναγκασμοί μπορεί λανθασμένα να διαγνωσθούν ως ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις. Φτάνει μάλιστα να αναρωτηθεί μήπως υπάρχει η πιθανότητα η σχιζοφρένεια που επιμένει να είναι το αποτέλεσμα μη διεγνωσμένης συννοσηρότητας με την ΨΚΔ.

Πολλές είναι οι έρευνες που αναφέρονται στις ομοιότητες μεταξύ ψυχαναγκασμών και ψευδαισθήσεων. Ήδη αναφέρθηκε η πιθανότητα της λανθασμένης διάγνωσης. Οι Moritz et al. (2011) ισχυρίζονται ότι και οι δυο σχετίζονται με έντονη ανησυχία που αφορά σκέψεις. Τόσο οι ασθενείς με ψυχαναγκασμούς όσο και εκείνοι με ψευδαισθήσεις δεν αποδέχονται κάποιες σκέψεις ως φυσιολογικές, ανησυχούν και αισθάνονται εκτός ελέγχου όταν εισβάλουν ανεπιθύμητες σκέψεις. Η διαφορά έγκειται στο ότι οι πρώτοι αναγνωρίζουν ότι πρόκειται για σκέψεις και οδηγούνται σε καταναγκαστικά τελετουργικά για να τις ελέγξουν ενώ οι δεύτεροι τις αποδίδουν σε κάποια εξωτερική πηγή. Αναφέρουν ότι και οι δύο κατηγορίες ασθενών εμφανίζουν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα του Metacognitions Questionnaire (MCQ: Cartwright-Hatton and Wells, 1997), που μετράει την ανάγκη για έλεγχο και τις αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την αδυναμία ελέγχου και τον κίνδυνο των

σκέψεων. Οι Garcia-Montes et al. (2006) αναγνωρίζουν κοινές μεταγνωστικές διεργασίες στους ψυχαναγκασμούς και τις ψευδαισθήσεις και την ύπαρξη μαγικής σκέψης. Στην ΨΚΔ η μαγική σκέψη αναφέρεται στην πίστη ότι οι εσωτερικές σκέψεις έχουν την δύναμη να επιφέρουν πραγματικά αποτελέσματα, ενώ στην περίπτωση των ακουστικών ψευδαισθήσεων η μαγική σκέψη αναφέρεται στην πίστη της παντοδυναμίας των φωνών. Θεωρούν ότι η μαγική σκέψη σχετίζεται με τα σχιζοτυπικά χαρακτηριστικά που εμπλέκονται τόσο στην ψύχωση όσο και στην ΨΚΔ. Οι Szechtman & Woody (2006) αναφέρονται σε κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες για την ανάπτυξη των δύο αυτών κατηγοριών των διαταραχών, κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά (μια τάση να προσβάλλονται νωρίτερα οι άνδρες από τις γυναίκες), κοινές νευροψυχολογικές αλλοιώσεις (για παράδειγμα, στην προσοχή, στην δυνατότητα αναστολής των δράσεων ή σε οπτικοχωρικές δεξιότητες), κοινές νευροανατομικές και νευροβιολογικές αλλαγές.

Γενικώς η συνύπαρξη των δύο αυτών κατηγοριών συμπτωμάτων είναι μια ιδιαίτερα επιβαρημένη και περίπλοκη συνθήκη. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι οι ψυχαναγκασμοί πυροδοτούνται ή επιδεινώνονται από τα αντιψυχωτικά φάρμακα και ότι η θεραπεία για την ΨΚΔ επιδεινώνει την σχιζοφρένεια. Οι έρευνες κατά κύριο λόγο συγκλίνουν στην πιθανότητα η ψύχωση να αναπτύσσεται μετά την ανάπτυξη της ΨΚΔ ή ακόμη και μέσα από το ψυχαναγκαστικό στάδιο των εφήβων (Eisen and Rasmussen, 1993, in Oades et al., 1996). Οι Van Dael et al. (2011) αναγνωρίζουν επίσης μια συγκεκριμένη επίδραση των συμπτωμάτων της ΨΚΔ στα ψυχωσικά συμπτώματα, καθώς τα πρώτα αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ψύχωσης.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΨΚΔ ΣΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Οι έρευνες των Rachman και DeSilva πάνω στην ΨΚΔ την δεκαετία του 1970 έστρεψαν την προσοχή των ψυχολόγων στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της διαταραχής σε μη-κλινικό πληθυσμό. Ο Rachman (1971) υπέθεσε ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν την εμπειρία ενός φαινομένου που μοιάζει με τους κλινικούς ή, αλλιώς, μη φυσιολογικούς ψυχαναγκασμούς.

Οι Rachman και DeSilva (1978) συνέκριναν ένα δείγμα από ασθενείς που έπασχαν από ΨΚΔ (κλινικό δείγμα) με δείγμα από τον γενικό πληθυσμό (μη κλινικό δείγμα). Για τις ανάγκες της έρευνας όρισαν τους ψυχαναγκασμούς ως «επαναλαμβανόμενες, μη ηθελημένες, παρεισφρεύουσες σκέψεις εσωτερικής προέλευσης». Μερικά από τα πολύ ενδιαφέροντα ευρήματά τους μπορούν να συνοψισθούν στα εξής σημεία:

A) το ποσοστό του μη κλινικού δείγματος που αναφέρει την ύπαρξη τέτοιων σκέψεων ανέρχεται στο 84%.

B) οι φυσιολογικοί και οι μη φυσιολογικοί ψυχαναγκασμοί εμφανίζουν πολλές ομοιότητες, σε σημείο που όταν παρουσιάστηκαν σε έξι πεπειραμένους κλινικούς

ψυχολόγους ο διαχωρισμός τους δεν ήταν τόσο εύκολος και ευδιάκριτος όσο θα περιμέναμε.

Γ) οι διαφορές που εντοπίστηκαν στην εν λόγω έρευνα αφορούσαν κυρίως ποσοτικά και όχι ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Δ) και στον μη κλινικό πληθυσμό εμφανίζονται τελετουργικές δραστηριότητες που στόχο έχουν την μείωση του άγχους που προκαλείται από τις ανεπιθύμητες, παρειασφρέουσες σκέψεις.

Ε) η ύπαρξη ψυχαναγκασμών συνδέεται με αισθήματα άγχους και καταθλιπτική διάθεση.

Στ) υπήρξαν ενδείξεις ότι οι ψυχαναγκασμοί υπόκεινται σε μια διαδικασία που μοιράζεται κοινά στοιχεία με την διεργασία της εξοικείωσης.

Μεταγενέστερες έρευνες σε γενικό πληθυσμό επιβεβαιώνουν την ύπαρξη συμπτωμάτων χαρακτηριστικών διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών (συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της ΨΚΔ και ψυχωτικών διαταραχών), χωρίς όμως να συμπληρώνουν τα κριτήρια που απαιτούνται για τις αντίστοιχες διαγνώσεις (Adam et al., 2011). Σε αυτές τις περιπτώσεις τείνει να παρατηρείται αυξημένη πιθανότητα συννοσηρότητας, φτωχότερα επίπεδα λειτουργικότητας στον εργασιακό τομέα και στις κοινωνικές δραστηριότητες και μεγαλύτερη χρήση ιατρικών υπηρεσιών.

Το ποσοστό των υποκειμένων με στοιχεία ΨΚΔ που αναφέρουν οι έρευνες κυμαίνεται από 1.5% έως 29.8%, διακύμανση που οφείλεται στο μέγεθος του δείγματος, τις μεθόδους και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται (Mohammadi et al., 2007). Οι ίδιοι αναφέρουν ότι το ποσοστό εμφάνισης ψυχαναγκασμών – καταναγκασμών χωρίς να ικανοποιούνται τα κριτήρια για διάγνωση ανέρχεται στο 8.3%. Επίσης διαπιστώνονται ενδείξεις σύνδεσης της ΨΚΔ με στοιχεία διπολικών διαταραχών, κατάθλιψης και ψύχωσης (Adam et al., 2011).

Γενικά τα τελευταία χρόνια οι ψυχολόγοι φαίνεται να ασχολούνται έντονα με το ερώτημα τι είναι αυτό που μετατρέπει τα γενικά φαινόμενα σε διαταραχές. Αυτό το ερώτημα στην ουσία βασίζεται στην, ρητή ή άρρητη, παραδοχή ότι η συμπεριφορά διέπεται από τους ίδιους νόμους, ότι οι μη φυσιολογικές συμπεριφορές δεν είναι «άλλα» φαινόμενα αλλά τα ίδια φαινόμενα συμπεριφοράς που κάποιος παράγοντες τα εξέτρεψαν από το πεδίο του αποδεκτού ως φυσιολογικό.

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία για την ΨΚΔ εμφανίζει τους ψυχαναγκασμούς όχι μόνο ως κοινό αλλά και ως απαραίτητο για την προσαρμογή του οργανισμού φαινόμενο (Salkovskis, 1999). Καλεί μάλιστα τον πάσχοντα να αναλογιστεί πώς θα ήταν η ζωή του εάν δεν διέθετε αυτήν την μορφή αυτοματοποιημένης σκέψης, αλλά έπρεπε για κάθε σκέψη που κάνει να καταβάλει ένα ποσοστό συνειδητής και ελεγχόμενης προσπάθειας. Οι Garcia-Montes et al. (2006) προτείνουν ότι η μετάβαση στους ψυχαναγκασμούς – καταναγκασμούς όπως

και στις ψευδαισθήσεις διαμεσολαβείται από τις προσπάθειες του ατόμου να ελέγξει ή να αποφύγει τις εσωτερικές και παρεισφρεύουσες σκέψεις, αντί να τις αποδεχθεί. Οι Altin και Gencoz (2011) ισχυρίζονται ότι ένας καίριος παράγοντας που παίζει ρόλο στην μετατροπή των φυσιολογικών εσωτερικών σκέψεων σε κλινικούς ψυχαναγκασμούς είναι οι δυσλειτουργικές εκτιμήσεις που αφορούν στην υπευθυνότητα και οι ανεπιτυχείς προσπάθειες να τις εξουδετερώσουν ή να τις ελέγξουν.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΤΙΜΩΡΙΑΣ – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο ρόλος των αρνητικών γεγονότων εν γένει στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας είναι μια πολύ παλιά και καλά εδραιωμένη στην συνείδηση των ψυχολόγων θέση. Ο Freud έχει μιλήσει εκτεταμένα για την συνεισφορά των αρνητικών συμβάντων στην ζωή, για μια μητέρα που δεν μπόρεσε να εσωτερικευθεί ως φιλικό και αρμονικό αντικείμενο ή για έναν πατέρα που υπήρξε πολύ αυστηρός κι έτσι δεν μπόρεσαν να εξελιχθούν ομαλά οι φάσεις σύγκρουσης, ταύτισης και αποταύτισης από τις οποίες πρέπει να διέλθει το παιδί καθώς αναπτύσσεται.

Η γνωστική ψυχολογία επίσης έχει αναγνωρίσει ότι οι αρνητικές εμπειρίες συμβάλλουν στην διαστρέβλωση των γνωστικών διεργασιών με αποτέλεσμα οι τελευταίες να λειτουργούν με τρόπο αποκλίνοντα. Ακόμη και η νευρολογική επιστήμη έχει καταγράψει αλλαγές του μεταβολικού ρυθμού σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, εκτραπέισα από το φυσιολογικό παραγωγή ορμονών και παράξενη συναπτική σύνδεση μετά από αρνητικές εμπειρίες. Και βέβαια όλοι συμφωνούν ότι το θεραπευτικό πλαίσιο, για να είναι θεραπευτικό, οφείλει να παρέχει πλήρη αποδοχή στον θεραπευόμενο, απουσία έστω και της ελάχιστης ένδειξης κριτικής και επίκρισης καθώς και αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης. Στην βάση αυτού του καθολικού αιτήματος στην πραγματικότητα βρίσκεται η παραδοχή ότι α) ένα τιμωρητικό πλαίσιο συμβάλλει στην ανάπτυξη ποικίλων δυσλειτουργιών, β) το άτομο έχει στο ιστορικό του την εμπειρία διαφόρων τιμωρητικών πλαισίων και ενεργειών και γ) μόνο ένα πλαίσιο πλούσιο σε ενισχυτικά ερεθίσματα μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά, δηλαδή να προάγει την ανάπτυξη συμπεριφορών που φέρνουν το άτομο κοντά στις ποικίλες χαρές της ζωής.

