ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Διατροφή»

«Μωϋσάκη Μαρία – Άννα» ΑΜ: 2204

Επιβλέπων/επουσα: «Χαρωνιτάκη Αικατερίνη»

ΣΗΤΕΙΑ, «Σεπτέμβριος» «2019»

HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS

THESIS

for the Undergraduate Degree

«Obsessive-Compulsive Disorder / Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Nutrition»

EDITORS: «Moysaki Maria - Anna» YD: 2204

SUPERVISOR: «Haronitaki Katherine»

SITIA «September» «2019»

Ευχαριστίες

Οφείλω να ευχαριστήσω τα άτομα που έλαβαν καθοριστικό ρόλο στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας στα πλάισια των σπουδών μου.

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και την εκτίμηση μου απέναντι στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, κα. Χαρωνιτάκη Αικατερίνη για την καθοδογήση που μου προσέφερε και την άψογη συνεργασία που είχαμε.

Τέλος, να ευχαριστήσω θερμά τα άτομα από το οικογενιακό και φιλικό μου περιβάλλον που με στήριξαν στην προσπάθεια μου καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αποτελεί μια διαταραχή άγχους, η οποία χαρακτηρίζεται από τη παρουσία ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών. Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας αφορά μια διαταραχή προσωπικότητας, η οποία αφορά κυρίως ένα τελειομανιστικό τρόπο ζωής. Και οι δυο διαταραχές επηρεάζουν σημαντικά τη καθημερινότητα του ατόμου, και κερδίζουν συνεχώς έδαφος στην επιστημονική κοινότητα. Σημαντική αποτελεί η στενή σχέση αυτών που εντοπίζεται συχνά με τις διάφορες διατροφικές διαταραχές, όπως αποδεικνύεται για παράδειγμα μέσω της κοινής συμπτωματολογίας, αιτιολογίας ή ακόμα και θεραπείας τους, καθώς και με τις διατροφικές συνήθειες γενικότερα.

Λέξεις – Κλειδιά

ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας, ψυχαναγκασμός, καταναγκασμός, τελειομανία, διατροφικές διαταραχές

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder is an anxiety disorder characterized by the presence of obsessions and compulsions. Obsessive Compulsive Personality Disorder refers to a personality disorder, which mainly concerns a perfectionistic life style. Both disorders greatly affect one's daily life, and are constantly gaining ground in the scientific community. The close association of those often found with various eating disorders is important, as evidenced by their common symptomatology, etiology or even treatment, as well as eating habits in general.

Keywords

obsessive compulsive disorder, obsessive compulsive personality disorder, obsession, compulsion, perfectionism, eating disorders

Περιεχόμενα

Περίληψη....iv

Abstract....v

Περιεχόμενα....vi

Εισαγωγή....1

1. Κεφάλαιο: Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή/ Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας....5

1.1. Ορισμοί....5

1.2. Διαγνωστικά Κριτήρια....5

1.3. Κλινικά Χαρακτηριστικά....8

1.4. Αιτιολογία....12

1.5. Επιδημιολογία....15

1.6. Θεραπευτική Αντιμετώπιση....18

1.6.1. Ψυχοθεραπεία....18

1.6.2. Φαρμακευτική Χορήγηση....33

1.6.3. Συνδυασμός Μεθόδων....40

2. Κεφάλαιο: Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Διατροφικές Διαταραχές....44

2.1. Γενική Συσχέτιση....44

2.1.1. Τελειομανία/Παρορμητικότητα....46

2.1.2. Προνοσηρότητα....50

2.1.3. Σεροτονίνη....51

2.1.4. Κληρονομικότητα....53

2.1.5. Οικογένεια....55

2.1.6. Παιδική ηλικία 57

2.1.7. Κοινές πεποιθήσεις (σχήματα).....59

2.1.8. Ανεπιθύμητες εισβολές σκέψεων.....61

2.1.9. Κοινά συμπτώματα 64

2.1.10. Κατάθλιψη.....66

2.1.11. Αντικρουόμενα δεδομένα.....66

2.2. Νευρική Ανορεξία.....67

2.3. Ψυχογενής Βουλιμία 73

2.4. Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας.....76

2.5. Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενη αλλιώς 77

3. Κεφάλαιο: Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Διατροφή 79

3.1. Τρόφιμα.....79

3.2. Παχυσαρκία/Υπέρβαρο.....80

3.3. Ορθορεξία 81

4. Κεφάλαιο: Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Υπερβολική Άσκηση.....83

5. Κεφάλαιο: Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Κοινή Θεραπευτική Αντιμετώπιση 90

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 991

Εισαγωγή

Αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει την κοινή σύνδεση της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής/Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας με την διατροφή, με κύριο την συνύπαρξη της με τις Διατροφικές Διαταραχές. Η σχέση αυτή, εντοπίζεται πιο συχνά στην Νευρική Ανορεξία, ενώ λιγότερο συχνά στην Ψυχογενή Βουλιμιά. Συγκεκριμένα, άτομα με Νευρική Ανορεξία εμφανίζουν Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή σε ποσοστό από 9% έως 69%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία ανέρχεται στο 8% με 33% (Von Ranson, et al., 1999).

Μια πιθανή εξήγηση, του φαινομένου αυτού, αποτελεί η δυσλειτουργία της σεροτονίνης. Τα επίπεδα της σεροτονίνης μπορούν να μεταβάλλονται με τον ίδιο τρόπο μεταξύ των διαταραχών αυτών. Για την ακρίβεια, παρατηρείται η τιμή της να αυξάνει στη Νευρική Ανορεξία και στα κλασσικά συμπτώματα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (έλεγχος, πλύσιμο). Αντίθετα, στη Ψυχογενή Βουλιμία και σε μια υποκατηγορία συμπτωμάτων της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, τα επίπεδα της μειώνονται (παρορμητικότητα, έλλειψη αναστολής) (Jarry, et al., 1996). Επιπλέον, η φαρμακευτική χορήγηση σεροτονινεργικών παραγόντων, φαίνεται να φέρει οφέλη και για τις δυο διαταραχές (Hsu, et al., 1993).

Επομένως, ο οργανισμός των ατόμων αυτών επιζητά να αυξήσει τα επίπεδα σεροτονίνης του, έτσι ώστε να βελτιωθεί η διάθεση του. Εντοπίζεται πως, άτομα που πάσχουν από Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή επιλέγουν τρόφιμα-σνακ πλούσια σε υδατάνθρακες και μάλιστα φαίνεται να τα καταναλώνουν ακόμα και όταν δεν αισθάνονται το αίσθημα της πείνας (O' Rourke, et al., 1994).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, πως η οικογένεια φαίνεται να μην παίζει τον πρωταρχικό ρόλο για την συνύπαρξη των δυο διαταραχών, ούτε λόγω κληρονομικότητας, ούτε συμπεριφοράς των γονέων άλλα ούτε και λειτουργικότητας της οικογένειας. Οι γονείς παιδιών με διατροφικές διαταραχές ανέφεραν πως οι ίδιοι είχαν λιγότερες ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές. Μάλιστα, παρατηρήθηκε πως οι μητέρες της ομάδας ελέγχου ήταν λιγότερο ικανοποιημένες με το σώμα τους και περισσότερο τελειομανείς. Σε αντίθεση, με τις μητέρες

των παιδιών με διατροφικές διαταραχές που δήλωναν χαμηλότερο ποσοστό ανησυχίας για τη διατροφή και το σχήμα του σώματος τους. (Cassidy, et al., 1999) Επιπλέον, η δευτερογενής διάγνωση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής σε διατροφικά διαταραγμένες οικογένειες φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από την συνύπαρξη της σε κάποιον από τους προγόνους (Cavallini, et al., 2000).

Ωστόσο, μείζονος σημασίας κρίνεται η παιδική ηλικία του ατόμου. Σε μια ομάδα γυναικών με διατροφικές διαταραχές, διαπιστώθηκε πως κατά τα παιδικά τους χρόνια εμφάνιζαν αυξημένα χαρακτηριστικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, σε σχέση με την ομάδα υγιών ατόμων. Συγκεκριμένα, η παιδική τελειομανία και η ακαμψία σε συνδυασμό με τις διατροφικές διαταραχές φαίνεται να οδηγεί σε υψηλότερη επικράτηση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας στη μετέπειτα ζωή του παιδιού (Anderluh, et al., 2003).

Μια εξίσου σημαντική πληροφορία είναι πως τα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη διάρκεια διατροφικών διαταραχών, όταν υπάρχει συνοσηρότητα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Επίσης, τα άτομα εκείνα που πάσχουν από Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, εμφάνισαν κάποια διατροφική διαταραχή σε νεαρότερη ηλικία. (Milos, et al., 2002)

Τα συμπτώματα ανάμεσα στις δυο διαταραχές, χρειάζονται εξίσου να εξετασθούν. Οι διατροφικές διαταραχές συνδέονται με τα γενικά συμπτώματα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, δηλαδή με τον καταναγκασμό της καθαριότητας και των διαταγών. Όμως, φαίνεται πως μεταξύ τους εντοπίζεται διαφορετικό αντίκτυπο. Με άλλα λόγια, οι ψυχαναγκασμοί/καταναγκασμοί αυτοί στα άτομα που πάσχουν από Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή προσφέρουν δυσφορία, ενώ για τους διατροφικά διαταραγμένους ασθενείς αποτελούν ισχυρές πεποιθήσεις του εαυτού τους. Ένα πολύ κοινό σύμπτωμα , ακόμα, είναι η τελειομανία. Ωστόσο, και αυτή αφορά διαφορετικά θέματα. Οι μεν πρώτοι έχουν αμφιβολίες για τις πράξεις τους, ενώ οι δεύτεροι φοβούνται μήπως κάνουν κάποιο λάθος (Humphry, et al., 2007). Επιπροσθέτως, αναφέρεται πως γυναίκες με εμμονή στις λέξεις, τις εικόνες, τις αλυσιδωτές σκέψεις και την επιθετικότητα είναι πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα Νευρικής Ανορεξίας. Ενώ, εκείνες με εμμονή στον έλεγχο, το επαναλαμβανόμενο μέτρημα, το επαναλαμβανόμενο άγγιγμα και την

επαναλαμβανόμενη ομιλία μπορούν να εμφανίσουν συνοδά συμπτώματα Ψυχογενούς Βουλιμίας (Grabe, et al., 2000).

Κάτι ακόμα που αξίζει να αναφερθεί είναι η σχέση της Νευρικής Ανορεξίας με την υπερβολική άσκηση. Γίνεται αντιληπτό πως τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία και ασκούνται υπερβολικά συσχετίζονται θετικά με τα χαρακτηριστικά της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα να καθίστανται πιο ανθεκτικά στη θεραπεία (Young, et al., 2013). Αισθήματα που μπορεί να υπάρχουν σε άτομα με Νευρική Ανορεξία όπως, ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα, η ρύθμιση των συναισθημάτων, η αποφυγή αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων, η τελειομανία και η ακαμψία φαίνεται να συμμετέχουν στην διατήρηση της καταναγκαστικής άσκησης. Συμπεραίνεται, πως τα άτομα αυτά συνεχίζουν να ακολουθούν αυτού του είδους άσκηση, έτσι ώστε να μετριάσουν το αρνητικό ή το αίσθημα ενοχής που τα διακατέχει όταν δεν μπορούν να ασκηθούν για κάποιο λόγο και να αποφύγουν τις αρνητικές συνέπειες που πιστεύουν ότι μπορεί να έχουν όταν σταματάνε την άσκηση (Meyer, et al., 2011).

Το πιο σημαντικό σημείο, όμως, αποτελεί η θεραπεία της συνοσηρότητας των διαταραχών αυτών. Σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς παρατηρήθηκε πως τα άτομα με κάποια διατροφική διαταραχή και Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή ήταν σε πιο σοβαρή κατάσταση από ότι εκείνοι χωρίς Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Συγκεκριμένα, στα άτομα που είχαν και Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, η διατροφική διαταραχή τους διήρκησε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, είχαν χαμηλότερο Δείκτη Μάζα Σώματος εισόδου στο νοσοκομείο και εμφάνιζαν υψηλότερο κίνδυνο για άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως τουλάχιστον τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής μειώνονται το ίδιο, είτε υπάρχει Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, είτε όχι, και παραμένουν χαμηλά και βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα (Cumella, et al., 2007).

Ωστόσο, η ταυτόχρονη αντιμετώπιση των δυο διαταραχών, φαίνεται να φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής θεραπείας, και συγκεκριμένα της Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης. Η μέθοδος εστιάζει πέρα από τους φόβους και τις πράξεις της

Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, και σε αυτές που αφορούν το φαγητό και την εικόνα σώματος. Σε μια έρευνα που έγινε σε άτομα που έπασχαν και από τις δύο διαταραχές παρατηρήθηκε ότι μετά το πέρας της θεραπείας, τα άτομα σημείωσαν αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος και μειώθηκαν τα συμπτώματα και των δυο διαταραχών αλλά και της κατάθλιψης. Έπειτα αποδεικνύεται, πως μια θεραπεία για να μπορέσει να είναι αποτελεσματική απαιτεί συνδυασμό μεθόδων, δηλαδή διατροφική παρέμβαση, φαρμακευτική χορήγηση και ψυχολογική υποστήριξη (Blair, et al., 2013).

1. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

1.1. Ορισμοί

Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή ανήκει στις διαταραχές του άγχους και χαρακτηρίζεται από τη παρουσία ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών, καθώς και έκπτωση της καθημερινότητας και των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου. Οι ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, προτροπές και εικόνες και βιώνονται από το άτομο ως ανεπιθύμητες και παρεμβατικές. Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή διανοητικές δράσεις, όπου το άτομο ωθείται να εκτελέσει οδηγούμενο από κάποιον ψυχαναγκασμό, προκειμένου να αντιμετωπίσει το άγχος που του προκαλεί (APA, 2013).

Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας ανήκει στις διαταραχές της προσωπικότητας και χαρακτηρίζεται από υψηλά πρότυπα τελειομανίας και υπερβολική ανάγκη για έλεγχο, που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου. Εντοπίζονται χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως ανησυχία για τις λεπτομέρειες, τελειομανία, υπερβολική αφοσίωση, υπερβολικότητα, αδυναμία αποχώρησης άχρηστων αντικειμένων, αδυναμία μετάθεσης καθηκόντων, δυστυχία, ακαμψία και πείσμα (APA, 2013).

1.2. Διαγνωστικά Κριτήρια

Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή

Α. Παρουσία ψυχαναγκασμών, καταναγκασμών ή και των δύο:

Οι ψυχαναγκασμοί ορίζονται με (1) και (2):

1. Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που ο χρόνος της διάρκειας τους, βιώνεται ως παρεμβατικός και ανεπιθύμητος, ενώ στα περισσότερα άτομα προκαλείται έντονο άγχος ή αγωνία.

2. Τη προσπάθεια του ατόμου να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις, προτροπές ή εικόνες, ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή δράση (δηλαδή εκτελώντας έναν καταναγκασμό).

Οι καταναγκασμοί ορίζονται από (1) και (2):

1. Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών, διαταγές, έλεγχος) ή διανοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, αρίθμηση, επανάληψη λέξεων σιωπηλά) που το άτομο αισθάνεται ότι οδηγείται να εκτελέσει σε απάντηση κάποιου ψυχαναγκασμού ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να εφαρμόζονται άκαμπτα.

2. Οι συμπεριφορές ή οι διανοητικές πράξεις στοχεύουν στην πρόληψη ή τη μείωση του άγχους ή της αγωνίας, ή την πρόληψη κάποιου φοβερού γεγονότος ή κατάστασης. Ωστόσο, αυτές οι συμπεριφορές ή οι διανοητικές πράξεις δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με αυτό που έχουν σχεδιαστεί για να εξουδετερώνουν ή να προλαμβάνουν, ή είναι σαφώς υπερβολικές.

Β. Οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί είναι χρονοβόρες διαδικασίες (π.χ. απαιτούν περισσότερο από 1 ώρα ανά ημέρα) ή προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβες στο κοινωνικό, επαγγελματικό, ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Γ. Τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα δεν οφείλονται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. εξαρτησιογόνες ουσίες, φάρμακα) ή μιας άλλης ιατρικής κατάστασης.

Δ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

(APA, 2013)

Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

Ένα διαδεδομένο πρότυπο της προτίμησης με την τάξη, την τελειομανία, και τον διανοητικό και διαπροσωπικό έλεγχο, εις βάρος της ευελιξίας, της ανοικτότητας (ειλικρίνειας) και της αποτελεσματικότητας, ξεκινώντας από την πρώιμη ενηλικίωση και εντοπίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως υποδεικνύουν τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

1. Ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, διαταγές, οργάνωση ή προγράμματα στο βαθμό όπου το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται.

2. Εμφάνιση τελειομανίας, η οποία παρεμβαίνει στην ολοκλήρωση της εργασίας (π.χ. το άτομο δεν είναι σε θέση να ολοκληρώσει μια εργασία επειδή δεν πληρούνται οι υπερβολικά αυστηρές προδιαγραφές του).

3. Υπερβολική αφοσίωση στην εργασία και την παραγωγικότητα, αποκλείοντας τις δραστηριότητες αναψυχής και τις φιλίες (που δεν οφείλεται σε προφανή οικονομική ανάγκη).

4. Υπερβολική ευσυνειδησία, σχολαστικότητα και ακαμψία σε θέματα ηθικής, ηθών, ή αξιών (που δεν οφείλονται στην πολιτιστική ή θρησκευτική του ταυτότητα).

5. Ανικανότητα απόρριψης των φθαρμένων ή άχρηστων αντικειμένων ακόμη και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία.

6. Απροθυμία μεταβίβασης καθηκόντων ή συνεργασίας με άλλους, εκτός αν υποβληθούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα πράγματα.

7. Υιοθέτηση ενός φιλάργυρου στυλ δαπανών τόσο στον εαυτό όσο και προς τους άλλους, καθώς τα χρήματα θεωρούνται ως κάτι που πρέπει να συσσωρεύεται για μελλοντικές καταστροφές.

8. Ακαμψία και πείσμα.

(APA, 2013)

1.3. Κλινικά Χαρακτηριστικά

Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή χαρακτηρίζεται, αρχικά, από την ύπαρξη ψυχαναγκασμών, επαναλαμβανόμενων και επίμονων σκέψεων (π.χ. μόλυνση), εικόνων (π.χ. επιθετικές ή τρομακτικές σκηνές) ή προτροπών (π.χ. να μαχαιρώσεις κάποιον) (APA, 2013).

Οι ψυχαναγκασμοί δεν είναι ευχάριστοι, αλλά ούτε και εκούσιοι, είναι παρεμβατικοί και ενοχλητικοί, ενώ προκαλούν δυσφορία και άγχος στο άτομο. Έτσι, το άτομο προσπαθεί να τους αγνοήσει ή να τους καταστείλει (π.χ. αποφυγή παραγόντων ενεργοποίησης ή χρήση σκέψεων καταστολής) ή να τους εξουδετερώσει μέσω μιας άλλης σκέψης ή δράσης (π.χ. καταναγκασμοί) (APA, 2013).

Οι καταναγκασμοί είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό της διαταραχής και αφορούν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο, έλεγχος) ή διανοητικές δράσεις (π.χ. μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), όπου το άτομο νιώθει ότι οδηγείται να εκτελέσει σε απάντηση κάποιου ψυχαναγκασμού ή λόγω άκαμπτης εφαρμογής κάποιου κανόνα (APA, 2013).

Συνήθως, οι δύο όροι συνυπάρχουν στα άτομα με τη διαταραχή. Σκοπός είναι η μείωση του άγχους που προκαλείται ή η αποφυγή ενός συμβάντος, παρά το γεγονός ότι δε πραγματοποιούνται με ευχαρίστηση, αν και μπορούν όμως να προκαλέσουν κάποια ανακούφιση (APA, 2013).

Ωστόσο, οι καταναγκασμοί είτε δε συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο απέναντι σε ένα επίφοβο γεγονός (π.χ. η συμμετρία κάποιων αντικειμένων για την αποφυγή βλάβης κοντινού προσώπου) είτε είναι ξεκάθαρα υπερβολικοί (π.χ. μπάνιο με διάρκεια πολλών ωρών κάθε μέρα) (APA, 2013).

Συνεχίζοντας, οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί είναι αρκετά χρονοβόροι (π.χ. πάνω από μια ώρα κάθε μέρα) και προκαλούν δυσφορία και δυσχέρειες που δικαιολογούν την διάγνωση της νόσου, έτσι ώστε τα συμπτώματα που εντοπίζονται να μην οφείλονται σε κάποια άλλη διαταραχή. Βέβαια η συχνότητα και η σοβαρότητα τους ποικίλει από άτομο σε άτομο (APA, 2013).

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι στη πραγματικότητα οι ίδιοι οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί, όπου και σημειώνεται μια ευρεία ποικιλία αυτών (APA, 2013).

Οι πιο συχνοί τύποι ψυχαναγκασμών είναι ο φόβος μόλυνσης, η παθολογική αμφιβολία, η ανάγκη για συμμετρία, ο σωματικός, ο επιθετικός, ο σεξουαλικός και ο θρησκευτικός τύπος. Ενώ, οι συχνότεροι καταναγκασμοί αφορούν τον έλεγχο, τη καθαριότητα, το μέτρημα, την συμμετρία, την ακρίβεια, την προσευχή, την αναζήτηση επιβεβαίωσης και την αποθήκευση άχρηστων αντικειμένων (Aouizerate, et al., 2004; Stein, 2002).