Από την άποψη της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, όταν η συμπεριφορά του ατόμου ακολουθείται από μια αρνητική εμπειρία ή από την απομάκρυνση μιας θετικής εμπειρίας, λέμε ότι η δράση του ατόμου τιμωρείται. Με αυτήν την έννοια πηγή τιμωρίας μπορεί να είναι το φυσικό ή το υλικό περιβάλλον (μπορεί η δράση της βιάδισης να τιμωρηθεί με πτώση, αν το πόδι προσκρούσει σε ένα απρόσμενο εμπόδιο), το ίδιο μας το σώμα (η δυσπεψία είναι μια σοβαρή τιμωρία της υπερφαγίας), ή οι άλλοι άνθρωποι (η απογοήτευση της μητέρας μπροστά στους χαμηλούς βαθμούς του ελέγχου σχολικής επίδοσης μπορεί να λειτουργήσει άκρως τιμωρητικά για το παιδί). Καθώς είμαστε κοινωνικά όντα και ζούμε σε οργανωμένες κοινωνίες, ένα μεγάλο

μέρος της τιμωρίας έχει κοινωνική προέλευση. Το κοινωνικό σύνολο, ευρύτερο ή στενότερο, παίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην θεμελίωση της αρνητικά ενισχυτικής αποτελεσματικότητας κάποιων ερεθισμάτων όσο και στην παροχή τους, είτε αυτή ακολουθεί ως συνέπεια μιας δράσης είτε συμπτωματικά. Οι τιμωρίες λοιπόν που μας παρέχουν οι άλλοι καθ' όλη την διάρκεια της ζωής μας διαμορφώνουν τις δράσεις μας και την συμπεριφορά μας.

Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές βλέπουν νοητικές εικόνες που σχετίζονται με αρνητικές εμπειρίες. Το ποσοστό για την ΨΚΔ ανέρχεται στο 80% ενώ στα 2/3 των ασθενών το περιεχόμενο των νοητικών εικόνων συνδέεται με αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (Speckens et al., 2007). Σε έρευνα που αφορούσε τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με ΨΚΔ για να ελέγξουν τις ανεπιθύμητες σκέψεις, βρέθηκε ότι η κυρίαρχη στρατηγική με απολύτως δυσλειτουργικά αποτελέσματα (σε αντίθεση με τις υπόλοιπες που δεν ήταν απαραίτητες και πάντοτε δυσλειτουργικές) ήταν η χρήση τιμωρίας, το άτομο δηλαδή θυμώνει με τον εαυτόν του, τον κατηγορεί και τον επικρίνει (Belloch et al., 2009). Επίσης πολλοί ασθενείς με ΨΚΔ αναφέρουν αρνητικά γεγονότα ως το σημείο έναρξης και εκκίνησης των προβλημάτων τους (Rheume et al., 1998).

Η αρνητική (ή ακόμη και εχθρική) κριτική, η απόρριψη και η έλλειψη συναισθηματικής στήριξης είναι πολύ συχνές μορφές κοινωνικής τιμωρίας. Έχει βρεθεί ότι η αρνητική κριτική και η εχθρότητα συνδέονται με την ΨΚΔ και εν γένει με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Προτάθηκε μάλιστα ότι η τελειομανία – μεταβλητή που συνδέεται στενά με την ΨΚΔ – συνίσταται από στρατηγικές, δηλαδή συμπεριφορικές επιλογές, που στόχο έχουν να αποφύγουν την κριτική και την αποδοκιμασία, να επιτύχουν την επιδοκιμασία ενός επικριτικού γονέα και την κοινωνική αποδοχή και τελικά να επαναποκτήσουν μια αίσθηση θετικής προσωπικής ταυτότητας (Rheume et al., 2000). Μέσα από αυτήν την προοπτική αποκαθίσταται η λειτουργική αποτελεσματικότητα των συμπτωμάτων της ΨΚΔ, καθώς αυτά, με το να αποφεύγουν την αρνητική κριτική και να επιδιώκουν την έγκριση, βοηθούν το άτομο να προστατευθεί και να διατηρήσει μια αίσθηση αυταξίας. Στην ίδια έρευνα συνδέεται επίσης η υπευθυνότητα – μια ακόμη προτεινόμενη μεταβλητή της ΨΚΔ – με την αρνητική κριτική. Γενικώς προτείνεται ότι η αρνητική κριτική, συνοδευόμενη από την απόρριψη και την εχθρότητα, κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας αποτελεί παράγοντα ευαλωτότητας για την ΨΚΔ. Επίσης το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών θεωρούνται ως αντίδραση στην κριτική ενώ οι καταναγκασμοί ως στρατηγικές αποφυγής πιθανής αρνητικής κριτικής (Pace et al., 2011).

Η απόρριψη, η απουσία συναισθηματικής ζεστασιάς και η υπερπροστατευτικότητα έχουν συνδεθεί με τις αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ΨΚΔ, την σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη. Ειδικότερα για την υπερπροστατευτικότητα έχει προταθεί ότι οι διαστάσεις που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας σχετίζονται με τα εξής χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των γονέων: α) εφαρμόζουν αυξημένο έλεγχο προς τα παιδιά τους, β) ενθαρρύνουν περισσότερες στρατηγικές αποφυγής, γ) διατυπώνουν αρνητικές προσδοκίες ή αποδώσεις («δεν θα

τα καταφέρεις» ή «το ότι δεν τα κατάφερες οφείλεται σε εσένα») (Fairbrother & Abramowitz, 2007, Turgeon et al., 2002).

Από την άποψη της Ανάλυσης της Συμπεριφοράς, η χρήση της τιμωρίας αποτελεί ένα πεδίο εργασίας στο οποίο μπορούν να ενταχθούν και να γίνουν κατανοητές πολλές από τις κοινές συμπεριφορικές οδούς των τριών υπό συζήτηση δυνάμει διαταραχών. Για παράδειγμα, η έντονη αρνητική κριτική μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές μορφές απόσυρσης, με στόχο την αποφυγή των συνθηκών εκείνων που έχουν καταστεί διακριτικά ερεθίσματα για την παραγωγή επίκρισης, δηλαδή τιμωρίας. Στα άτομα που πάσχουν από ΨΚΔ ή κατάθλιψη τέτοιου είδους διακριτικά ερεθίσματα επιφέρουν την διατύπωση υψηλών κριτηρίων, τα οποία με την σειρά τους επιφέρουν στερεοτυπικές απαντήσεις υψηλής ακρίβειας για τους πρώτους και παραίτηση για τους δεύτερους. Μέσα από ένα αντίστοιχο μονοπάτι, τα άτομα που έχουν ψευδαισθητικές εμπειρίες μπορεί να αποφεύγουν την σκληρή κριτική εμφανίζοντας δράσεις που εξ ορισμού δεν επιδέχονται κριτικής, εφ' όσον δεν υπάρχει για αυτές κάποιο κοινωνικά διαμορφωμένο κριτήριο!

Ο περιγραφικός χαρακτήρας της παρούσης έρευνας δεν επιτρέπει την διατύπωση υποθέσεων για συγκεκριμένους τύπους αλληλεπιδράσεων που πιθανόν καταλήγουν σε φαινόμενα ψυχοπαθολογίας. Εξ άλλου έχει καταδειχθεί ότι μια ποικιλία παραγόντων συμβάλλει στην ανάπτυξη των νοητικών διαταραχών, τους οποίους ούτε μπορεί ούτε προτίθεται η παρούσα να ερευνήσει. Βάσει της βιβλιογραφίας οι υποθέσεις που διαμορφώθηκαν είναι οι εξής: α) Αναμένεται να βρεθούν συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την ΨΚΔ, την κατάθλιψη και την ψύχωση σε φυσιολογικό – μη κλινικό πληθυσμό. β) Αναμένεται ότι τέτοιου τύπου συμπεριφορές θα εμφανίζονται σε όλο το εύρος του δείγματος. γ) Αναμένεται θετική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων που μετρούν στοιχεία από τις τρεις διαταραχές. Επίσης αναμένεται το πρότυπο αυτών των συσχετίσεων να συμφωνεί με το αντίστοιχο που έχει παρατηρηθεί σε έρευνες με κλινικούς πληθυσμούς. δ) Άτομα που εμφανίζουν υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες που μετρούν στοιχεία των διαταραχών αναμένεται να εμφανίζουν αντίστοιχα υψηλή βαθμολογία στις κλίμακες που μετρούν την τιμωρία.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι συμμετέχοντες

Συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 367 άτομα, αλλά χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα των 352, καθώς τα υπόλοιπα παρουσίαζαν κενά που τα καθιστούσαν ακατάλληλα για την ανάλυση δεδομένων. Τα 352 άτομα ήταν ενήλικες 18 έως 75 ετών με μέσο όρο ηλικίας 36.39 χρόνια ($Sd=13.20$ χρόνια). Από αυτά 167 ήταν άνδρες και 185 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας που δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Ο μέσος όρος των χρόνων εκπαίδευσης ήταν 13.38 ($Sd=2.85$). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά το χρονικό διάστημα Νοέμβριος έως Απρίλιος του 2011. Γενικώς τα υποκείμενα εμφάνισαν μεγάλη ποικιλία ως προς τα δημογραφικά τους στοιχεία (Τόπος γέννησης και διαμονής, απασχόληση, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακό εισόδημα, θρησκεία, υποκειμενικός βαθμός θρησκευτικότητας). Η επιλογή τους έγινε βάσει του κριτηρίου της διαθεσιμότητας των ατόμων. Έτσι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κυρίως στον χώρο εργασίας των ατόμων και κατά την διάρκεια ακτοπλοϊκών ταξιδιών. Ειδικά στην δεύτερη περίπτωση τα άτομα είχαν πολύ κενό χρόνο και μεγάλη προθυμία να βρουν κάτι για να απασχοληθούν κατά την διάρκεια αυτού του χρόνου. Επιπλέον το πλοίο της γραμμής είναι τόπος συνεύρεσης πολλών διαφορετικών και ετερόκλητων ποιοτικών στοιχείων.

Διαδικασία

Στα υποκείμενα δίνονταν συρραμμένες και φωτοτυπημένες πέντε κλίμακες με την σειρά που εμφανίζεται παρακάτω. Στο τέλος υπήρχε, επίσης συρραμμένη και φωτοτυπημένη, μια σελίδα που ζητούσε προσωπικές πληροφορίες (Τόπος γέννησης, Τόπος διαμονής, Ηλικία, Φύλο, Απασχόληση, Εκπαιδευτικό επίπεδο, Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, Θρησκεία, Υποκειμενικός βαθμός θρησκευτικότητας). Μαζί δινόταν και στυλό διαρκείας χρώματος μπλε (PILOT G-2, 05) για την συμπλήρωση των ερωτήσεων. Αρχικά γινόταν μια σύντομη παρουσίαση της έρευνας και τα άτομα ερωτώντο αν ήθελαν να συμμετάσχουν. Μόνο μετά την συναίνεσή τους δίνονταν τα ερωτηματολόγια και οι απαραίτητες διευκρινίσεις. Στις διευκρινίσεις δόθηκε ιδιαίτερη σημασία σε δύο κυρίως σημεία: α) ήταν καλό οι απαντήσεις να είναι προσωπικές, αυθόρμητες και με βάση αυτό που οι ίδιοι καταλάβαιναν και β) η συμπλήρωση ήταν ανώνυμη και τα δεδομένα θα χρησιμοποιούντο μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας με απόλυτη εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα. Αφήνονταν τα ερωτηματολόγια και τα άτομα ενημερώνονταν ότι η ερευνήτρια θα περάσει να τα πάρει μετά από λίγη ώρα. Ο χρόνος που χρειάστηκαν για να τα συμπληρώσουν ήταν κατά προσέγγιση από ένα τέταρτο της ώρας μέχρι μισή ώρα.

Οι κλίμακες

Το *Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R, Foa et al., 2002)* είναι ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης συμπτωμάτων της ΨΚΔ με 18 ερωτήσεις. Πρόκειται για μια σύντομη προσαρμογή του παλαιότερου OCI με 42 ερωτήσεις (Foa et al., 1998) και περιλαμβάνει έξι υποκλίμακες, με τρεις ερωτήσεις στην καθεμία: 1. Πλύσιμο –

Καθαριότητα. Παράδειγμα ερωτήσεων: «Μερικές φορές πρέπει να πλυθώ ή να καθαριστώ απλά επειδή νιώθω μολυσμένος». 2. Έλεγχος. Παράδειγμα ερωτήσεων: «Ελέγχο επανειλημμένα πόρτες, παράθυρα, συρτάρια κτλ.». 3. Τακτοποίηση/ Τάξη. Παράδειγμα ερωτήσεων: «Αναστατώνομαι εάν τα πράγματα δεν είναι σωστά τακτοποιημένα». 4. Εμμένουσες Σκέψεις. Παράδειγμα ερωτήσεων: «Συχνά μου έρχονται κακές σκέψεις και έχω δυσκολία στο να απαλλαγώ από αυτές». 5. Συλλογή Αντικειμένων. Παράδειγμα ερωτήσεων: «Συγκεντρώνω πράγματα που δεν χρειάζομαι». 6. Εξουδετέρωση. Παράδειγμα ερωτήσεων: «Νιώθω ότι πρέπει να επαναλαμβάνω συγκεκριμένους αριθμούς». Τα υποκείμενα καλούνται να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μια διαβαθμιζόμενη κλίμακα πέντε σημείων, τα οποία δηλώνουν τον βαθμό ενόχλησης που βίωσε το άτομο σε σχέση με το θέμα της κάθε ερώτησης (από 0=καθόλου έως 4=πάρα πολύ). Οι δημιουργοί του αναφέρουν πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, με την εσωτερική συνάφεια, την αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης, την τρέχουσα εγκυρότητα και την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής να δίνουν συντελεστές που κυμαίνονται από μέτριοι έως υψηλοί. Αλλού βρέθηκε επίσης υψηλή εσωτερική συνάφεια για τις υποκλίμακες ($\alpha=0.83$ έως 0.92) ενώ η παραγοντική ανάλυση επιβεβαίωσε την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Η ελληνική μετάφραση, που πραγματοποιήθηκε από τους Αγγελάκης και Μέλλον, στην παρούσα έρευνα έδωσε $\alpha=0.884$

Το *Revised Hallucination Scale (LSHS-R, Morrison et al., 2000)* είναι ένα ερωτηματολόγιο με 16 ερωτήσεις βασισμένο στο Launey Slade Hallucination Scale (LSHS, Launey and Slade, 1981). Δημιουργήθηκε με σκοπό να ερευνήσει την τάση προς ψευδαισθητικές εμπειρίες σε φυσιολογικό πληθυσμό. Το υποκείμενο καλείται να απαντήσει χρησιμοποιώντας μια διαβαθμιζόμενη κλίμακα τεσσάρων σημείων, που δηλώνουν την συχνότητα με την οποία το άτομο έχει δοκιμάσει την εμπειρία που περιγράφει κάθε ερώτηση (1=ποτέ έως 4=πολύ συχνά). Η παραγοντική ανάλυση έδωσε δύο υποκλίμακες: 1. Προδιάθεση σε οπτικές ψευδαισθήσεις (6 ερωτήσεις, $\alpha=0.75$). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Βλέπω σκιές και μορφές ενώ δεν υπάρχει τίποτε». 2. Προδιάθεση σε ακουστικές ή λεκτικές ψευδαισθήσεις (7 ερωτήσεις, $\alpha=0.64$). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Έχω ακούσει μια φωνή να εκφράζει τις σκέψεις μου καθαρά». Σε έρευνες που έχει χρησιμοποιηθεί έχουν κριθεί ικανοποιητικές οι ψυχομετρικές του ιδιότητες. Η ελληνική μετάφραση στην παρούσα έρευνα έδωσε $\alpha=0.849$

Το *History of Punishment (HOP, Αγγελάκης & Μέλλον, 2011)* είναι ένα ερωτηματολόγιο που σκοπό έχει να καταγράψει το ιστορικό τιμωρίας του ατόμου κατά την διάρκεια της ζωής του και σε όλο το εύρος των κοινωνικών του συναναστροφών. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει χρησιμοποιώντας μια διαβαθμιζόμενη κλίμακα πέντε σημείων που δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας του ατόμου με το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης (από 0=Διαφωνώ απόλυτα έως 4=Συμφωνώ απόλυτα). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Οι γονείς μου ήταν ιδιαίτερα αυστηροί μαζί μου», «Οι καθηγητές μου με υποτιμούσαν», «Δέχτηκα βρισιές ή απειλές από συμμαθητές μου», «Θα έλεγα ότι είμαι τυχερός/ ή

στην αγάπη». Ο δείκτης αξιοπιστίας που έδωσε το HOP στην παρούσα έρευνα είναι $\alpha=0.850$. Η παραγοντική του ανάλυση παρουσιάζεται παρακάτω.

Το *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)* είναι το πιο διαδεδομένο ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της κατάθλιψης. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις στις οποίες το υποκείμενο καλείται να απαντήσει χρησιμοποιώντας μια διαβαθμιζόμενη κλίμακα τεσσάρων σημείων, που δηλώνουν την συχνότητα με την οποία το άτομο βιώνει την εμπειρία που περιγράφει η κάθε ερώτηση (0=σπάνια ή καθόλου, δηλαδή για λιγότερο από μία ημέρα έως 3=σταθερά ή τις περισσότερες φορές, δηλαδή 5-7 ημέρες). Το CES-D έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχουν ελεγχθεί οι ψυχομετρικές του ιδιότητες (Fountoulakis et al., 2001). Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε τρεις παράγοντες: 1. Θετική επίδραση (6 ερωτήσεις, $\alpha=0.95$). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Ένιωθα ελπίδα για το μέλλον». 2. Ερεθιστικότητα και προβλήματα με τις διαπροσωπικές σχέσεις (4 ερωτήσεις, $\alpha=0.76$). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος» ή «Οι άνθρωποι ήταν εχθρικοί». 3. Καταθλιπτικό συναίσθημα και σωματικά παράπονα (14 ερωτήσεις, $\alpha=0.94$). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Έκλαιγα» ή «Δεν ένιωθα την επιθυμία να φάω». Η συνολική συνάφεια ανέρχεται σε εξαιρετικά επίπεδα ($\alpha=0.95$) ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης φτάνει το 0.71. Η συνολική συνάφεια στην παρούσα έρευνα είναι μικρότερη της προαναφερθείσας ($\alpha=0.890$)

Το *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI, Hodgson and Rachman, 1977)* είναι ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς που μετρά ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, στις οποίες οι δυνατές απαντήσεις είναι «Ισχύει» ή «Δεν Ισχύει». Ο ανώτατος αριθμός απαντήσεων «Ισχύει» ενός ατόμου που ικανοποιεί πλήρως τα διαγνωστικά κριτήρια της ΨΚΔ είναι δεκαπέντε (15), δηλαδή ακριβώς οι μισές σε σχέση με τον συνολικό αριθμό ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες: 1. Έλεγχος (9 ερωτήσεις). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Συχνά πρέπει να ελέγξω διάφορα πράγματα (π.χ. ηλεκτρικό, βρύσες, πόρτες, κ.ά.) κατ' επανάληψη» ή «Δεν συνηθίζω να ελέγγω κάτι περισσότερο από μια φορά». 2. Πλύσιμο – Καθαριότητα (11 ερωτήσεις). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Αποφεύγω να χρησιμοποιώ τα δημόσια τηλέφωνα, λόγω πιθανής μόλυνσης» ή «Δεν ανησυχώ αδικαιολόγητα για μικρόβια και ασθένειες». 3. Βραδύτητα (7 ερωτήσεις). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Συχνά έχω κακές ή άσχημες σκέψεις, από τις οποίες δύσκολα απαλλάσσομαι» ή «Δεν μου παίρνει πολύ ώρα για να ντυθώ το πρωί». 4. Αμφιβολία (7 ερωτήσεις). Παράδειγμα ερωτήσεων: «Νιώθω έντονες ενοχές όταν σκέφτομαι να κάνω κάτι που δεν θεωρείται σωστό» ή «Συνήθως έχω σοβαρές αμφιβολίες για τα απλά, καθημερινά πράγματα που κάνω». Οι ερωτήσεις αυτές περιγράφουν τα πιο συχνά και κοινά παράπονα που έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με ΨΚΔ και αφορούν συμπεριφορές που σχετίζονται με την διαταραχή και όχι χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Το MOCI έχει βρεθεί ότι προσεγγίζει τους υποτύπους και την σοβαρότητα της ΨΚΔ και είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του ερευνητή ή του κλινικού ψυχολόγου που θέλει να προσεγγίσει όσο το δυνατόν πληρέστερα την κατάσταση του ατόμου αλλά και τις

πιθανές διαφοροποιήσεις αυτής της κατάστασης μετά από θεραπευτική παρέμβαση. Ο έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων που έγινε από τους ίδιους τους δημιουργούς του έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η συνάφεια για τις υποκλίμακες αλλά και η συνολική συνάφεια κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα (συντελεστής α από 0.7 έως 0.8), η αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης ανέρχεται στο 0.8 ενώ και η φαινομενική εγκυρότητα είναι υψηλή. Επίσης με διάφορους τρόπους ελέγχθηκε η τρέχουσα εγκυρότητα δίνοντας υψηλούς συντελεστές συσχέτισης. Η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα έδωσε συντελεστή αξιοπιστίας $\alpha=0.781$

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση τιμή, το εύρος και η τυπική απόκλιση της κάθε κλίμακας στο σύνολό της φαίνεται στον Πίνακα 1. Οι τιμές αυτές συμφωνούν με τις αντίστοιχες τιμές που οι ίδιες κλίμακες έδωσαν σε άλλες έρευνες, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις τις υπερβαίνουν. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες. Η μέση τιμή του MOCI για το δείγμα μας ήταν 10.17(Sd=4.86). Σε δείγμα φοιτητών η μέση τιμή ήταν 12.39(Sd=6,00) (Altin & Gencoz, 2011) και σε άλλη έρευνα 8.58(Sd=5.11) (Hajcak et al., 2004). Έχει δώσει επίσης μέση τιμή 18.86(Sd=4.92) για ψυχαναγκαστικούς ασθενείς και 9.27(Sd=5.43) για νευρωτικούς ασθενείς χωρίς ΨΚΔ (Hodgson & Rachman, 1977).

Το LSHS-R έδωσε μέση τιμή για το δείγμα μας 24.45(Sd=6.06). Σε άλλη έρευνα που ως δείγμα είχε φυσιολογικό πληθυσμό, όσοι συγκεντρώθηκαν στην κατηγορία «χαμηλή LSHS-R βαθμολογία» εμφάνισαν μέση τιμή 3.00(Sd=0.33) ενώ όσοι αποτέλεσαν την κατηγορία «υψηλή LSHS-R βαθμολογία» εμφάνισαν την τιμή 31.72(Sd=0.60) (Chhabra et al., 2011).

Για το CES-D η μέση τιμή ήταν 16.10(Sd=9.66). Οι μέσες τιμές σε δείγμα φυσιολογικού πληθυσμού, ανάλογα με την κατηγορία του δείγματος κάθε φορά, ήταν 12.13(Sd=7.58) και 14.13(Sd=9.35) (Van Dijk et al., 2010) ή 11.9(Sd=6.6) και 10.7(Sd=7.3) (Wu & Carter, 2008).

Εντυπωσιακά είναι τα αποτελέσματα που σχετίζονται με το OCI-R. Η μέση τιμή του OCI-R για το δείγμα μας ήταν 27.88(Sd=13.25). Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι υψηλή μέση τιμή για το OCI-R έχει επαναληφθεί σε έρευνα με στοιχεία από φυσιολογικό πληθυσμό στην ελληνική επικράτεια ($M=28.72$, $Sd=13.46$) (Αγγελάκης και Μέλλον, 2011). Το ίδιο ερωτηματολόγιο έδωσε μέση τιμή 27.02(Sd=13.22) για ασθενείς που έπασχαν από ΨΚΔ, 12.43(Sd=10.42) για ασθενείς που έπασχαν από άλλες αγχώδεις διαταραχές και 19.78(Sd=13.82) για το σύνολο του δείγματος (Abramowitz & Deacon, 2006). Αλλού (Abramowitz et al., 2007) έδωσε μέση τιμή 29.56(Sd=17.00) για ασθενείς που έπασχαν συγχρόνως από ΨΚΔ και Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ), 25.47(Sd=11.2) για ασθενείς που έπασχαν από ΨΚΔ και 26.69(Sd=13.2) για το σύνολο του δείγματος. Σε δείγμα που αποτελούσαν φοιτητές η μέση τιμή ήταν 11.95(Sd=9.30) (Hajcak et al., 2004).