Διάφορα παραδείγματα δείχνουν τη σχέση ανάμεσα στους δυο όρους. Ο φόβος για κάποια μόλυνση οδηγεί στο επαναλαμβανόμενο πλύσιμο. Επιπλέον, η ανησυχία για την βλάβη του εαυτού ή κάποιου άλλου, το παροτρύνει στον επαναλαμβανόμενο έλεγχο, καθώς, επίσης, και η ανησυχία για συμμετρία συνδέεται με τις οργανωτικές τελετουργίες. Ενώ, και οι απαγορευμένες σκέψεις ή σκέψεις taboo, όπως επιθετικού, σεξουαλικού και θρησκευτικού περιεχομένου καταλήγουν σε αντίστοιχες συμπεριφορές (APA, 2013; Stein, 2002).

Αξίζει να αναφερθεί, μια έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 292 ασθενείς διαγνωσμένοι με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, όπου αποδείχτηκε η ύπαρξη τεσσάρων διαστάσεων συμπτωμάτων στη διαταραχή αυτή. Σημειώνεται, πως κάθε διάσταση εξαρτάται από τα εννοιολογικά όρια των συμπτωμάτων, κι έτσι ένας ή περισσότεροι ψυχαναγκασμοί μπορούν να συνδέονται με έναν ή περισσότερους καταναγκασμούς (Leckman, et al., 1997).

Η πρώτη διάσταση συνδέει κυρίως τους επιθετικούς, αλλά και τους σεξουαλικούς, θρησκευτικούς και σωματικούς ψυχαναγκασμούς με τους καταναγκασμούς ελέγχου. Η δεύτερη περιλαμβάνει τους ψυχαναγκασμούς της συμμετρίας με καταναγκασμούς που αφορούν την σειρά, την τακτοποίηση, το μέτρημα ή ακόμα και τις επαναλαμβανόμενες τελετουργίες. Η τρίτη διάσταση αφορά τους ψυχαναγκασμούς του φόβου μόλυνσης με τους καταναγκασμούς της καθαριότητας. Ενώ, τέλος η τέταρτη διάσταση παρουσιάζει τους ψυχαναγκασμούς αδυναμίας αποχώρησης άχρηστων αντικειμένων σε συνδυασμό με τους αντίστοιχους καταναγκασμούς αποθήκευσης τους (Leckman, et al., 1997).

Συνεχίζοντας, η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχει ως βασικά χαρακτηριστικά την ανησυχία για την τάξη, την τελειομανία, το διανοητικό και

διαπροσωπικό έλεγχο εις βάρος της ευελιξίας, της ανοικτότητας (ειλικρίνειας) και της αποτελεσματικότητας. Ξεκινάει στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής του ατόμου και αφορά διάφορα ζητήματα (APA, 2013).

Αρχικά, το άτομο προσπαθεί διαρκώς να διατηρήσει την αίσθηση του ελέγχου δίνοντας προσοχή σε κανόνες, λεπτομέρειες, διαδικασίες, λίστες, προγράμματα μέχρι που χάνεται η κύρια σημασία της δραστηριότητας. Είναι αρκετά προσεκτικό, επιρρεπές στις επαναλήψεις, υπερβολικά προσεκτικό στις λεπτομέρειες και ελέγχει διαρκώς για τυχόν λάθη. Ενώ, ταυτόχρονα, γνωρίζει ότι άλλα άτομα μπορεί να ενοχλούνται από τη συμπεριφορά του. Τα άτομα δεν κατανέμουν σωστά το χρόνος τους, και συχνά πολλά σημαντικά ζητήματα αφήνονται για τη τελευταία στιγμή. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που χάσουν μια λίστα θα αφιερώσουν άπλετο χρόνο έτσι ώστε να την ανακαλύψουν, από ότι λίγα λεπτά για να δημιουργήσουν μια νέα (APA, 2013).

Έπειτα, τα άτομα αυτά εξαιτίας της τελειομανίας τους και των υψηλών προτύπων επιδόσεων που θέτουν στον εαυτό τους, συχνά παρουσιάζουν δυσλειτουργικότητα και βιώνουν αισθήματα δυσφορίας. Υπάρχει πιθανότητα λόγω της υπερβολικής ενασχόλησης τους με τις λεπτομέρειες, κάποια εργασία, για παράδειγμα, να μην ολοκληρωθεί ποτέ, με επακόλουθο να παραλείπονται αρκετές αντίστοιχες προθεσμίες (APA, 2013).

Εμφανίζουν, επίσης, υπερβολική αφοσίωση στην εργασία και τη παραγωγικότητα, αποκλείοντας έτσι τις δραστηριότητες αναψυχής και τις φιλίες, χωρίς να είναι αποτέλεσμα κάποιας οικονομικής δυσχέρειας. Διακατέχονται από την ιδέα ότι δεν έχουν χρόνο να χαλαρώσουν. Επομένως και ακυρώνουν διάφορες εκδηλώσεις ή διακοπές, με σκοπό να μην πραγματοποιηθούν ποτέ. Ενώ, σε περίπτωση που όντως συμμετέχουν σε κάποια δραστηριότητα διασκέδασης, θα φροντίσουν να φέρουν μαζί και κάποιο μέρος της δουλειάς τους, προκειμένου να μη νιώθουν ότι χάνουν χρόνο. Γενικότερα, οι δραστηριότητες αυτές, είτε με φίλους είτε ακόμα και το παιχνίδι με παιδιά, είναι αρκετά δομημένες και οργανωμένες (APA, 2013).

Σε επόμενο στάδιο, τα άτομα αυτά είναι υπερβολικά ευσυνείδητα, σχολαστικά και άκαμπτα σε θέματα ηθικής, ηθών και αξιών. Συχνά αναγκάζουν τον εαυτό τους και άλλους να ακολουθήσουν άκαμπτες ηθικές αρχές και αυστηρά πρότυπα απόδοσης, καθώς, επίσης,

είναι υπερβολικά επικριτικά με τον εαυτό τους όταν κάνουν λάθη. Ενώ, ταυτόχρονα, η στάση τους αυτή, δεν αλλάζει ακόμα και για ελαφρυντικές περιστάσεις (APA, 2013).

Παρουσιάζουν μια ανικανότητα να αποχωριστούν άχρηστα αντικείμενα ακόμα κι αν δεν έχουν συναισθηματική αξία. Ενώ, συχνά, θα χαρακτηρίσουν τον εαυτό τους ως ρακοσυλλέκτες. Θεωρούν ότι κάποια στιγμή μπορεί να χρειαστούν και αναστατώνονται ιδιαίτερα αν κάποιος προσπαθήσει να τα ξεφορτωθεί (APA, 2013).

Δηλώνουν, ακόμα, απρόθυμα να αναθέσουν καθήκοντα ή να συνεργαστούν με άλλους. Επιμένουν αδικαιολόγητα ότι όλα πρέπει να γίνονται με το δικό τους τρόπο και πως οι άλλοι πρέπει να συμμορφώνονται με τον τρόπο τους. Δίνουν πολύ ακριβείς οδηγίες για το πώς πρέπει να γίνει μια διαδικασία και ενοχλούνται σε περιπτώσεις που κάποιος προτείνει κάποια εναλλακτική, ακόμα και πιο δημιουργική, λύση. Συχνά απορρίπτουν τη βοήθεια των άλλων, ακόμα κι αν την έχουν ανάγκη, διότι θεωρούν ότι κανένας άλλος δε μπορεί να το κάνει σωστά (APA, 2013).

Η ζωή τους συνήθως είναι μίζερη, ενώ δαπανούν πολύ λιγότερα χρήματα για το βιοτικό τους επίπεδο σε σχέση με αυτό που πραγματικά μπορούν να ανταπεξέλθουν, καθώς θεωρούν ότι οι σπατάλες πρέπει να αποφεύγονται για να αντιμετωπίζονται μελλοντικές καταστροφές (APA, 2013).

Τέλος, χαρακτηρίζονται από ακαμψία και πείσμα, θέλοντας να βαίνουν τα πάντα στο σωστό δρόμο απορροφημένοι στη δική τους οπτική γωνία, με αποτέλεσμα να έρχονται αντιμέτωποι με τις ιδέες των υπολοίπων και να αδυνατούν να αναγνωρίσουν τις απόψεις τους. Προσκολλώνται στις λεπτομέρειες και αγνοούν τις όποιες αλλαγές, ακόμα και αν αντιλαμβάνονται ότι κάτι τέτοιο θα ήταν προς όφελος τους, εξακολουθούν να επιμένουν στην αρχή του πράγματος (APA, 2013).

1.4. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής αποδίδεται σε διάφορα πεδία (Aouizerate, et al., 2014; Stein, 2002). Από τα βασικότερα αποτελεί η συνιστώσα της οικογένειας και της κληρονομικότητας. Έχει αποδειχτεί πως πολλά παιδιά που εμφανίζουν τη διαταραχή φέρουν αντίστοιχο οικογενειακό ιστορικό. Αντίστροφα, ψυχαναγκαστικά και καταναγκαστικά συμπτώματα σε ενήλικες εντοπίζονται, επίσης, και στους πρώτου βαθμού συγγενείς, με υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με το μη ψυχιατρικό και το γενικό πληθυσμό. Μεταφερόμενοι ένα βήμα παραπέρα, έχει φανεί πως οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν τη διαταραχή σε σχέση με τους διζυγωτικούς (Aouizerate, et al., 2014).

Ο νευροδιαβιβαστής, σεροτονίνη χαρακτηρίζεται ως ένας επιπλέον παράγοντας. Η δυσλειτουργία του μηχανισμού της σεροτονίνης στη διαταραχή γίνεται κυρίως αντιληπτή από τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα με μείωση των ψυχαναγκαστικών και καταναγκαστικών συμπτωμάτων που έχει η εφαρμογή των σεροτονινεργικών αντικαταθλιπτικών, για παράδειγμα κλομιπραμίνη, ως ισχυρός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Aouizerate, et al., 2014; Stein, 2002). Σε αντίθεση, η χορήγηση ενός αγωνιστή της σεροτονίνης, προκαλεί επιδείνωση των συμπτωμάτων (Stein, 2002). Ταυτόχρονα, συγκεκριμένα για τη κλομιπραμίνη, έχει σημειωθεί μείωση των επιπέδων μεταβολιτών της σεροτονίνης στους ασθενείς. Τέλος, έχει βρεθεί μια συσχέτιση ανάμεσα στη διάγνωση της διαταραχής και κάποιους πολυμορφισμούς στο μηχανισμό της σεροτονίνης, σχετικά με τα γονίδια που κωδικοποιούν υποδοχείς ή μεταφορείς της σεροτονίνης, καθώς και την μονοαμινοξειδάση Α, ένα ένζυμο υπεύθυνο για τη μεταβολική αδρανοποίηση της σεροτονίνης (Aouizerate, et al., 2014; Stein, 2002).

Εντός των αιτιολογικών δεδομένων, τοποθετείται και ένας ακόμη νευροδιαβιβαστής, η ντοπαμίνη. Αυτό συμπεραίνεται από την θετική επίδραση που έχει η συμπληρωματική χορήγηση ανταγωνιστών ντοπαμίνης σε ασθενείς με ανθεκτικότητα στους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Aouizerate, et al., 2014; Stein, 2002). Ενώ αντίθετα, η πρόσληψη αγωνιστών ντοπαμίνης μπορεί να οδηγήσει είτε σε στερεοτυπική συμπεριφορά είτε σε επιδείνωση των ήδη υπαρχόντων συμπτωμάτων στους ασθενείς (Stein, 2002). Και σε αυτή τη περίπτωση, παρατηρείται συσχέτιση ανάμεσα στη διάγνωση της διαταραχής και σε πολυμορφισμούς γονιδίων που κωδικοποιούν υποδοχείς της ντοπαμίνης, και της κατεχολ-ο-μεθυλτρανσφεράσης, ένα ένζυμο που συμμετέχει στη μεταβολική

αδρανοποίηση της ντοπαμίνης (Aouizerate, et al., 2014; Stein, 2002). Συγκεκριμένα, τα μειωμένα επίπεδα της κατεχολ-ο-μεθυλτρανσφεράσης, συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (Aouizerate, et al., 2014).

Προτείνεται, επίσης, πως ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου πιθανότατα να οφείλονται για συγκεκριμένα συμπτώματα της διαταραχής. Αυτό αφορά κυρίως τη δυσλειτουργία του μετωπιαίου λοβού, καθώς και άλλων περιοχών όπως ο κογχομετωπιαίος φλοιός (μια περιοχή του προμετωπιαίου φλοιού στους μετωπικούς λοβούς του εγκεφάλου που συμμετέχει στη γνωστική διαδικασία λήψης αποφάσεων) και ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου (μια περιοχή που περιβάλει το εγκεφαλικό στέλεχος, βρίσκεται ανάμεσα στα δυο εγκεφαλικά ημισφαίρια και συνδέεται με περιοχές του φλοιού του εγκεφάλου που ελέγχουν τη σκέψη, τη δράση και το συναίσθημα), των οποίων η λειτουργία σημειώνεται αυξημένη, καθώς και τα βασικά γάγγλια (μια ομάδα από πυρήνες στον εγκέφαλο που διασυνδέονται με τον εγκεφαλικό φλοιό, το θάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος και συμμετέχουν σε λειτουργίες όπως ο κινητικός έλεγχος, οι γνωσιακές διεργασίες, τα συναισθήματα και η μάθηση), τα οποία φαίνεται να υπολειτουγούν (Aouizerate, et al., 2014; Stein, 2002).

Όλα αυτά έχουν ως επακόλουθο ανωμαλίες στη διαδικασία ανίχνευσης σφαλμάτων και διαχείρισης ανταμοιβής αλλά και στα συναισθηματικά συστήματα. Αυτό παρατηρείται από το γεγονός ότι συνήθως τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή εμφανίζουν ψυχαναγκασμούς, οι οποίοι δημιουργούν συνεχώς μια αίσθηση στο άτομο ότι κάτι πάει λάθος. Το άγχος που προκαλείται σε αυτή τη περίπτωση, αντιμετωπίζεται μέσω των καταναγκασμών, η ανακούφιση από το οποίο ερμηνεύεται από το άτομο ως ανταμοιβή. Ωστόσο, αυτή είναι μόνο μια παροδική κατάσταση, οδηγώντας σε μία διαρκή ανησυχία. Με αυτό τον τρόπο, το άτομο ωθείται σε ένα φαύλο κύκλο προς την απόκτηση της ανταμοιβής, χωρίς, ωστόσο, αυτό να επιτυγχάνεται στη πραγματικότητα. Παρατηρείται, λοιπόν, πως το άτομο κατέχεται από μια δυσλειτουργική ικανότητα στις διαδικασίες αναγνώρισης του σφάλματος και στις κινητικές και συναισθηματικές διαδικασίες, καθώς και στις ενεργητικές πτυχές τους, όπως είναι η έναρξη και η διατήρηση των συμπεριφορικών αντιδράσεων και την τάση να δρουν προς ανταμοιβή, τα οποία πιθανότατα οφείλονται στη δυσλειτουργία των μερών του εγκεφάλου (Aouizerate, et al., 2014).

Σχετικά με την αιτιολογία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, τα δεδομένα είναι περιορισμένα και όχι απόλυτα ξεκάθαρα (Diedrich & Voderholzer, 2015). Η κυρίαρχη, ωστόσο, θεωρία αποδίδεται στη γονική προσκόλληση. Σύμφωνα με αυτή, μια σχέση γονέα-παιδιού που χαρακτηρίζεται από τελειομανία και ακαμψία, δεν συμπεριλαμβάνει αισθήματα όπως φροντίδα, αγάπη και υποστήριξη (de Reus & Emmelkamp, 2012). Σημειώνεται πως τα άτομα αυτά κατά τα παιδικά τους χρόνια δεν είχαν σχηματίσει ασφαλής δεσμούς με τους γονείς τους, ενώ δέχονταν λιγότερη φροντίδα, αλλά και περισσότερη υπερπροστατευτικότητα από αυτούς (Diedrich & Voderholzer, 2015).

Θεωρείται πως ο χαρακτήρας ενός τέτοιου ασθενούς διαμορφώνεται έτσι εξαιτίας της κυριαρχίας του γονέα, του υπερβολικού ελέγχου και της παρεμβατικότητας (όπως, άκαμπτες πρακτικές στη παιδική ηλικία από τον γονέα για την υιοθέτηση της τουαλέτας) (Diedrich & Voderholzer, 2015), με αποτέλεσμα, στην ενήλικη ζωή του το άτομο να μην αναπτύσσει ισχυρούς δεσμούς και να αποτυγχάνει να αναπτυχθεί συναισθηματικά και συμπονετικά (de Reus & Emmelkamp, 2012; Diedrich & Voderholzer, 2015).

Συνεχίζοντας, ένας ακόμη αιτιολογικός παράγοντας, θεωρείται και η κληρονομικότητα, παρατηρώντας τους πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών αλλά και τα μονοζυγωτικά δίδυμα σε σχέση με τα δυζυγωτικά (de Reus & Emmelkamp, 2012; Diedrich & Voderholzer, 2015).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως στα άτομα που εντοπίστηκε ένας συγκεκριμένος γονότυπος υποδοχέα της ντοπαμίνης, έφεραν υψηλότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, ενώ η όποια συσχέτιση με κάποια δυσλειτουργία στο σεροτονινεργικό σύστημα είναι αμφιλεγόμενη (de Reus & Emmelkamp, 2012; Diedrich & Voderholzer, 2015).

Ένα επιπλέον δεδομένο, από βιολογική άποψη, είναι η ποσότητα της φαιάς ουσίας (νευρικός ιστός, μέρος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος) στον εγκέφαλο των ατόμων. Και πάλι, όμως, τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα, καθώς τα επίπεδα της χαρακτηρίζονται είτε υψηλά είτε μειωμένα (Diedrich & Voderholzer, 2015).

Τέλος, με δεδομένο τη θεωρία της Ενσυναίσθησης - Συστηματοποίησης, σε αυτή τη περίπτωση υποστηρίζεται πως τα άτομα με αυτού του είδους τη διαταραχή

προσωπικότητας, εμφανίζουν μειωμένη δραστηριότητα στο σύστημα της ενσυναίσθησης, δηλαδή παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα για συναισθηματική ταύτιση και κατανόηση της συμπεριφοράς των ατόμων γύρω τους. Αντίθετα, σημειώνεται μια υπερδραστηριότητα στο μηχανισμό της συστηματοποίησης, όπου το άτομο είναι σε θέση να κατανοήσει νόμιμα, αλλά και μη σκόπιμα γεγονότα, με μια τάση δηλαδή προς το σύστημα (Diedrich & Voderholzer, 2015).

1.5. Επιδημιολογία

Σχετικά με την επιδημιολογία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, τα ευρήματα από τις διάφορες έρευνες φαίνεται να συμφωνούν μεταξύ τους, με κάποιες μικρές διαφορές ή και επιπλέον στοιχεία.

Μία από τις βασικότερες έρευνες, η οποία μελέτησε την επιδημιολογία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής σε 5 κοινότητες των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, αναφέρει επιπολασμό ζωής από 1,9% έως 3,3%, παρόμοιο ποσοστό και για άνδρες, αλλά και για γυναίκες. Η διαταραχή εντοπίζεται συχνότερα σε νεαρές ηλικίες, διαζευγμένα ή χωρισμένα και άνεργα άτομα. Ενώ, λιγότερο συχνά παρατηρείται σε μαύρους από ότι λευκούς μη ισπανόφωνους (Karno, et al., 1988).

Σε μεταγενέστερη έρευνα, με δεδομένα από τη Μεγάλη Βρετανία, υπολογίζεται μηνιαίος επιπολασμός στο 1,1%, παρατηρούμενη πιο συχνά σε νεαρές ηλικίες και γυναίκες, με τα περισσότερα άτομα να έχουν μόνο ψυχαναγκασμούς. Βρέθηκε, επίσης, υψηλή συνοσηρότητα της διαταραχής με καταθλιπτικά επεισόδια, γενικευμένη διαταραχή άγχους, αγοραφοβία ή διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία και ειδική φοβία, με φθίνουσα σειρά επικράτησης. Δεν βρέθηκε διαφορά σε σχέση με τις εθνικές μειονότητες, αλλά σημειώθηκε παρόμοιο εκπαιδευτικό επίπεδο και χαμηλότερα ποσοστά γάμου ανάμεσα στους ασθενείς. Έπειτα, η εξάρτηση από αλκοόλ ή εξαρτησιογόνες ουσίες σημειώθηκε πιο συχνά σε άνδρες (Torres, et al., 2006).

Στη συγκεκριμένη μελέτη τονίζεται ιδιαίτερα η επίπτωση που έχει η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή στη δημόσια υγεία, καθώς αν και μια σπάνια σχετικά νόσος,

χαρακτηρίζεται από υψηλότερη εξασθένιση, είτε κοινωνική είτε επαγγελματική σε σχέση με άλλες διαταραχές. Αυτό, εξηγείται από το γεγονός ότι τέτοιοι ασθενείς εμφανίζουν μειωμένη πιθανότητα γάμου, ενώ υψηλότερη πιθανότητα ανεργίας και χαμηλότερου εισοδήματος, αλλά και χαμηλής επαγγελματικής κατάστασης που πιθανότατα οφείλεται στις επιπτώσεις της ύπαρξης των ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών. Σημαντικό εύρημα αποτελεί η αναφορά από κάποια άτομα τουλάχιστον μιας απόπειρας αυτοκτονίας (Torres, et al., 2006).