Οι συσχετίσεις μεταξύ των ερωτηματολογίων στο σύνολό τους εμφανίζονται στον Πίνακα 2. Ξεκινώντας από την συσχέτιση μεταξύ των ερωτηματολογίων που μετρούν ψυχαναγκαστικά, καταναγκαστικά συμπτώματα ($r=0.632$) θα την θεωρήσουμε μάλλον ικανοποιητική, παρ' όλους τους περιορισμούς που συζητούνται παρακάτω, αν λάβουμε υπ' όψιν ότι αλλού ο συντελεστής συσχέτισης ανερχόταν μόλις στο 0.59 (Hajcak et al., 2004).

Για τους υπολοίπους συσχετισμούς θα αναφερθούν δεδομένα από έρευνες που χρησιμοποίησαν άλλες κλίμακες για να προσεγγίσουν κοινά συμπτώματα, καθώς δεν έχουμε υπ' όψιν αποτελέσματα από έρευνες που χρησιμοποίησαν τις ίδιες κλίμακες. Όσον αφορά στην συνύπαρξη στοιχείων της ΨΚΔ και της κατάθλιψης, το BDI (Beck's Depression Inventory) έχει δώσει συντελεστή συσχέτισης 0.58 και 0.25 σε συνάρτηση με τις υποκλίμακες που μετρούν τους ψυχαναγκασμούς και τους καταναγκασμούς αντίστοιχα του PI-R (Padua Inventory Revised). Το MOCI σε συνάρτηση με το BDI έχει δώσει συντελεστή συσχέτισης 0.39 (Altin & Gencoz, 2011). Σε σχέση με την συνύπαρξη στοιχείων της ΨΚΔ και της ψύχωσης, το Y-BOCS σε συνάρτηση με την υποκλίμακα που μετρά τα θετικά συμπτώματα της ψύχωσης έχει δώσει συντελεστή συσχέτισης 0.349 και 0.29 για το PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) και για το SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) αντίστοιχα. (Kayahan et al., 2005, Poyurosky et al., 2001). Η πρώτη μέτρηση αφορά σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και η δεύτερη σε ασθενείς που έπασχαν συγχρόνως από σχιζοφρένεια και ΨΚΔ. Οι Kim et al. (2006) δίνουν υψηλούς συντελεστές συσχέτισης για κλίμακες που μετρούν στοιχεία κατάθλιψης και ψύχωσης σε ασθενείς με ψύχωση. Οι συντελεστές κυμαίνονται από 0.528 έως 0.845 όταν συγκρίνεται το PANSS με κλίμακες που μετρούν στοιχεία κατάθλιψης (BDI, CDSS-Calgary Depression Scale for schizophrenia και HAM-D-Hamilton Rating Scale for Depression).

Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν συνδέσει την χρήση τιμωρίας ή την αρνητική ενίσχυση με φαινόμενα ψυχοπαθολογίας. Οι Mellon & Moutavelis (2011) αναφέρουν ότι συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τις αγχώδεις διαταραχές συνδέονται με εκπαιδευτικές τεχνικές των γονιών προς τα παιδιά. Συγκεκριμένα η χρήση τιμωρίας ή αρνητικής ενίσχυσης δίνει συντελεστές συσχέτισης που κυμαίνονται από το 0.17 έως το 0.35 σε σχέση με συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν έξι διαστάσεις παιδικών αγχωδών διαταραχών. Η τιμωρία και η αρνητική ενίσχυση σε συνάρτηση με την καταναγκαστική συμπεριφορά δίνει συντελεστή 0.25. Το CES-D σε συνάρτηση με τις υποκλίμακες του s-EMBU (short form of EMBU) που μετρούν την απόρριψη και την συναισθηματική ζεστασιά δίνει συντελεστή συσχέτισης 0.32 και -0.15 αντίστοιχα. Επίσης το CES-D σε συνάρτηση με το ELES (Early Life Experience Scale) δίνει συντελεστή συσχέτισης 0.39 (Gilbert et al., 2003). Αλλού ο συνδυασμός χαμηλής φροντίδας και υψηλού ελέγχου, όπως αυτά μετρώνται από το PBI (Parental Bonding Instrument) συσχετίζεται άμεσα με τις αγχώδεις διαταραχές ($r=0.43$) και με τις διαταραχές της διάθεσης ($r=0.31$) (Young et al., 2011).

Έλεγχος t-test που εφαρμόστηκε στα δεδομένα της παρούσης έρευνας έδειξε ότι το φύλο διαφοροποιεί τα αποτελέσματα που δίνουν τα OCI-R, LSHS-R, CES-D και MOCI αλλά όχι αυτά του HOP. Επίσης εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης για να διαπιστωθεί η επίδραση άλλων μεταβλητών. Φάνηκε ότι τα αποτελέσματα που δίνει το HOP δεν διαφοροποιούνται όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, την θρησκεία, τον υποκειμενικό βαθμό θρησκευτικότητας, το εισόδημα, το επάγγελμα ή τον τόπο κατοικίας.

Στο HOP εφαρμόστηκε παραγοντική ανάλυση με την μέθοδο του varimax και βρέθηκαν οκτώ παράγοντες, από τους οποίους στην περαιτέρω διερεύνηση ελήφθησαν υπ' όψιν οι επτά, διότι ο όγδοος αποτελείτο από μία μεταβλητή. Οι επτά παράγοντες με τις ονομασίες που τους δόθηκαν είναι οι εξής: **(1)**. Κοινωνική τιμωρία. Ερωτήσεις 13, 24, 25, 26, 27, 29, 30. **(2)**. Τιμωρητικοί γονείς. Ερωτήσεις 2, 5, 16, 18, 20. **(3)**. Ενισχυτικοί γονείς. Ερωτήσεις 6, 7, 19. **(4)**. Γενικευμένη τιμωρία. Ερωτήσεις 12, 15, 23. **(5)**. Τιμωρητικοί δάσκαλοι. Ερωτήσεις 8, 9, 17. **(6)**. Αίσθηση ευτυχισμένων παιδικών χρόνων. Ερωτήσεις 1, 3, 4. **(7)**. Γενικευμένη κοινωνική ενίσχυση. Ερωτήσεις 10, 14, 21. Οι συσχετίσεις του κάθε παράγοντα με τις κλίμακες δίνονται στον Πίνακα 3. Όπως φαίνεται, και οι τρεις διαταραχές, όπως μετρώνται από τις κλίμακες OCI-R, LSHS-R και CES-D, εμφανίζουν τις υψηλότερες συσχετίσεις με τους παράγοντες 4 (Γενικευμένη Τιμωρία) και 1 (Κοινωνική Τιμωρία). Αντίθετα η υψηλότερη αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται σε συνάρτηση με τον παράγοντα 6 (Αίσθηση ευτυχισμένων παιδικών χρόνων).

Για να μελετηθεί η επίδραση της τρέχουσας τιμωρίας σε σχέση με αυτήν που το άτομο έχει υποστεί στο παρελθόν, και ειδικά κατά την διάρκεια των παιδικών χρόνων, το HOP χωρίστηκε σε δύο μέρη και διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις του κάθε μέρους με τις κλίμακες των διαταραχών. Τα δύο μέρη είναι τα εξής: **(1)**. HOP-παρελθόν. Ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 29. $\alpha=0.821$. **(2)**. HOP-παρόν. Ερωτήσεις 12, 13, 14, 15, 23, 24, 25, 27, 28, 30. $\alpha=0.707$. Οι συσχετίσεις με τα OCI-R, LSHS-R και CES-D ήταν για το HOP-παρελθόν 0.212, 0.192, και 0.292 αντίστοιχα ενώ για το HOP-παρόν 0.291, 0.393, 0.441 αντίστοιχα. Προς περαιτέρω διερεύνηση δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή που αντιπροσωπεύει την διαφορά μεταξύ της τρέχουσας τιμωρίας και της τιμωρίας που το άτομο έχει υποστεί στο παρελθόν. Όσο μεγαλύτερη είναι αυτή η διαφορά, με την τρέχουσα τιμωρία να υπερिशύει, τόσο υψηλότερες είναι οι τιμές των υποκειμένων στις κλίμακες ($r=0.297, 0.349, 0.434$ για τα OCI-R, LSHS-R και CES-D αντίστοιχα).

Συνεχίζοντας, το HOP χωρίστηκε ξανά σε δύο μέρη. Το ένα αφορούσε στην τιμωρία που το άτομο έχει υποστεί από τους γονείς (HOP-γονείς. Ερωτήσεις 2, 3, 4, 5, 6, 7, 16, 18, 19, 20. $\alpha=0.807$) και από το ευρύτερο ή στενότερο κοινωνικό περιβάλλον (HOP-άλλοι. Ερωτήσεις 1, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. $\alpha=0.802$). Οι συσχετίσεις με τα OCI-R, LSHS-R και CES-D ήταν για το HOP-γονείς 0.119, 0.071 και 0.182 αντίστοιχα ενώ για το HOP-άλλοι 0.315, 0.391 και 0.445. Στον Πίνακα 4 δίνονται οι συσχετίσεις όλων των κλιμάκων με το HOP ως

σύνολο και με τα μέρη αυτού που προέκυψαν μετά από τον επιμερισμό του με βάση τα κριτήρια φαινομενικής εγκυρότητας που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
OCI-R	352	2,00	61,00	27,8835	13,24976
LSHS-R	352	16,00	46,00	24,4545	6,06782
HOP	352	,00	79,00	30,7102	14,41039
CES-D	352	,00	57,00	16,1080	9,66827
MOCI	352	,00	25,00	10,1705	4,86858
Valid N (listwise)	352				

Πίνακας 1. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των κλιμάκων. OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory- Revised. LSHS-R: Launey-Slade Hallucination Scale. HOP: History of Punishment. CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

Correlations

		OCI-R	LSH S-R	HOP	CES-D	MOCI
OCI-R	Pearson Correlation	1	,540**	,277**	,413**	,632**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	352	352	352	352	352
LSHS-R	Pearson Correlation	,540**	1	,305**	,471**	,454**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	352	352	352	352	352
HOP	Pearson Correlation	,277**	,305**	1	,399**	,259**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	352	352	352	352	352
CES-D	Pearson Correlation	,413**	,471**	,399**	1	,353**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	352	352	352	352	352
MOCI	Pearson Correlation	,632**	,454**	,259**	,353**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	352	352	352	352	352

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 2. Οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων. OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory-Revised. LSHS-R: Launey-Slade Hallucination Scale. HOP: History of Punishment. CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

		OCI-R	LSHS-R	CES-D	MOCI	HOP-TOTAL
1. Κοινωνική τιμωρία	Pearson	,176**		,211**	,147**	,429**
	Correlation		,242**			
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,007	,000
	N	328	328	328	328	328
2. Τιμωρητικοί γονείς	Pearson	,110*	,031	,093	,180**	,429**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,046	,571	,093	,001	,000
	N	328	328	328	328	328
3. Ενισχυτικοί γονείς	Pearson	,025	,092	-,022	,030	-,365**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,656	,096	,688	,593	,000
	N	328	328	328	328	328
4. Γενικευμένη τιμωρία	Pearson	,250**	,382**	,352**	,189**	,412**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,000
	N	328	328	328	328	328
5. Τιμωρητικοί δάσκαλοι	Pearson	,122*	,108	,068	,052	,332**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,027	,051	,217	,348	,000
	N	328	328	328	328	328
6. Ευτυχισμένα παιδικά χρόνια	Pearson	-,068	-,040	-,135*	-,020	-,328**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,219	,471	,014	,722	,000
	N	328	328	328	328	328
7. Κοινωνική ενίσχυση	Pearson	,063	,030	-,055	-,033	-,250**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,254	,593	,322	,548	,000
	N	328	328	328	328	328