Ωστόσο, τα άτομα με αποκλειστική διάγνωση της διαταραχής λαμβάνουν λιγότερη βοήθεια σε σχέση με τα άτομα με συνοσηρότητα, πιθανότατα λόγω μειωμένης αναζήτησης ιατρικής αντιμετώπισης (Torres, et al., 2006).

Σε επόμενη έρευνα που εφαρμόστηκε σε κατοίκους των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, σημειώθηκε επιπολασμός ζωής στα 2,3% και ετήσιος επιπολασμός στο 1,2%, με συχνές καταγραφές, ωστόσο, είτε ψυχαναγκασμών είτε καταναγκασμών κάποιες φορές στη ζωή τους, χωρίς απαραίτητα να υπάρχει διάγνωση. Βρέθηκε, επίσης, υψηλή συνοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων και χρήσης ουσιών (Ruscio, et al., 2010).

Η επιμονή και η εξασθένιση που προκαλεί η διαταραχή χαρακτηρίζεται σημαντική, υπολογίζοντας περίπου 9 χρόνια διάρκειας της νόσου. Ενώ, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις εντοπίζονται αυξημένες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα σε τομείς, όπως στη δουλειά, στο σπίτι, στις σχέσεις και στην κοινωνία, αλλά και υψηλότερη συνοσηρότητα σε σχέση με τα μέτριας σοβαρότητας περιστατικά. Συνήθως, οι σοβαρά ασθενείς, είναι και τα άτομα που είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν τη βοήθεια επαγγελματία ψυχικής υγείας, αν και λαμβάνουν τη λιγότερη βοήθεια συγκεκριμένα για τη διαταραχή (Ruscio, et al., 2010).

Ταυτόχρονα, σε παλαιότερη έρευνα στον Καναδά, εντοπίζονται χαμηλότερα ποσοστά μηνιαίου επιπολασμού, της τάξεως των 0,6%. Παρ’ όλα αυτά, η ανάγκη για την διάγνωση και την θεραπεία των ατόμων που πάσχουν παραμένει επιτακτική, λαμβάνοντας υπόψη τη χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και τις επιπτώσεις στην κοινότητα μεταγενέστερα (Stein, et al., 1997).

Καταλήγοντας, αναφερόμενοι σε μικρότερες ηλικίες, έρευνα που μελέτησε ένα πληθυσμό εφήβων, παραθέτει τωρινό επιπολασμό στο 0,35% και επιπολασμό ζωής 0,40%, με χαμηλό, ωστόσο, ποσοστό ασθενών υπό επαγγελματική φροντίδα (Flament, et al., 1998).

Σε επόμενο στάδιο, σχετικά με την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αν και είναι αρκετά διαδομένη υπάρχει μια σχετική έλλειψη στα ερευνητικά δεδομένα (Grant, et al, 2012). Ωστόσο, τοποθετείται ανάμεσα στις πιο συχνές διαταραχές προσωπικότητας (Zimmerman, et al., 2005).

Από τις κυριότερες επιδημιολογικές έρευνες, που αφορούσε πληθυσμούς των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, προέκυψε επιπολασμός ζωής 7,8%, παρόμοιος και για τα δυο φύλα. Βρέθηκε πως οι μαύροι άντρες εμφανίζουν λιγότερο συχνά αυτή τη διαταραχή προσωπικότητας, σε σχέση με τους λευκούς, καθώς και οι Ασιάτες και οι Ισπανοί, οποιουδήποτε φύλου. Επίσης, είναι λιγότερο συχνή στις μικρότερες ηλικίες (Grant, et al, 2012).

Παρά την ύπαρξη κάποιων χαρακτηριστικών της διαταραχής, τα οποία ίσως προάγουν την επαγγελματική ανέλιξη, οι γυναίκες με χαμηλό εισόδημα εμφανίζουν πιο συχνά Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Ταυτόχρονα, σχετικά με την εκπαίδευση, πιο συχνά εντοπίζεται σε άτομα είτε με χαμηλό είτε με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς ορισμένα χαρακτηριστικά της διαταραχής μπορούν να ωθήσουν και στα δυο άκρα (Grant, et al, 2012).

Συνεχίζοντας, τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας είχαν πιο συχνά συνοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, οι άνδρες έφεραν πιο συχνά διαταραχές χρήσης ουσιών ή αλκοόλ, ενώ οι γυναίκες διαταραχές διάθεσης και άγχους (Grant, et al, 2012).

Κάποια από τα ευρήματα, επιβεβαιώνονται και από παλαιότερη έρευνα στο Όσλο, με επιπολασμό στο 2%, παρατηρούμενη, κυρίως, στον ανδρικό πληθυσμό και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, καταγράφηκε περισσότερο σε άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και σε κατοίκους του κέντρου των πόλεων, καθώς και σε άγαμους (Torgersen, et al., 2001).

Ενδιαφέρον προκαλεί και μια ακόμα επιδημιολογική έρευνα, που εστίασε στη μελέτη ενός πληθυσμού Ισπανικής καταγωγής, με σκοπό να επιστήσει τη προσοχή στις εθνικές μειονότητες, δίνοντας ένα ποσοστό εμφάνισης Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας στο 26% για το δείγμα (Ansell, et al., 2010).

Σχολιάζεται, επίσης, πως αυτή η διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, ξεχωρίζοντας τους παράγοντες της τελειομανίας και της διαπροσωπικής ακαμψίας. Προσθέτοντας, η πρώτη συνδέεται με την κατάθλιψη και τις αυτοκτονικές σκέψεις, ενώ η δεύτερη με την επιθετικότητα και το θυμό. Αυτό εξηγείται από την ύπαρξη των χαρακτηριστικών για τη διαταραχή υψηλών απαιτήσεων από τον εαυτό (τελειομανία) και τους άλλους (διαπροσωπική ακαμψία). Με αυτό τον τρόπο, όταν ο στόχος δεν επιτυγχάνεται, προκαλείται συναισθηματική δυσλειτουργία, η οποία συσχετίζεται με κίνδυνο αυτοκτονικότητας και έκφραση θυμού/επιθετικές εκρήξεις, σχετικά με πρότυπα που αφορούν τον εαυτό και τους άλλους, αντίστοιχα (Ansell, et al., 2010).

1.6. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

1.6.1. Ψυχοθεραπεία

Το κύριο είδος ψυχοθεραπείας για την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, είναι αυτό της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, με πιο αποτελεσματική μέθοδο την Έκθεση με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης και σε ενήλικες, αλλά και σε παιδιά, είτε πριν την εφηβεία με πρώιμη εμφάνιση της διαταραχής, είτε σε εφήβους με ήπια ή μέτρια σοβαρότητα (Piacentini & Langley, 2004; Schruers, et al., 2005; Stein, 2002; Thomsen, 2000). Ως θεραπεία εκλογής θεωρείται η Έκθεση με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης (Foa, 2002), δεδομένου ότι τα οφέλη που προσφέρει, φαίνεται να παραμένουν και μετά το πέρας της θεραπείας, τουλάχιστον για 18 εβδομάδες (Abramowitz, 1996), με εναλλακτική την Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία σε ορισμένες περιπτώσεις (Foa, 2010; van Oppen & Arntz, 1994).

Τέτοιες είναι για παράδειγμα, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στην θεραπεία Έκθεσης με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης, που ενώ ήταν κατάλληλοι δεν επιθυμούσαν να

συμμετάσχουν σε ένα τέτοιο πρόγραμμα ή ακόμα ενώ το ξεκίνησαν το εγκατέλειψαν στη συνέχεια. Επίσης, σε περιστατικά συνοσηρότητας με κάποια άλλη διαταραχή, όπως κατάθλιψη ή σε ασθενείς που εμφανίζουν μόνο ψυχαναγκασμούς, μια περίπτωση αρκετά δύσκολη και συχνά με ανεπιτυχή έκβαση (van Oppen & Arntz, 1994).

Σε μια έρευνα όπου συμμετείχαν 18 ασθενείς με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, εφαρμόστηκε 15 ώρες θεραπεία Έκθεσης με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης ή Συμπεριφορική Θεραπεία για τη γενική διαχείριση του άγχους, για 3 εβδομάδες. Η ομάδα που ακολούθησε το πρώτο σχήμα θεραπείας σημείωσε σημαντική μείωση στα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα, σε αντίθεση με την ομάδα έλεγχου στην οποία δεν υπήρξε καμία αλλαγή. Η έρευνα αποδεικνύει ότι η αποτελεσματικότητα αυτή οφείλεται στην εξειδίκευση της μεθόδου, καθώς η σχέση θεραπευτή-ασθενούς ήταν εξίσου καλή και στις δυο ομάδες και δεν φάνηκε να επηρεάζει την έκβαση (Lindsay, et al., 1997).

Η θετική επίδραση της συγκεκριμένης μεθόδου φαίνεται να έχει εφαρμογή και σε μικρότερες ηλικίες, όπως απέδειξε μια μελέτη με 14 παιδιά και εφήβους με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, με διάρκεια 18 συνεδρίες σε ένα μήνα η μια ομάδα και 16 συνεδρίες σε 4 μήνες η άλλη. Σημειώθηκε, λοιπόν, βελτίωση στα αντίστοιχα συμπτώματα, η οποία και διατηρήθηκε. Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως η ομάδα με τις εβδομαδιαίες συνεδρίες ανταποκρίθηκε καλύτερα στη θεραπεία σε σχέση με την ομάδα του εντατικού προγράμματος, πιθανότατα λόγω της αδυναμίας αντιμετώπισης των πρακτικών δυσκολιών του. Ωστόσο, τα επίπεδα κατάθλιψης παρέμειναν σταθερά (Franklin, et al, 1998).

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από μεταγενέστερη μελέτη αποτελούμενη από ένα δείγμα 20 παιδιών και εφήβων, διαγνωσμένα με τη διαταραχή αυτή, όπου και υποβλήθηκαν σε αντίστοιχη θεραπεία για 5 εβδομάδες, με βελτίωση που διατηρήθηκε έως και 14 εβδομάδες μετά (Bolton & Perrin, 2008).

Σχετικά με την μέθοδο της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, το σημαντικότερο συστατικό της αποτελεί η έκθεση σε ερεθίσματα που προκαλούν φόβο (Stein, 2002). Επιπλέον, βασίζεται στην αναγνώριση των ψυχαναγκασμών ως παρεμβατικές και ανεπιθύμητες σκέψεις, εικόνες ή προτροπές, όπου πυροδοτούν μια σημαντική αύξηση του άγχους και των καταναγκασμών ως αυτονόητες συμπεριφορές για την μείωση των

δυσάρεστων αυτών συναισθημάτων. Μάλιστα, ο καταναγκασμός φαίνεται να ενισχύεται αρνητικά ανάλογα την ικανότητα του να μειώνει τη δυσφορία που προκαλεί ο ψυχαναγκασμός. Άρα, όσο πιο αυξημένη μείωση προκαλεί, τόσο πιο ισχυρός γίνεται (Piacentini & Langley, 2004).