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 3. Οι συσχετίσεις των 7 παραγόντων του HOP με τις κλίμακες των διαταραχών. OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory- Revised. LSHS-R: Launey-Slade Hallucination Scale. HOP-TOTAL: History of Punishment. CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

		HOP- PAST	HOP- PRESENT	HOP TOTAL	PRPUNISH	HOP_PARENT	HOP_OTHERS
OCI-R	Pearson	,212**	,291**	,277**	,297**	,119*	,315**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,026	,000
	N	352	352	352	352	352	352
LSH-R	Pearson	,192**	,393**	,305**	,349**	,071	,391**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,186	,000
	N	352	352	352	352	352	352
HOP-TOTAL	Pearson	,929**	,754**	1	,979**	,773**	,882**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	352	352	352	352	352	352
CES-D	Pearson	,292**	,441**	,399**	,434**	,182**	,445**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,001	,000
	N	352	352	352	352	352	352
MOCI	Pearson	,216**	,241**	,259**	,268**	,161**	,258**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,003	,000
	N	352	352	352	352	352	352

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Πίνακας 4. Οι συσχετίσεις των διαφόρων εκδοχών του HOP με τις υπόλοιπες κλίμακες. OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory- Revised. LSHS-R: Launey-Slade Hallucination Scale. HOP-TOTAL: History of Punishment. CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. MOCI: Maudsley Obsessive Compulsive Inventory. PRPUNISH: Η διαφορά τρέχουσας από τιμωρία παρελθόντος. HOP_PARENT: HOP-γονείς. HOP_OTHERS: HOP-άλλοι.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πράγματι η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε τις αρχικές μας υποθέσεις. Στοιχεία διαταραχών ανευρίσκονται σε φυσιολογικό – μη κλινικό πληθυσμό. Τα άτομα τα οποία συμπλήρωσαν τις κλίμακες που μετρούν συμπεριφορές χαρακτηριστικές της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (ΨΚΔ), της κατάθλιψης και της ψύχωσης αναφέρουν στοιχεία των διαταραχών αυτών σε επίπεδα που συμφωνούν και κάποιες φορές ξεπερνούν τα αντίστοιχα άλλων ερευνών. Η μέση τιμή που δίνει το MOCI (M=10.17, Sd=4.86) βρίσκεται ανάμεσα στις μέσες τιμές που δίνει σε έρευνες με φοιτητές (M=8.58 ή 12.39 και Sd=5.11 ή 6.00 αντίστοιχα) και πολύ κοντά στην μέση τιμή που σε άλλη έρευνα δίνουν μη-ψυχαναγκαστικά νευρωτικά υποκείμενα (M=9.27, Sd=5.43). Η μέση τιμή του LSHS-R (M=24.45, Sd=6.06) μοιάζει να είναι πολύ πιο κοντά στην μέση τιμή της ομάδας με υψηλή βαθμολογία στην αναφορά ψευδαισθήσεων (M=31.72, Sd=0.60) παρά στην αντίστοιχη της ομάδας με χαμηλή βαθμολογία (M=3.00, Sd=0.33). Η μέση τιμή του CES-D (M=16.10, Sd=9.66) κινείται σε υψηλότερα επίπεδα από αυτές ερευνών που αναφέρθηκαν παραπάνω και που κυμαίνονται από 10.7 (Sd=7.3) έως 14.13 (Sd=9.35). Εντύπωση προκαλούν τα αποτελέσματα του OCI-R. Η μέση τιμή του (M=27.88, Sd=13.25) είναι σχεδόν ίδια, ή και μεγαλύτερη, με την αντίστοιχη που δίνει σε άλλη έρευνα, όπου όμως τα υποκείμενα είναι άτομα που πάσχουν από ΨΚΔ (M=27.02, Sd=13.22), ενώ πλησιάζει πολύ την μέση τιμή που δίνουν πάσχοντες από ΨΚΔ και ΜΚΔ συγχρόνως (M=29.56, Sd=17.00). Όπως μάλιστα φαίνεται από τα ιστογράμματα του παραρτήματος, συμπεριφορές χαρακτηριστικές των τριών διαταραχών εμφανίζονται σε όλο το εύρος του δείγματος, σε διάταξη που πλησιάζει κατά πολύ αυτήν της κανονικής κατανομής. Το γεγονός αυτό στηρίζει την υπόθεση ενός continuum της συμπεριφοράς, του οποίου το ένα άκρο καταλαμβάνει η επονομαζόμενη «φυσιολογική» συμπεριφορά και το άλλο άκρο η αποκαλούμενη «ψυχοπαθολογική» συμπεριφορά. Όπως γίνεται φανερό από τις τιμές που αναφέρθηκαν παραπάνω, αλλά και από τα στοιχεία των υπολοίπων ερευνών που παρουσιάστηκαν, τα όρια δεν είναι τόσο ευδιάκριτα όσο θα περιμέναμε ή όσο θα μας διευκόλυνε. Υπό το φως όλων αυτών των στοιχείων η ερώτηση πότε μια συμπεριφορά κινείται στα όρια του ψυχοπαθολογικού ή αλλιώς τι μετατρέπει μια φυσιολογική συμπεριφορά σε ψυχοπαθολογική καθίσταται πράγματι καίρια. Και η απάντησή της δεν αφορά μόνο αυτόν που εμφανίζει την εν λόγω συμπεριφορά, αλλά όλο το πλαίσιο – επιστημονικό, θεραπευτικό, πολιτικό, κοινωνικό – που καλείται να απαντήσει.

Οι συντελεστές συσχέτισης του OCI-R με το CES-D και το LSHS-R (0.413 και 0.540 αντίστοιχα) συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες που δίνουν υψηλά ποσοστά συνύπαρξης της ΨΚΔ με την καταθλιπτική διάθεση και αυξημένη σύνδεση των ψυχαναγκασμών με τις, ακουστικές κυρίως, ψευδαισθήσεις. Μάλιστα οι συντελεστές αυτοί κινούνται σε υψηλότερα επίπεδα από τους αντίστοιχους που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Υψηλή συσχέτιση εμφανίζει επίσης το LSHS-R με το CES-D (0.471), συμφωνώντας με τις έρευνες που αναφέρουν την αυξημένη σύνδεση των δύο

διαταραχών. Η παρούσα συσχέτιση εμφανίζεται μικρότερη από τους συντελεστές του PANSS με άλλες κλίμακες κατάθλιψης, όπως αυτοί αναφέρθηκαν παραπάνω. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαφόρους παράγοντες, αλλά βασικός μάλλον είναι το γεγονός ότι η κλίμακα PANSS μετράει θετικά και αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ το LSHS-R μετρά αποκλειστικά (ακουστικές και οπτικές) ψευδαισθήσεις και βέβαια το δείγμα μας προέρχεται από φυσιολογικό πληθυσμό. Οι συσχετίσεις του MOCI με τα CES-D και LSHS-R (0.353 και 0.454) είναι μικρότερες από αυτές του OCI-R με τις ίδιες κλίμακες. Αυτό όμως θεωρείται συνεπές με το γεγονός ότι το MOCI εμφανίζει επίσης χαμηλότερο συντελεστή αξιοπιστίας από αυτόν του OCI-R. Γι' αυτόν τον λόγο λαμβάνονται κυρίως υπ' όψιν οι συντελεστές συσχέτισης του OCI-R με τις άλλες κλίμακες. Παρ' όλα αυτά και οι συσχετίσεις του MOCI κινούνται στην ίδια κατεύθυνση με αυτές του OCI-R. Και τα δύο εμφανίζουν υψηλότερη συσχέτιση με το R-LSHS σε σύγκριση με το CES-D. Έτσι τα συγκεκριμένα στοιχεία μοιάζουν να στηρίζουν προτάσεις άλλων ερευνών που προτείνουν ότι οι ψευδαισθήσεις συνδέονται στενά με τους ψυχαναγκασμούς, σε σημείο που κάποιες φορές μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε λάθος διάγνωση. Επίσης η υψηλή συσχέτιση με την κλίμακα που μετρά στοιχεία κατάθλιψης στηρίζει δεδομένα ερευνών που εμφανίζουν υψηλή συννοσηρότητα της ΨΚΔ με την κατάθλιψη. Βλέπουμε, δηλαδή, ότι οι συσχετίσεις ακολουθούν ένα παράλληλο δρόμο τόσο σε κλινικό όσο και σε μη κλινικό πληθυσμό. Στοιχεία συμπεριφοράς συνυπάρχουν ανεξάρτητα με το αν αυτή η συνύπαρξη θα κινηθεί στο κομμάτι εκείνο του continuum που πλησιάζει την ψυχοπαθολογία ή όχι. Και μάλιστα συνυπάρχουν εμφανίζοντας κοινά πρότυπα σε όλη την έκταση του continuum της συμπεριφοράς.

Το HOP δίνει υψηλές συσχετίσεις με τις κλίμακες που μετρούν χαρακτηριστικές συμπεριφορές και των τριών διαταραχών (από 0.277 έως 0.399). Δεν μπορεί να γίνει άμεση σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, καθώς οι μεταβλητές έχουν ορισθεί με διαφορετικό τρόπο στην καθεμία. Επίσης οι κλίμακες των ερευνών που αναφέρθηκαν μέχρι τώρα αναζητούν την τιμωρία στο οικογενειακό περιβάλλον και κυρίως την χρήση της από τους γονείς κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Το HOP ενσωματώνει μεταβλητές που αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον και καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα των ερευνών μοιάζουν να συγκλίνουν. Τα άτομα που τείνουν να αναφέρουν χαρακτηριστικές συμπεριφορές των τριών διαταραχών τείνουν επίσης να αναφέρουν αρνητικές εμπειρίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η χαμηλότερη συγκριτικά συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του HOP και του OCI-R ($r=0.277$). Αυτό μοιάζει να συμφωνεί με στοιχεία από την έρευνα των Mellon και Moutavelis (2011) σχετικά με συμπεριφορές χαρακτηριστικές των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Η συγκεκριμένη έρευνα προτείνει ότι ίσως στην ανάπτυξη συμπεριφορών χαρακτηριστικών της ΨΚΔ εμπλέκεται η θετική ενίσχυση που παίρνει μορφές αυξημένων γονεϊκών παρεμβάσεων και διαμόρφωσης υψηλών κριτηρίων. Η υπερπροστατευτικότητα εξάλλου και ο αυξημένος έλεγχος έχει επανειλημμένα προταθεί ως παράμετρος που συντελεί στην ανάπτυξη της ΨΚΔ. Το γεγονός ότι το HOP δεν ενσωματώνει τέτοιου τύπου μεταβλητές μπορεί να εξηγήσει τον χαμηλότερο

συγκριτικά δείκτη συσχέτισης με τα ερωτηματολόγια που μετρούν συμπεριφορές χαρακτηριστικές της ΨΚΔ, δηλαδή το OCI-R και το MOCI.

Εντύπωση προκαλούν τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Οι παράγοντες που εμφανίζουν την πιο υψηλή συσχέτιση και με τις τρεις κλίμακες που μετρούν τις διαταραχές είναι ο τέταρτος, που περιγράφει μια γενικευμένη τιμωρία από το κοινωνικό περιβάλλον, και ο πρώτος, που περιγράφει τιμωρία της κοινωνικής συνδιαλλαγής και δραστηριότητας. Ο παράγοντας που πρώτος συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις υπόλοιπες κλίμακες είναι ο έκτος, που περιγράφει μια αίσθηση ότι το περιβάλλον των παιδικών χρόνων ήταν ευτυχισμένο, υποστηρικτικό, ενισχυτικό. Συνηγορώντας προς την ίδια κατεύθυνση, οι συσχετίσεις του HOP-άλλοι και HOP-παρόν με τις τρεις κλίμακες είναι υψηλότερες από αυτές του HOP-γονείς και HOP-παρελθόν αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν την θεώρηση της συμπεριφοράς ως συνεχώς και συνεπώς διαμορφούμενης. Τα βιώματα της παιδικής ηλικίας είναι πολύ σημαντικά για την διαμόρφωση αποτελεσματικής συμπεριφοράς, όπως δείχνει η αρνητική συσχέτιση του έκτου παράγοντα με τις τρεις κλίμακες, αλλά η συμπεριφορά εξακολουθεί να διαμορφώνεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής, διαμορφώνεται στο παρόν του ατόμου και σε συνάρτηση με το σύνολο του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Προς ενίσχυση των παραπάνω, η μεταβλητή PRPUNISH δίνει επίσης υψηλές συσχετίσεις με τις τρεις κλίμακες. Ανεξάρτητα με τον βαθμό τιμωρίας που το άτομο αναφέρει ότι έχει υποστεί στο παρελθόν και το παρόν, όσο η διαφορά υπέρ της τρέχουσας τιμωρίας μεγαλώνει, τόσο αυξάνονται οι βαθμολογίες που δίνουν οι κλίμακες.