Έπειτα, καθώς τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, έχουν την λανθασμένη τάση να παρερμηνεύουν τις σκέψεις τους ως προειδοποίηση για επικίνδυνα γεγονότα που είναι πιθανό να συμβούν, η θεραπεία είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να βοηθάει τα άτομα να αναγνωρίζουν αυτές τις μη ρεαλιστικές αυτόματες σκέψεις και να αλλάζουν την ερμηνεία της σημασίας τους, προκειμένου να μειωθεί το άγχος που προκαλείται, αλλά και οι καταναγκασμοί που συμβαίνουν προς αντιμετώπιση του τελευταίου (Stein, 2002).

Συνοψίζοντας, τα στάδια αποτελούν αρχικά, τη συνεργασία ασθενούς και θεραπευτή προς τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης γνωστικής συμπεριφορικής αντίληψης με την θεώρηση των εισβολών ως ερεθίσματα και έπειτα τη λεπτομερή περιγραφή του γεγονότος και την αναγνώριση των δυσάρεστων αρνητικών αυτόματων σκέψεων που το συνόδευσαν. Στη συνέχεια, ακολουθεί η ομαλοποίηση των σκέψεων αυτών, μέσω της επανεκτίμησης της σημασίας και του περιεχομένου τους, και τέλος την αλλαγή τους με άλλες εναλλακτικές μη δυσάρεστες σκέψεις (van Oppen & Arntz, 1994; Salkovskis, 2007).

Ωστόσο, αναφορικά με τα παιδιά, καθιστώντας ως κύριο παράγοντα της αποτελεσματικότητας της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, το κίνητρο, τα αποτελέσματα της μπορεί να διαφέρουν από παιδί σε παιδί, παρατηρώντας καλύτερη έκβαση στα παιδιά με ήπια έως μέτρια σοβαρότητα της διαταραχής, ιδίως σε άτομα που έχουν την επιθυμία να βελτιωθούν (Thomsen, 2000).

Το σχήμα της θεραπείας πολλές φορές μπορεί να εστιάζει προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις, όπως την εκτίμηση των καταστροφών και την αντίληψη της προσωπικής ευθύνης (van Oppen & Arntz, 1994).

Σχετικά με το πρώτο, ο σκοπός είναι η αλλαγή της παράλογης εκτίμησης του κινδύνου, η οποία αφορά την υπερεκτίμηση είτε της πιθανότητας του κινδύνου είτε της έκτασης ή των συνεπειών του κινδύνου. Μια τέτοια γνωστική τεχνική είναι ο υπολογισμός της πιθανότητας της καταστροφής, όπου η αρχική εκτίμηση της πιθανότητας συγκρίνεται με

αυτή που προκύπτει από μια ανάλυση της ακολουθίας των γεγονότων που οδηγούν στην καταστροφή (van Oppen & Arntz, 1994).

Αρχικά, αναλύεται η ακολουθία των γεγονότων, έπειτα υπολογίζεται η πιθανότητα κινδύνου χωριστά για κάθε γεγονός και τέλος, συγκρίνεται με την αρχική εκτίμηση. Μετά το πέρας αυτής της διαδικασίας, παρατηρείται πως η τελική εκτίμηση διαφέρει δραματικά από την αρχική του ασθενούς, λόγω της τάσης του να υπερεκτιμά τον κίνδυνο (van Oppen & Arntz, 1994).

Συνεχίζοντας, όσον αφορά την υπερεκτίμηση των συνεπειών του κινδύνου, ίσως είναι χρήσιμο ο ασθενής να ζητήσει πληροφορίες από έναν αρμόδιο πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Για την εμπειρική βάση της εκτίμησης των συνεπειών, μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί ένα πείραμα συμπεριφοράς, δηλαδή το άτομο να εκτελέσει κάποιες πράξεις και να διαπιστώσει εάν οι συνέπειες αυτών είναι διαχειρίσιμες και μπορούν να διορθωθούν (van Oppen & Arntz, 1994).

Ωστόσο, ακόμα και αν το ζήτημα του κινδύνου διευθετηθεί, αρκετά άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή εξακολουθούν να θέλουν να πραγματοποιήσουν καταναγκαστική συμπεριφορά. Με άλλα λόγια, ακόμα και αν η πιθανότητα μειωθεί, ο κίνδυνος παραμένει υψηλός εξαιτίας της απαράδεκτα υψηλής συνέπειας. Επομένως, οι στρατηγικές πρέπει να εστιάζουν και στο τι καθιστά την συνέπεια τόσο απαράδεκτη για το άτομο, την υπερεκτίμηση δηλαδή της προσωπικής ευθύνης (van Oppen & Arntz, 1994; Salkovskis, 2007).

Και σε αυτή τη περίπτωση, εντοπίζονται δυο όψεις της ευθύνης, αφορά την υπερεκτίμηση είτε του μεγέθους της είτε των αντιληπτών συνεπειών αυτής. Αναφορικά με το πρώτο, συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται συχνά η γνωστική τεχνική της πίτας, όπου αφού το άτομο καταγράψει σε μια λίστα τους παράγοντες του καταστροφικού γεγονότος, έπειτα τα τοποθετεί επάνω σε μια πίτα, όπου το μέγεθος του κομματιού που αντιστοιχεί σε κάθε παράγοντα αντικατοπτρίζει το βαθμό ευθύνης που θεωρεί το άτομο πως αντιπροσωπεύει, τοποθετώντας τελευταίο τον εαυτό του. Η τεχνική αυτή, σκοπό έχει να τροποποιήσει ο ασθενής τις αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την έκταση της προσωπικής του ευθύνης, καθώς εστιάζει και σε άλλους παράγοντες που έπαιξαν ρόλο στην έκβαση του γεγονότος,

συνειδητοποιώντας πως η δική του συμβολή είναι τελικά πολύ μικρότερη από αυτή που αρχικά θεωρούσε (van Oppen & Arntz, 1994).

Σε σχέση με τη δεύτερη εκδοχή της ευθύνης, μια άλλη χρησιμοποιούμενη τεχνική είναι αυτή του διπλού προτύπου. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει το που αποδίδει τις ευθύνες ο ασθενής, αν το συμβάν είχε συμβεί σε κάποιο άλλο άτομο και συγκρίνοντας το έπειτα αν το συμβάν αυτό συμβαίνει στον ίδιο (Salkovskis, 2007).

Άλλες στρατηγικές, προκειμένου να συνειδητοποιήσει ο ασθενής πως μια τέτοια συμπεριφορά τον βλάπτει, είναι για παράδειγμα η χρήση καθημερινού ημερολογίου, στο οποίο καταγράφει τις εισβολές που βίωσε μέσα στη μέρα και το ποσοστό της προσπάθειας που κατέβαλλε για να τις καταστείλει. Έπειτα, τους ζητείται να αυξήσουν την προσπάθεια τους συγκεκριμένες μέρες της εβδομάδας, και απλά να καταγράψουν την εμφάνιση των σκέψεων τις υπόλοιπες μέρες χωρίς να κάνουν κάποια ιδιαίτερη προσπάθεια. Πράγματι, το ποσοστό προσπάθειας καταστολής των εισβολών ήταν υψηλότερο τις μέρες που είχαν δοθεί οι αντίστοιχες οδηγίες στο άτομο (Salkovskis, 2007).

Κάθε συμπεριφορικό πείραμα, γενικά, είναι σχεδιασμένο, έτσι ώστε, ο ασθενής να ελέγχει την προηγούμενη απειλητική ερμηνεία του απέναντι σε μια εμπειρία, συγκριτικά με την επόμενη μη απειλητική, στην οποία έφτασε με την βοήθεια του θεραπευτή (Foa, 2010; Piacentini & Langley, 2004).

Όπως προαναφέρθηκε, η πιο αποτελεσματική μορφή Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, είναι η Έκθεση με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης, κατά την οποία ενεργοποιούνται οι ψυχαναγκαστικοί φόβοι του ατόμου, καθώς οι ασθενείς εκτίθενται στον παράγοντα που τους προκαλεί άγχος (έκθεση), κι έπειτα μέσω ενθάρρυνσης παρεμποδίζονται στο να πραγματοποιήσουν τον αντίστοιχο καταναγκασμό (παρεμπόδιση αντίδρασης) (Schruers, et al., 2005).

Επομένως, το άτομο βρίσκεται εκτεθειμένο σε καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, μέχρις ότου αυτό μειωθεί. Αυτό επιτυγχάνεται εξίσου μέσω της αντίστασης που παρουσιάζει το άτομο στο να εκτελέσει τις τελετουργίες. Ωστόσο, η παρεμπόδιση αυτή, αν και μειώνει την αρνητική ενίσχυση, μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα δυσφορίας στον ασθενή (Abramowitz, 1996; Thomsen, 2000).

Ανακεφαλαιώνοντας, η έκθεση αφορά την αντιμετώπιση του πραγματικού φόβου, καθώς η συμμετοχή σε περιστάσεις που προκαλούν εσκεμμένα άγχος, όπως το άγγιγμα του καθίσματος της λεκάνης, έχουν ως αυτοσκοπό την απόδειξη της μη εμφάνισης των επίφοβων αρνητικών συνεπειών (Salkovskis, 2007). Ενώ, η παρεμπόδιση της αντίδρασης συμπεριλαμβάνει την εσκεμμένη αποφυγή των τελετουργιών, και γενικά της καταναγκαστικής συμπεριφοράς, όπως να μην πλυθεί για την υπόλοιπη ημέρα, που συνήθως θα ακολουθούσε το άτομο προκειμένου να μειώσει το αίσθημα άγχους που το διακατέχει (Foa, 2010; Salkovskis, 2007).

Ο σκοπός είναι ο ασθενής να κατανοήσει πως η έως τότε συμπεριφορά του συμβάλει στη διατήρηση των δυσάρεστων συναισθημάτων, και ότι η διακοπή της είναι ευεργετική απέναντι στη δυσφορία που νοιώθει. Με αποτέλεσμα, το άτομο να συνειδητοποιεί ότι το άγχος μπορεί να μειωθεί χωρίς την εκτέλεση της τελετουργίας, καθώς και πως οι συνέπειες που φοβόταν δε συμβαίνουν τελικά, αμφισβητώντας τις αρχικές του προσδοκίες (Foa, 2002).

Συμπεριλαμβάνεται, επίσης, και μια διαδικασία επεξεργασίας κατά την οποία το άτομο συζητά με τον θεραπευτή την εμπειρία του κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, και σχολιάζει κατά πόσο ανταποκρίθηκε ή όχι στις προσδοκίες του (Foa, 2010; Piacentini & Langley, 2004). Για παράδειγμα, αν μετά το άγγιγμα του πατώματος χωρίς να πλύνει τα χέρια του, του προκάλεσε τόσο έντονο άγχος όσο περίμενε αρχικά και πως αξιολογεί την προτροπή του να πλυθεί (Salkovskis, 2007).

Γενικά, η μέθοδος στηρίζεται στην ιεραρχία των συμπτωμάτων, με μια σταδιακή εξέλιξη, ξεκινώντας από εκθέσεις σε πιο ήπια συμπτώματα και συνεχίζοντας στα περισσότερο δύσκολα. Σε αυτό το στάδιο, μπορεί να εφαρμοστεί η τεχνική του καθοδικού βέλους, όπου ο ασθενής τοποθετεί τα συμπτώματα ανάλογα με την προσωπική του εκτίμηση. Με αυτό τον τρόπο, το άτομο συνειδητοποιεί πως μια αθώα κατά την άποψη του σκέψη, μπορεί να του προκαλεί τελικά αρκετή δυσφορία (Foa, 2010; Piacentini & Langley, 2004).

Επίσης, παρά το γεγονός ότι οι πρακτικές εφαρμόζονται κυρίως κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, το περισσότερο όφελος παρατηρείται από την επαναλαμβανόμενη πρακτική στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου, άρα και ακολουθείται ένας συνδυασμός μεταξύ συνεδριών και εξάσκηση στο σπίτι (Foa, 2010; Piacentini & Langley, 2004). Ο σκοπός των

επαναλαμβανόμενων εκθέσεων είναι η εξάλειψη του άγχους μέσω της αυτόνομης προσαρμογής (Piacentini & Langley, 2004). Έτσι, στα πρώτα στάδια είναι απαραίτητη η διαμόρφωση των ασκήσεων από τον θεράποντα, και με την πάροδο του χρόνου αναλαμβάνει το άτομο τις ανάλογες πρωτοβουλίες (Salkovskis, 2007). Ενώ, η επιτυχία της μεθόδου φαίνεται από την ανάπτυξη διορθωμένων γνωστικών αντιλήψεων απέναντι στην αγχογόνο κατάσταση (Piacentini & Langley, 2004). Για αυτό το λόγο, είναι σημαντική η συζήτηση μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενούς (Salkovskis, 2007). Προς το τέλος της θεραπείας, δίνεται έμφαση στην αποτροπή των υποτροπών και στην διατήρηση των οφελών, επομένως και προγραμματίζονται, συνήθως, μία ή δύο φορές την εβδομάδα, ή ακόμα και καθημερινά, ανάλογα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Foa, 2010).

Συνεχίζοντας, η μέθοδος της Έκθεσης με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης μπορεί να περιλαμβάνει διαφορετικά συστατικά. Πρώτα τοποθετείται ο έλεγχος της έκθεσης, όπου οι συνεδρίες/εκθέσεις εποπτεύονται είτε από κάποιον θεράποντα είτε δίδονται ως άσκηση στο σπίτι για τον ασθενή (αυτοέλεγχος) (Abramowitz, 1996).

Διαπιστώθηκε πως η ελεγχόμενη από το θεράποντα θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από ότι η αυτοελεγχόμενη, καθώς η καθοδήγηση και η υποστήριξη που προσφέρει, βοηθάει τον ασθενή να νιώθει πιο άνετα με την όλη διαδικασία, καθώς και να μείνει προσηλωμένο και συγκεντρωμένο σε αυτή. Επίσης, βοηθάει και η ακεραιότητα του ειδικού στο να αξιολογεί τα επίπεδα άγχους του ασθενούς αλλά και την πρόοδο της θεραπείας. Χωρίς να αγνοείται το γεγονός, πως στη περίπτωση του αυτοελέγχου, το άτομο πιθανότατα να διακόπτει την έκθεση πριν το επιθυμητό επίπεδο εκδήλωσης του άγχους εξαιτίας της δυσφορίας που του προκαλεί. Βέβαια, με βάση αυτά τα δεδομένα, δεν σημαίνει ότι ο αυτοέλεγχος πρέπει να απορρίπτεται, καθώς ο συνδυασμός των δυο τακτικών φαίνεται να διατηρεί καλύτερα τα οφέλη (Abramowitz, 1996).

Επόμενο είναι το υποβλητικό μέσο, δηλαδή αν χρησιμοποιείται in vivo έκθεση (η έκθεση σε πραγματικά μέσα, όπως αντικείμενα, λέξεις, εικόνες ή καταστάσεις), ή φανταστική έκθεση (φαντάζοντας με λεπτομέρειες την κατάσταση που προκαλεί άγχος) ή ακόμα και συνδυασμός αυτών. Ένα παράδειγμα, in vivo έκθεσης είναι η χρήση της βρύσης στις δημόσιες τουαλέτες που πυροδοτούν ψυχαναγκασμούς φόβου μόλυνσης. Όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως οι ψυχαναγκασμοί θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, ή ο

φόβος μετάδοσης μιας ασθένειας λόγω μη επαρκούς πλυσίματος χεριών σε δημόσιο μπάνιο, άρα και περιθωριοποίηση από τα κοντινά πρόσωπα, είναι αδύνατον το άτομο να εκτεθεί πραγματικά απέναντι σε αυτό το ερέθισμα ή να λάβει αυτές τις συνέπειες των πράξεων του, αντίστοιχα, επομένως τίθεται η ανάγκη για χρήση φανταστικών μέσων (Abramowitz, 1996; Foa, 2010).

Καθώς, η φανταστική έκθεση δεν φέρει άμεσα αποτελέσματα, αλλά συμμετέχει στη μακροχρόνια συντήρηση της θετικής έκβασης (Foa, 2010), ο συνδυασμός των δυο αυτών ειδών έκθεσης φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικός σε σχέση με τη χρήση αποκλειστικά, in vivo έκθεσης. Γενικά, υποστηρίζεται πως όσο πιο κοντά είναι η έκθεση των ερεθισμάτων με το πραγματικό αντικείμενο του φόβου, τόσο πιο σημαντική βελτίωση θα σημειωθεί. Έτσι, ο συνδυασμός του φόβου των απτών αντικειμένων, όπως ένα μαχαίρι, μέσω της in vivo έκθεσης με τις συνέπειες, όπως ο φόβος να βλάψει κάποιον, μέσω της φανταστικής έκθεσης, επιφέρει το βέλτιστο αποτέλεσμα (Abramowitz, 1996).

Στην στρατηγική έκθεσης είτε ακολουθείται μια σταδιακή πρόοδος στην ένταση του άγχους που προκαλούν τα ερεθίσματα (σταδιακή έκθεση), είτε η θεραπεία ξεκινάει απευθείας με ερεθίσματα που προκαλούν το πιο έντονο άγχος (κατακλυσμιαία έκθεση). Η μεγαλύτερη μείωση στα συμπτώματα σημειώνεται, συνήθως, όταν η θεραπεία περιλαμβάνει περισσότερες συνεδρίες μεγαλύτερης διάρκειας (Abramowitz, 1996).

Τέλος, αναφέρεται ο βαθμός παρεμπόδισης της αντίδρασης, δηλαδή αν συνεπάγεται η πλήρης ή η μερική αποχή από την τελετουργία. Προφανώς, η πλήρης παρεμπόδιση της αντίδρασης ήταν περισσότερο ωφέλιμη σε σχέση με την μερική ή και την καθόλου. Είναι σημαντικό η εκτέλεση των τελετουργιών να μπλοκάρεται καθ’ όλη τη διάρκεια της θεραπείας, όπως για παράδειγμα ένα άτομο με καταναγκαστική τάση για ντους, παροτρύνεται να απέχει πλήρως όλη την ημέρα, εκτός από δέκα λεπτά κάθε δεύτερη μέρα. Αυτό έχεις ως αποτέλεσμα, και το άτομο να απελευθερώνεται από την ευθύνη στο να αποφασίσει πότε είναι επιτρεπτό να υποκύψει στον καταναγκασμό (Abramowitz, 1996).

Βέβαια, καταλήγοντας, απαραίτητη προϋπόθεση για βέλτιστο αποτέλεσμα αποτελεί η ταυτόχρονη εφαρμογή και της έκθεσης, αλλά και της παρεμπόδισης αντίδρασης, αφού θεραπείες χωρίς τον συνδυασμό αυτών φέρουν συχνά κατώτερο αποτέλεσμα (Foa, 2010).

Εκτός των άλλων, ένας παράγοντας που είναι σημαντικό να μην αγνοείται, είναι αυτός της οικογένειας. Το γεγονός πως η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, τις περισσότερες φορές επηρεάζει αρνητικά τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, συχνά κρίνεται αναγκαίο να συμμετέχει ο σύντροφος, ή οι γονείς, κυρίως σε περιστατικά παιδιών, ή κάποιο άλλο μέλος στη θεραπευτική στρατηγική που πρόκειται να εφαρμοστεί (Stein, 2002; Piacentini & Langley, 2004).

Γενικότερα, ο παράγοντας της οικογένειας, ιδίως σε περιστατικά παιδιών, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς όχι μόνο επηρεάζεται από την ίδια την διαταραχή, αλλά και η πρώτη επηρεάζει την εξέλιξη της δεύτερης. Συγκεκριμένα, ένα υπερβολικά συναισθηματικό κλίμα μπορεί να επιδεινώσει τη κατάσταση, σε αντίθεση με ένα ήρεμο και υποστηρικτικό, το οποίο είναι ικανό να προάγει τη θετική έκβαση της διαταραχής (Thomsen, 2000).

Συχνά, τα μέλη της οικογένειας φαίνεται να συμμετέχουν ενεργά στις τελετουργίες του παιδιού, ή ακόμα και να καθησυχάζουν τις ανησυχίες του, προκειμένου να αποφευχθούν ξεσπάσματα άγχους ή θυμού. Σε αντίθεση, υπάρχουν και μέλη που αρνούνται να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους συμπεριφορές του παιδιού, αλλά καταφεύγουν σε έντονες διαφωνίες με το παιδί (Thomsen, 2000).

Επομένως, έτσι ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα από την θεραπεία, απαιτείται η εφαρμογή προσεκτικής συμβουλευτικής στην οικογένεια. Η ορθή βοήθεια από τους γονείς χρειάζεται αντικειμενικότητα, έτσι ώστε να μειωθεί η εμπλοκή τους στα συμπτώματα του παιδιού. Τέλος, ορισμένες φορές, οι ομάδες υποστήριξης γονέων μπορεί να είναι ωφέλιμες στην ανάπτυξη δεξιοτήτων παρέμβασης (Thomsen, 2000).