Επαναλαμβάνοντας, λοιπόν, τις προτάσεις μιας σειράς πειραματικών δεδομένων, μπορούμε να υποθέσουμε ότι το τιμωρητικό πλαίσιο ίσως αποτελεί ένα σύνθετο πλαίσιο διακριτικών ερεθισμάτων που προξενούν ακριβώς αποτελεσματικές συμπεριφορές. Μόνο που η αρχή της γενίκευσης των ερεθισμάτων ή ο αποκλεισμός άλλων ασυμβίβαστων προς τις προηγούμενες δράσεων διαμορφώνουν στο άτομο ένα ρεπερτόριο συμπεριφοράς που καταλήγει αναποτελεσματικό για την λειτουργικότητά του ή για το είδος των συνδιαλλαγών που το φέρνουν σ' επαφή με τις χαρές της ζωής.

Βάσει όλων αυτών των στοιχείων έχει ίσως ενδιαφέρον να ξανακοιτάξουμε τα εντυπωσιακά αποτελέσματα που έδωσε το OCI-R. Το δείγμα των 352 Νεοελλήνων – όπως και αυτό των 561 Νεοελλήνων της έρευνας των Αγγελάκη και Μέλλον (2011) – εμφάνισε πολύ υψηλή μέση τιμή, αντίστοιχη με αυτή που άλλες έρευνες δίνουν για δείγματα που αποτελούνται από πάσχοντες σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια για την ΨΚΔ. Αν πράγματι, σύμφωνα με την υπόθεση της παρούσης έρευνας, η παροχή τιμωρίας είναι μια βασική μεταβλητή στην ανάπτυξη χαρακτηριστικών συμπεριφορών της ΨΚΔ, ανακύπτει ως ενδιαφέρον ερώτημα το είδος της τιμωρίας που παρέχεται στους Έλληνες μέσα από τις κοινωνικές και ιστορικές συνθήκες της εποχής τους. Παράγοντες, όπως τα πρότυπα οικογενειακής οργάνωσης (που ποικίλες κοινωνικές και ανθρωπολογικές έρευνες τα παρουσιάζουν ως σύνθεση αποτρεπτικού ελέγχου, υπερπροστατευτικότητας και αυξημένης γονεϊκής παρέμβασης ακόμη και στα στάδια της ενήλικης ζωής), τα υψηλά κριτήρια που θέτει η καθυστερημένη σε

σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη μετάβαση από μια αγροτική σε μια μεταβιομηχανική – αστική οργάνωση της κοινωνίας ή τα αυξημένα απειλητικά ερεθίσματα της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας, ίσως καθιστούν κατά ένα μεγάλο μέρος κατανοητή την αρχικά παράξενη τάση προς στοιχεία χαρακτηριστικά της ΨΚΔ η οποία εμφανίζεται στο δείγμα μας. Φυσικά και δεν είναι πρόθεση της παρούσης έρευνας να προτείνει κοινωνιοψυχολογικές ή κοινωνιολογικές ερμηνείες. Δεν παύει όμως το δείγμα των ατόμων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια να αλληλεπιδρά με ένα περιβάλλον που, εκτός των διαφορών που για τον καθέναν ξεχωριστά παρουσιάζει, ενσωματώνει και μια ποικιλία κοινών στοιχείων ή, χρησιμοποιώντας άλλο όρο, κοινών διακριτικών ερεθισμάτων.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Η παρούσα έρευνα σαφώς διέπεται από ποικίλους περιορισμούς. Το δείγμα από το οποίο προέρχονται τα δεδομένα συγκροτήθηκε με βάση το κριτήριο της διαθεσιμότητας και προσφορότητας (συμπτωματική δειγματοληψία) και όχι βάσει στατιστικής τυχαίας δειγματοληψίας. Επίσης για ασφαλέστερα αποτελέσματα θα ήταν αναγκαίος μεγαλύτερος αριθμός ατόμων. Και βέβαια δεν ξεχνάμε ότι τα δεδομένα βασίζονται σε αυτό-αναφορές, πράγμα που δεν διασφαλίζει την γνώση μας για τα πραγματικά επίπεδα των φαινομένων που καταγράφονται.

Η ελληνική μετάφραση του MOCI δεν εμφανίζει ικανοποιητική αξιοπιστία ($\alpha=0.781$) σε σύγκριση με το OCI-R και για αυτόν τον λόγο τα αποτελέσματα που έδωσε δεν ελήφθησαν ιδιαίτερα υπ' όψιν στα συμπεράσματα που συζητήθηκαν παραπάνω. Οι επιμερισμοί του HOP σε HOP-παρόν/ HOP-παρελθόν και HOP-γονείς/ HOP-άλλοι είναι θεωρητικοί και οι βαθμοί αξιοπιστίας που δίνουν (από 0.707 έως 0.821) κρίνονται από μέτριο έως ικανοποιητικοί για την παρούσα έρευνα.

Επίσης κάποιοι συσχετισμοί των παραγόντων που προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση του HOP με τις κλίμακες που μετρούν στοιχεία από την κάθε διαταραχή γίνονται σε επίπεδο σημαντικότητας μεγαλύτερο του 0.05, πράγμα που δεν μας επιτρέπει να έχουμε μεγάλη εμπιστοσύνη στα επιμέρους συμπεράσματά μας. Παρ' όλα αυτά οι συσχετισμοί που συζητήθηκαν ως τώρα είναι κατά κύριο λόγο εκείνοι που γίνονται σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 ή 0.05.

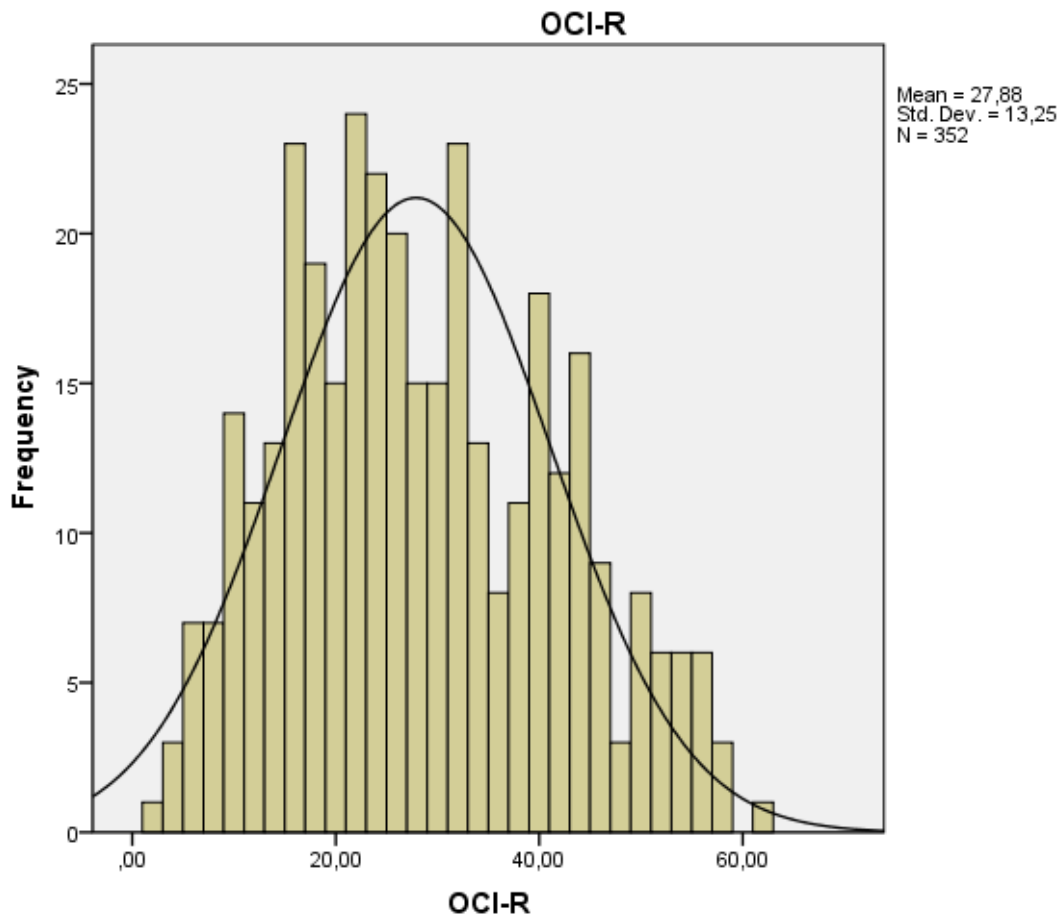
Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς η παρούσα έρευνα παρέχει αρκετές ενδείξεις ότι η χρήση τιμωρίας αποτελεί ένα ερευνητικό πλαίσιο εντός του οποίου μπορούν να γίνουν κατανοητές ποικίλες αποκλίνουσες συμπεριφορές, είτε ο βαθμός του αποκλίνοντος κριτηρίου κυμαίνεται εντός των ορίων της φυσιολογικής συμπεριφοράς είτε εκτός αυτών, οπότε και μιλάμε για φαινόμενα ψυχοπαθολογίας. Το πολύ ενδιαφέρον στοιχείο που ανέκυψε είναι αυτό της επίδρασης που έχει στην συμπεριφορά η διαρκής τιμωρία. Τα δεδομένα της παρούσης έρευνας προτείνουν ότι η τιμωρία είναι ένα φαινόμενο καθολικό που εκτείνεται σε όλες τις ηλικίες, ανεξαρτήτως φύλου, οικογενειακής ή οικονομικής κατάστασης και μορφωτικού

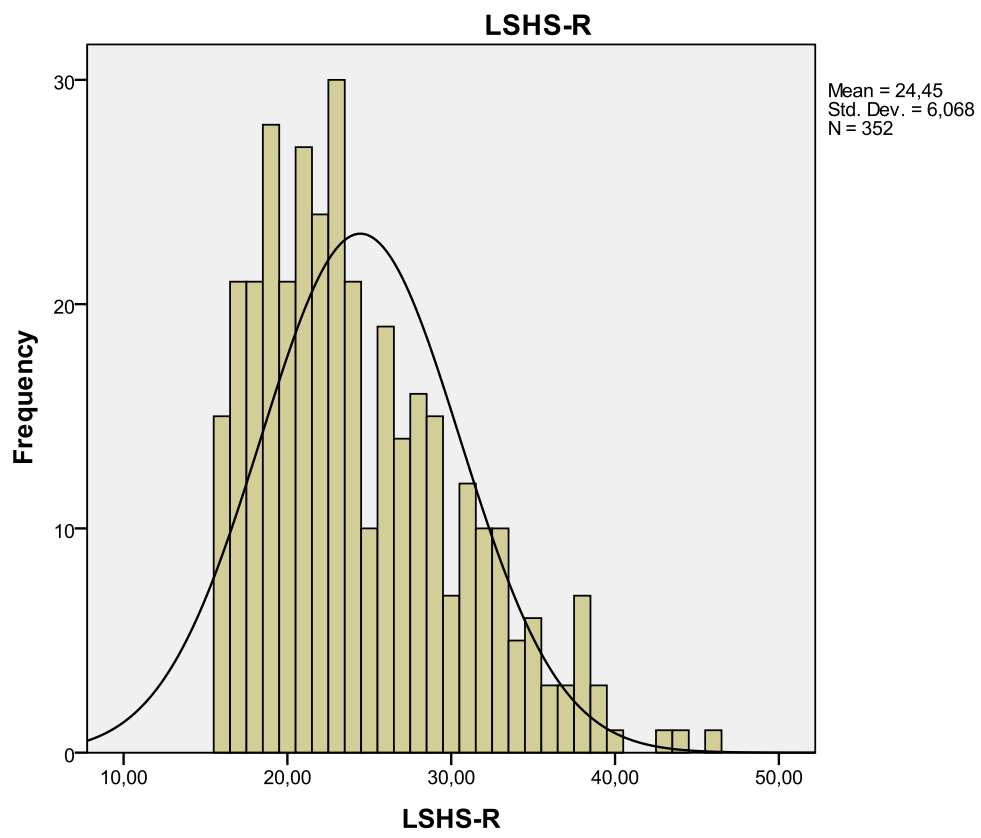
επίπεδου. Και ενώ είναι σημαντικά τα βιώματα των παιδικών χρόνων, εξίσου σημαντικά είναι τα βιώματα του ατόμου σε όλη την διάρκεια της ζωής του. Το γεγονός ότι οι αναφορές αποκλίνουσας συμπεριφοράς αυξάνονται όσο αυξάνονται τα επίπεδα της αναφερομένης ως τρέχουσα τιμωρία στηρίζει την υπόθεση ότι η συμπεριφορά του ατόμου, σε όποιο σημείο του συνεχούς μεταξύ φυσιολογικού και ψυχοπαθολογικού κι αν βρίσκεται, είναι το αποτέλεσμα διαρκούς αλληλεπίδρασης του ατόμου με παράγοντες του περιβάλλοντός του. Επίσης μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι επεμβαίνοντας σε αυτές τις αλληλεπιδράσεις και παρέχοντας περισσότερο ενισχυτικά για επιθυμητές δράσεις ερεθίσματα, είναι πιθανόν να διαπιστώσουμε ότι συμπεριφορές που θεωρούνται τυπικές κάποιας διαταραχής τελικά μπορούν να διαφοροποιηθούν και να κινηθούν στα επίπεδα του φυσιολογικού, όπως ακριβώς και οι φυσιολογικές μπορούν να κινηθούν στα επίπεδα του ψυχοπαθολογικού.

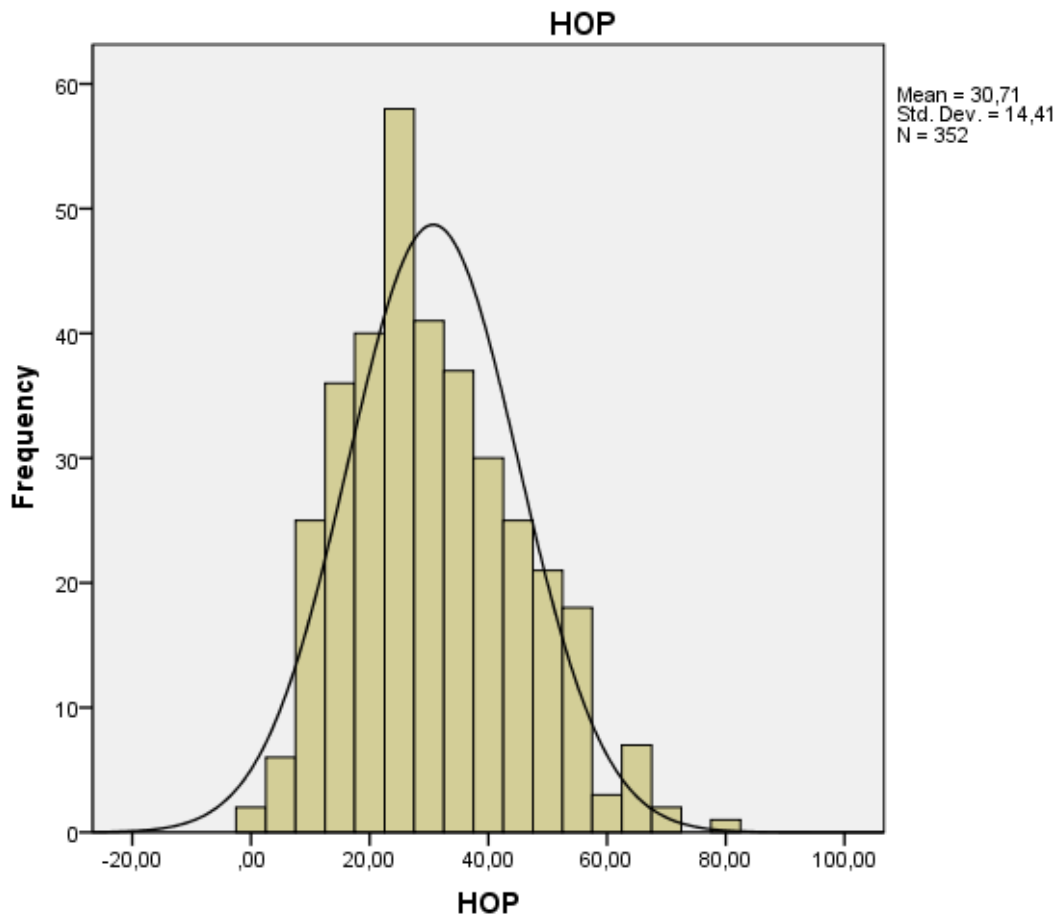
Αν η τρέχουσα τιμωρία είναι τόσο σημαντική στην διαμόρφωση αποκλινουσών συμπεριφορών, δεν μπορούμε παρά να αναρωτηθούμε πόσο συμβάλλει η τιμωρία των ήδη πασχόντων από κάποια διαταραχή στην διατήρηση αυτής της διαταραχής. Ακριβώς επειδή η τιμωρία αποτελεί καθολικό φαινόμενο, μπορούμε να είμαστε σχεδόν βέβαιοι ότι παρέχεται σε όλα τα πλαίσια, ακόμη και σε αυτά τα θεραπευτικά. Η ερευνητική αναζήτηση του τύπου των αρνητικών ενισχυτών που παρέχονται σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο και η σταδιακή και συστηματική διαμόρφωση της συμπεριφοράς μέσα από θετική ενίσχυση ίσως έχει να μας δώσει πληροφορίες σχετικά με αυτό το ερώτημα και προτάσεις για περισσότερο αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

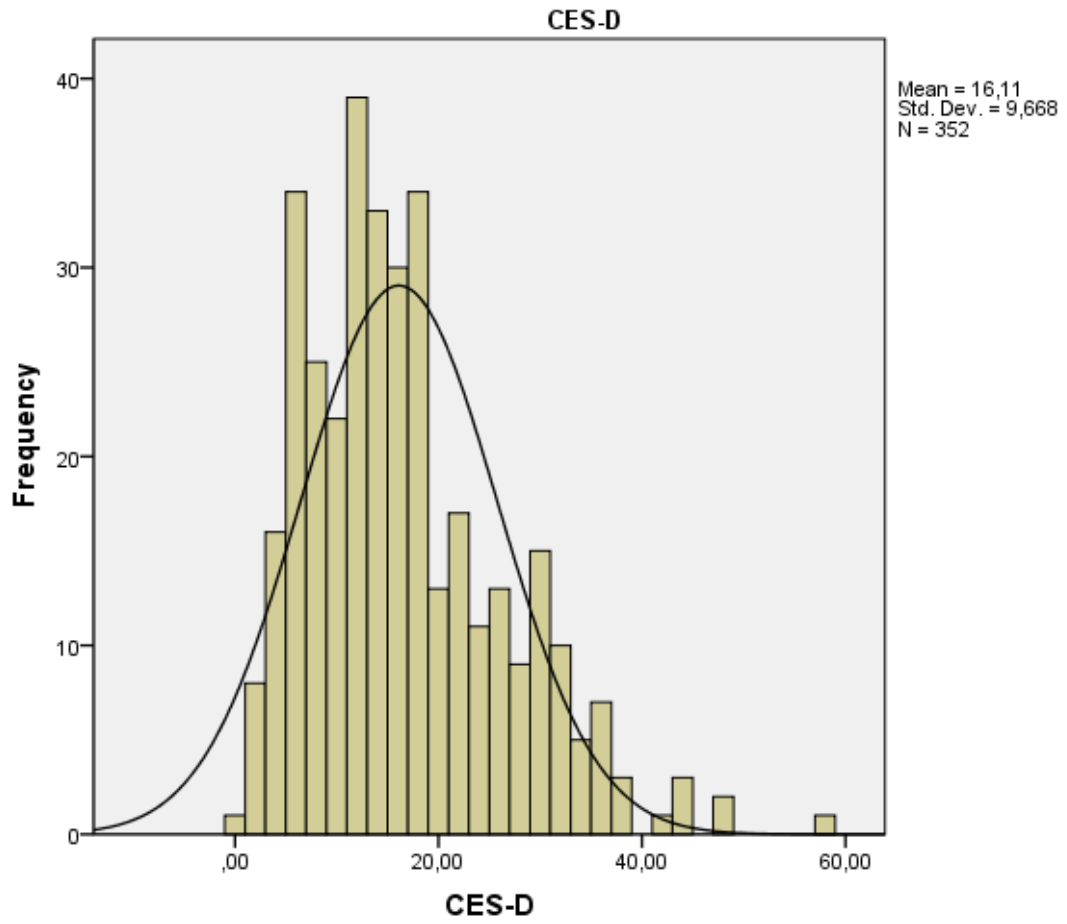
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

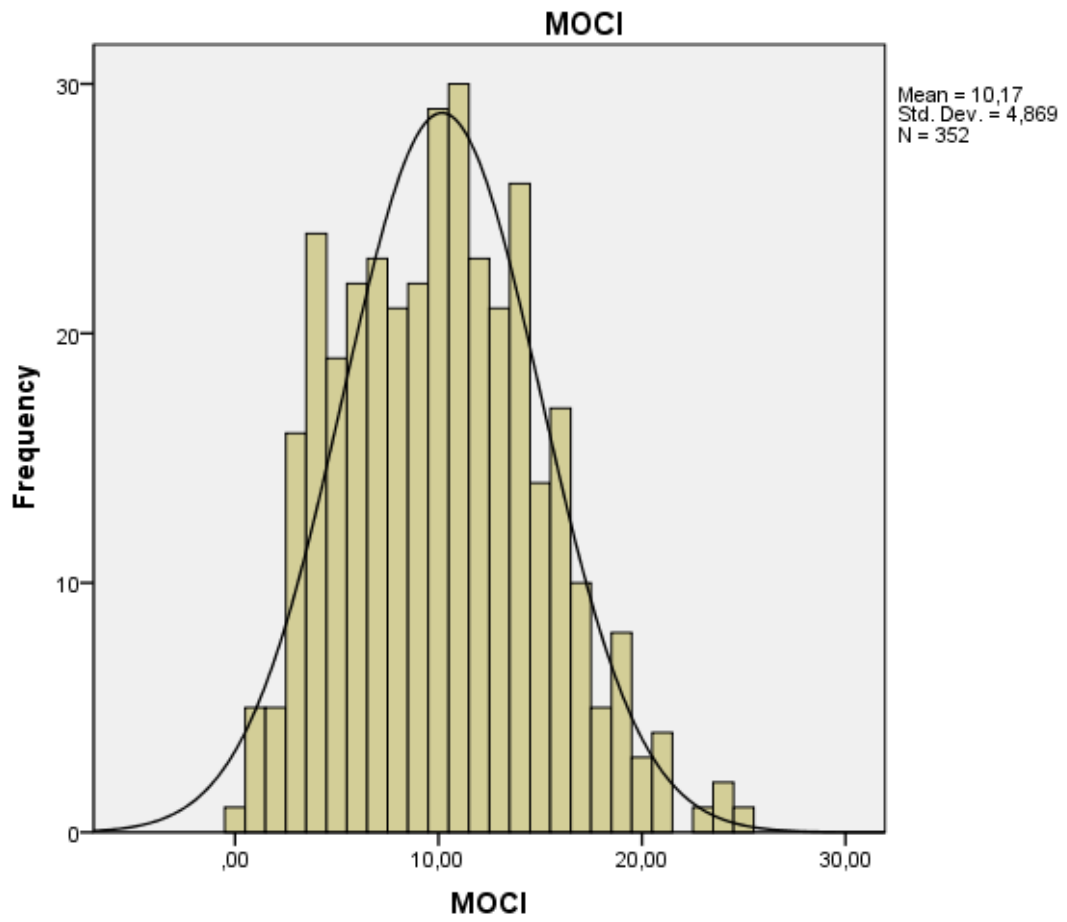
Τα ιστογράμματα των πέντε κλιμάκων της έρευνας











Βιβλιογραφικές πηγές και αναφορές

- Abramowitz, J.S., Storch, E.A., Keely, M., Cordell, E. (2007). Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2257-2267
- Abramowitz, J.S. & Deacon, B.J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Anxiety Disorders*, 20, 1016-1035
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., Lieb, R. (2011). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Article in Press, 1-11
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., Mataix-Cols, D. (2010). *Comprehensive Psychiatry*, 51, 193-200
- Altin, M. & Gencoz, T. (2011). How does Thought-Action Fusion relate to responsibility attitudes and thought suppression to aggravate the obsessive-compulsive symptoms; *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 99-114
- Aouizerate, B., Guehi, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. A necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in Neurobiology*, 72, 195-221
- Belloch, A., Morillo, C., Garcia-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder; *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89
- Bhar, S. S. & Kyrios, M. (2005). Obsessions and compulsions are associated with different cognitive and mood factors. *Behaviour Change*, 22(2), 81-96
- Boyette, L., Swets, M., Meijer, C., Wouters, L. (2011). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) in a large sample of patients with schizophrenia or related disorders and comorbid obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry Research*, 186, 409-413
- Braithwaite, J.J., Samson, D., Apperly, I., Brogna, E., Hulleman, J. (2011). Cognitive correlates of the spontaneous out-of-body experience (OBE) in the psychologically normal population: evidence for an increased role of temporal-lobe instability, body-distortion processing and impairments in own-body transformations. *Cortex*, 47, 839-853
- Centonze, D., Siracusano, A., Calabresi, P., Bernardi, G. (2005). Long-term potentiation and memory processes in the psychological works of Sigmund Freud and in the formation of neuropsychiatric symptoms. *Neuroscience*, 130, 559-565

- Chhabra, S., Badcock, J.C., Maybery, M.T., Leung, D. (2011). Context binding and hallucination predisposition: evidence of intact intentional and automatic integration of external features. *Personality and Individual Differences, 50*, 834-839
- Cisler, J.M., Olatunji, B.O., Lohr, J.M. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: a critical review. *Clinical Psychology Review, 29*, 34-46
- Crino, R. D. & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Anxiety Disorders, 10(1)*, 37-46
- Cripwell, C. (2011). Finding the depressed object in the obsessional: a clinical study. *The International Journal of Psychoanalysis, 92*, 117-133
- Fairbrother, N., Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk for the development of obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2155-2163
- Fineberg, N. A., Fourie, H., Gale, T. M., Sivakuraman, Th. (2005). Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): Symptomatic differences to major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 87*, 327-330
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 821-829
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S.G., Sitzoglou, K., Kaprinis, G., Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties in the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry, 1*, art. no. 3
- Gangdev, P. (2002). The relationship between obsessive-compulsive disorder and psychosis. *Australian Psychiatry, 10(4)*, 405-410
- Garcia-Montes, J.M., Perez-Alvarez, M., Soto Balbuena, C., Perona Garcelan, S., Cangas, A.J. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behaviour Research and Therapy, 44(8)*, 1091-1104
- Gilbert, P., Cheung, M.S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 108-115
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I., Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders, 19*, 767-779
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 115-123

- Hodgson, R.J. & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395
- Hou, S.Y., Yen, C.F., Huang, M.F., Wang, P.W., Yeh, Y.C. (2010) Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(8), 397-407
- Joel, D., & Hersen, M. (2001). Excessive lever pressing following post-training signal attenuation in rats: A possible animal model of obsessive compulsive disorder; *Behavioural Brain Research*, 123, 77-87
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099
- Kayahan, B., Ozturk, O., Veznedaroglu, B., Eraslan, D. (2005). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 291-295
- Kim, S-W., Kim, S-J., Yoon, B-H., Kim, J-M., Shin, I-S., Hwang, M.Y., Yoon, J-S., (2006). Diagnostic validity of assessment scales for depression in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 144, 57-63
- Klimidis, S., Minas, I.H., Ata, A.W., Stuaert, G.W. (1992). Construct validation in adolescents of the brief current form of the Parental Bonding Instrument. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6), 378-383
- Likerman, H. & Rachman, S. J. (1980). Spontaneous decay of compulsive urges: Cumulative effects. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 387-394
- Lydiard, R. B. (1994). Obsessive-compulsive disorder: a new perspective in diagnosis and treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 9(3), 33-37
- Maiano, Ch., Morin, A. J. S., Begarie, J. (2011). The Center for Epidemiological Depression Scale: Factor validity and reliability in a French sample of adolescents with Intellectual Disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1872-1883
- Mann, N., Whitfield, G. (2009). An introduction to cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. *Foundation Years*, 5(1), 25-27
- Mataix-Cols, D., Junque, C., Vallejo, J., Sanchez-Turet, M., Verger, K., Barrios, M. (1997). Hemispheric functional imbalance in a sub-clinical obsessive-compulsive sample assessed by the Continuous Performance Test, Identical Pairs version. *Psychiatry Research*, 72, 115-126
- Mellon, R.C., Moutavelis, A.G., (2011). Parental educational practices in relation to children's anxiety disorder-related behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 829-834

- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Moini, R. (2007). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depression and Anxiety, 24*, 602-607
- Moritz, S. & vonMuhlenen, A. (2008). Investigation of an Attentional Bias for Fear-Related Material in Obsessive-Compulsive Checkers. *Depression and Anxiety, 25*, 225-229
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjibar, S., Jelinek, L. (2011). Was Freud partly sight in obsessive-compulsive disorder (OCD); Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research, 187*, 180-184
- Moritz, S., Peters, M. J. V., Laroï, F., Lincoln, T. M. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuropsychiatry, 15*(6), 531-548
- Morrison, A.P., Wells, A., Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 67-78
- Najmi, S., Hindash, A.C., Amir, N. (2010). Executive control of attention in individuals with contamination-related obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety, 27*, 807-812
- Najmi, S., Kuckertz, J.M., Amir, N. (2010). Automatic avoidance tendencies in individuals with contamination-related obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 1058-1062
- Nakata, A., Irie, M., Takahashi, M. (2011). Psychological distress, depressive symptoms and cellular immunity among healthy individuals: A 1-year prospective study. *International Journal of Psychophysiology, Article in Press*
- Nanbu, M., Kurayama, T., Nakazawa, K., Matsuzawa, D., Komiya, Z., Haraguchi, T., Ogura, H., Hashimoto, T., Yoshida, S., Iyo, M., Shimizu, E. (2010). Impaired P50 suppression in fear extinction in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 34*, 317-322
- Nurnberg, H. G., Keith, S. J., Paxton, D. M. (1997). Consideration of the Relevance of Ethological Animal Models for Human Repetitive Behavioral Spectrum Disorders. *Biological Psychiatry, 41*, 226-229
- O'Connor J. J. (2008). A flaw in the fabric. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 38*, 87-96
- Oades, R. D., Zimmermann, B., Eggers, C. (1996). Conditioned blocking in patients with paranoid, non-paranoid psychosis or obsessive compulsive disorder: Associations with symptoms, personality and monoamine metabolism. *Journal of Psychiatric Research, 30*, 369-390
- Olatunji, B.O., Unoka, Z.S., Beran, E., David, B., Armstrong, T. (2009). Disgust sensitivity and psychopathological symptoms: distinctions from harm avoidance.

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31, 137-142

Pace, S. M., Thwaites, R., Freeston, M. H. (2011). Exploring the role of external criticism in Obsessive Compulsive Disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 361-370

Parkinson, L. & Rachman, S. (1980). Are intrusive thoughts subject to habituation; *Behaviour Research and Therapy*, 18, 409-418

Pertusa, A., Frost, J.O., Fullana, M.A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., Saxena, S., Leckman, J.F., Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 371-386

Poyurosky, M., Hramenkov, S., Isakov, V., Rauchverger, B., Modai, I., Schneidman, M., Fuchs, C., Weizman, A. (2001). Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Research*, 102, 49-57

Preti, A., Bonventre, E., Ledda, V., Pertretto, D.R., Masala, C. (2007). Hallucinatory experiences, delusional thought proneness and psychological distress in a nonclinical population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 484-491

Purdon, C. & Clark, D.A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1163-1181

Rachman, S. & DeSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60

Rachman, S. (a). (1991). A psychological approach to the study of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 11, 461-464

Rachman, S. (b). (1991). Neo-Conditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11, 155-173

Rachman, S. (1993). A critique of cognitive therapy for Anxiety Disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(4), 279-288

Rachman, S. (1994). The overprediction of fear: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 32(7), 683-690

Rachman, S., Cobb, J., Grey, S., McDonald, B., Mawson, D., Sartory, G., Stern, R. (1979). The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders, with and without clomipramine. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 467-478

Rheaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., Vallieres, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors; *Behaviour Research and Therapy*, 38, 119-128

Rheaume, J., Freeston, M. H., Leger, E., Ladouceur, R., (1998). Bad luck: an underestimated factor in the development of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(1), 1-12

Rosellini, A.J. & Brown, T.A. (2011). The NEO Five-Factor Inventory: latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment*, 18(1), 27-38

Salkovskis, P. M. & Westbrook, D. (1989). Behaviour Therapy and Obsessional Ruminations: Can Failure be turned into Success; *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52

Salkovskis, P. M. (2004). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 3(6), 68-72

Sartory, G., Master, D., Rachman, S. (1989). Safety-signal therapy in agoraphobics: a preliminary test. *Behaviour Research and Therapy*, 27(2), 205-209

Sinacola, R.S., Peters-Strickland, T. (2008). *Βασική ψυχοφαρμακολογία για ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές*. Αθήνα: Gotsis

Speckens, A. E. M., Hackmann, A., Ehlers, A., Cuthbert, B. (2007). Imagery special issue: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 411-422

Storch, E.A., Merlo, L.J., Keeley, M.L., Grabill, K., Milsom, V.K., Geffken, G.R., Ricketts, E., Murphy, T.K., Goodman, W.K. (2008). Somatic symptoms in children and adolescent with obsessive-compulsive disorder: associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral therapy response. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 283-297

Swerdlow, N. R., Hartston, H. J., Hartman, P. L. (1999). Enhanced visual latent inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 45(4), 482-488

Szechtman, H. & Woody, E.Z. (2006). Obsessive-compulsive disorder as a disturbance of security motivation: constraints on comorbidity. *Neurotoxicity Research*, 10(2), 103-112

Tilghman-Osborne, C., Cole, D.A., Felton, J.W. (2010). Definition and measurement of guilt: implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 536-546

Todorov, C., Freeston, M.H., Borgeat, F. (2000). On the pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: is a consensus possible? *Canadian Journal of*

Psychiatry, 45(3), 257-262

Tolin, D.F., Meunier, S.A., Frost, R.O., Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationships to life events. *Depression and Anxiety*, 27, 829-838

Tolin, D.F., Worhunsky, P., Maltby, N. (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 193-205

Towey, J., Bruder, G., Tenke, C., Leite, P., DeCaria, C., Friedman, D., Hollander, E. (1993). Event-related potential and clinical correlates of neurodysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 49, 167-181

Turgeon, L., O'Connor, K. P., Marchand, A., Freeston, M. H. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 310-316

Twohig, M.P. (2009). The application of Acceptance and Commitment Therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 18-28

Van Dael, F., Van Os, J., de Graaf, R., ten Have, M., Krabbendam, L., Myin-Germeys, I. (2011). Can obsessions drive you mad; Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 136-146

Van den Hout, M., Kindt, M., Luigjes, J., Marck, C. (2007). Compulsive perseveration: Empirical criticism on the mood-as-input model. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1221-1230

Van Dijk, T., Agyemang, Ch., de Wit, M., Hosper, K. (2010). The relationship between perceived discrimination and depressive symptoms among young Turkish-Dutch and Moroccan-Dutch. *European Journal of Public Health*, 21(4), 477-483

Woody, S. & Rachman, S. (1994). Generalized Anxiety Disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. *Clinical Psychology Review*, 14(8), 743-753

Wu, K.D. & Carter, S.A. (2008). Specificity and structure of obsessive-compulsive disorder symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 641-652

Young, R., Lennie, S., Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 889-897

Αγγελάκης, Ι., & Μέλλων, Ρ. (2011). Η κατασκευή και ανάλυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων μιας κλίμακας μέτρησης του ιστορικού τιμωρίας. *13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*

Μάνου, Ν. (2008). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Μέλλον, Ρ. (2007). *Ψυχολογία της Συμπεριφοράς*. Αθήνα: Τόπος