Για να γίνει πιο κατανοητή η θέση της οικογένειας σε παιδικά περιστατικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, είναι ωφέλιμο να αναφερθεί μια μελέτη περίπτωσης ενός 12χρονου αγοριού με συμπτώματα όπως ψυχαναγκασμοί μόλυνσης και φόβοι μετάδοσης της σε άλλους, τελετουργίες σχετικά με το σκούπισμα και το πλύσιμο των χεριών, με επακόλουθα προβλήματα και στην ομάδα μπάσκετ, αναζήτηση επιβεβαίωσης από γονείς, ενοχλητικές βίαιες και σεξουαλικές εικόνες, έλεγχος ασκήσεων για τυχόν λάθη έτσι ώστε να μη συμβεί κάτι κακό, και διάβασμα φράσεων μέχρι να ακούγονται απόλυτα σωστά (Piacentini & Langley, 2004).

Τα πρώτα συμπτώματα έγιναν αντιληπτά από την ηλικία των 8 ετών. Η συμμετοχή της οικογένειας ήταν αρκετά εμφανής. Αρχικά, οι γονείς απογοητεύονταν καθώς διαρκώς έπρεπε να επιβεβαιώνουν το παιδί ότι δε μολύνθηκε ή δε θα μόλυνε κάποιον, ή ότι δεν είναι κακό επειδή σκέφτεται τέτοιου περιεχομένου εικόνες. Ενώ, ταυτόχρονα, τα αδέρφια του εμφάνιζαν αισθήματα ζήλιας απέναντι του, καθώς πολλά από τα έως τότε δεδομένα είχαν αλλάξει. Για παράδειγμα, έχαιρε περισσότερης προσοχής από τους γονείς του, καθώς θα φρόντιζαν να έχει διαρκώς επιπλέον σαπούνι και πετσέτες, τα οποία δεν επιτρέπονταν να αγγίζουν τα αδέρφια του. Επίσης, είχε απαλλαχθεί από τις δουλειές του σπιτιού (Piacentini & Langley, 2004).

Η θεραπεία ξεκίνησε με μια ψυχοεκπαίδευση σε όλη την οικογένεια σχετικά με την διαταραχή, εστιάζοντας στο ότι αποτελεί μια νευροσυμπεριφορική αρκετά συχνή διαταραχή με κοινά αισθήματα άγχους, προκειμένου να μειωθεί το στίγμα, ο θυμός και οι ενοχές που συχνά νοιώθουν τα μέλη μιας τέτοιας οικογένειας. Επόμενο βήμα αποτελεί η δημιουργία μιας λίστας ιεράρχησης συμπτωμάτων, με κλίμακα που ξεκινά από το 1 και καταλήγει στο 10, αρχίζοντας από τη λιγότερη προς τη περισσότερη δυσφορία που προκαλούν τα αντίστοιχα συμπτώματα. Εν συνεχεία, τοποθετείται η γνωστική αναδιάρθρωση, κατά την οποία το παιδί μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα του, να αποστασιοποιείται από αυτά και να αντιμετωπίζει το άγχος. Έτσι, επιτυγχάνει να γίνει πιο δυνατό από την διαταραχή (Piacentini & Langley, 2004).

Έπειτα, έρχεται το κύριο μέρος της θεραπείας, η έκθεση με την παρεμπόδιση της αντίδρασης, το οποίο εφαρμόστηκε και εντός αλλά και εκτός των συνεδριών. Γενικά, ο θεραπευτής ενθάρρυνε το παιδί να έρθει σε επαφή με το ερέθισμα του φόβου του και να αντισταθεί να αντιδράσει καθ’ όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, για παράδειγμα η πραγματική ή φανταστική επαφή με ένα κάδο απορριμμάτων, ένα πόμολο, μια μπάλα του μπάσκετ και δημόσια τραπέζια, χωρίς να επιτρέπεται να πλυθεί έπειτα, καθώς και η παράδοση ημιτελών εργασιών ή η αγνόηση κάποιων γραμμών ή λέξεων ενώ διάβαζε (Piacentini & Langley, 2004).

Το σχήμα ολοκληρώθηκε με την αντιμετώπιση των εμμονών. Σε αυτό το στάδιο το παιδί κατέγραφε τους ψυχαναγκασμούς του, και τους περιέγραφε δυνατά στον θεραπευτή του, ενώ έπειτα τους μετέτρεπε σε κάτι ευχάριστο και αστείο, όπως τραγούδια ή χιουμοριστικές

σκηνές. Μια διαδικασία, η οποία εφαρμόστηκε έως ότου γίνει συνήθεια (Piacentini & Langley, 2004).

Από τα πιο σημαντικά στοιχεία της επιτυχημένης θεραπείας, όμως, ήταν η συμβολή της οικογένειας, όπου πέρα από τις αρχικές πληροφορίες, δόθηκαν και επιπλέον οδηγίες σχετικά με τα συμπτώματα του παιδιού. Αρχικά, έπαψαν να αποδίδουν ευθύνες στο ίδιο το παιδί για τα συμπτώματα του, εφόσον η διαταραχή είναι υπεύθυνη για αυτά. Επίσης, παρουσιάστηκαν λύσεις για το πώς να απεμπλακούν και να αντιδρούν σωστά απέναντι σε αυτά, όπως μέσω της ενθάρρυνσης του παιδιού. Με αποτέλεσμα, το παιδί να γίνει πιο αυτόνομο και κοινωνικό. Κατά το τέλος, έγινε μια ανακεφαλαίωση των όσων διδάχτηκαν και κέρδισαν από τη θεραπεία, αλλά και προτάθηκαν κάποιες ακόμα τεχνικές σε περίπτωση ανάγκης (Piacentini & Langley, 2004).

Συνοψίζοντας, μετά από 12 συνεδρίες σημειώθηκε σημαντική μείωση των ψυχαναγκαστικών καταναγκαστικών συμπτωμάτων του παιδιού, καθώς και βελτίωση σε όλους τους τομείς. Δεν αναζητούσε πλέον επιβεβαίωση, ενώ οι γονείς του δε βίωναν πλέον δυσφορία και αντιμετώπιζαν ισότιμα όλα τα παιδιά τους. Επιπλέον, το παιδί μπορούσε καλύτερα να συγκεντρωθεί στο σχολείο αλλά και να ολοκληρώσει τις ασκήσεις του σε κανονικό χρόνο, ενώ μπορούσε να παίξει μπάσκετ χωρίς ανησυχίες. Ωστόσο, ενώ τα περισσότερα συμπτώματα είχαν εξαφανιστεί, κάποιες σεξουαλικές εικόνες παρέμειναν, χωρίς όμως να του προκαλούν δυσαρέσκεια, καθώς πλέον τις θεωρούσε απλά ως μέρος της διαταραχής (Piacentini & Langley, 2004).

Οι περισσότερες έρευνες που αφορούν την ψυχοθεραπεία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, συνήθως περιλαμβάνουν ασθενείς με κατάθλιψη και συνοσηρότητα παθολογικής προσωπικότητας, ενώ έχουν μελετηθεί ποικίλες μέθοδοι με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα (de Reus & Emmelkamp, 2012).

Σε συνέχεια με τα προηγούμενα, η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία φαίνεται να έχει και εδώ θετικά αποτελέσματα, όπως αποδεικνύει μια μελέτη διάρκειας 3 μηνών με 10 συμμετέχοντες διαγνωσμένους με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και μέτριο βαθμό άγχους και κατάθλιψης. Έπειτα από περίπου 22 συνεδρίες, σημειώθηκε μείωση στη σοβαρότητα της διαταραχής, καθώς και βελτίωση στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Ng, 2005).

Ενδιαφέρον προκαλεί μια άλλη έρευνα, η οποία στρέφει τη προσοχή αλλού, καθώς το επίκεντρο της αποτελεί η θεραπευτική σχέση. Συμμετείχαν 30 ασθενείς διαγνωσμένοι με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας ή Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, οι οποίοι ακολούθησαν ένα πρόγραμμα με Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία για 52 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ισχυρότερες πρώιμες συμμαχίες και επεισόδια επιδιόρθωσης-ρήξης (διαταραχές ή μετατοπίσεις της θεραπευτικής συμμαχίας), συνδέονται με τη συμπλήρωση περισσότερων συνεδριών, τη γρηγορότερη βελτίωση της κατάθλιψης αλλά και την υψηλότερη βελτίωση στα αντίστοιχα συμπτώματα προσωπικότητας (Strauss, et al., 2006).

Η βραχυπρόθεσμη Δυναμική Υποστηρικτική Θεραπεία είναι, επίσης, μια από τις πρώτες μεθόδους που έχει φανεί αποτελεσματική για τη συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας. Κατά τη μέθοδο αυτή, ο θεραπευτής προσπαθεί να χτίσει μια θεραπευτική συμμαχία, έπειτα ακούει το υλικό του ασθενούς, ενώ παράλληλα δημιουργεί μια συγκεκριμένη μορφή δυναμικής διαμόρφωσης, η οποία συμβάλει στην κατανόηση λειτουργίας της δομής των βασικών συγκρούσεων και περιλαμβάνει τις κύριες επιθυμίες του ασθενούς, πως ο ασθενής βλέπει ή περιμένει να ανταποκριθούν ή άλλοι απέναντι του και πως ο ασθενής νιώθει, σκέφτεται ή συμπεριφέρεται. Η μέθοδος στηρίζεται στις αφηγήσεις του ασθενούς σχετικά με τις τωρινές αλλά και τις προηγούμενες διαπροσωπικές του σχέσεις. Με αυτό τον τρόπο, ο θεραπευτής αρχίζει να ερμηνεύει τα δεδομένα με βάση τις σχέσεις του ατόμου στο παρόν και στο παρελθόν. Σημαντικό, ακόμα, στοιχείο της μεθόδου αποτελεί η θέσπιση κατάλληλων στόχων για το κάθε στάδιο της θεραπείας, αλλά και με βάση το κίνητρο του ασθενούς (Barber, et al., 1997).

Προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή η εφαρμογή αυτής της στρατηγικής στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αναφέρεται πως η εστίαση στις επιθυμίες του ασθενούς, τον βοηθά να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματα του και να μειωθούν οι συζητήσεις περί αμυντικού υλικού. Για παράδειγμα, για να αντιμετωπιστεί μια συζήτηση περί τελειομανίας, είναι πιο λειτουργικό να εκφράσει ο ασθενής τι πραγματικά θέλει παρά να χαθεί στις λεπτομέρειες των αφηγήσεων του (Barber, et al., 1997).

Παλαιότερη έρευνα αποτελούμενη από δυο ομάδες ασθενών, μια πρώτη από 24 άτομα με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας και μια δεύτερη από 14 άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, οι οποίες υποβλήθηκαν σε βραχυπρόθεσμη Δυναμική Υποστηρικτική Θεραπεία για 52 εβδομαδιαίες συνεδρίες, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η δεύτερη ομάδα θεραπεύτηκε πιο γρήγορα σε σχέση με την πρώτη. Ταυτόχρονα, βελτίωση σημειώθηκε και στα δυο σύνολα σχετικά με τη διαταραχή προσωπικότητας, την κατάθλιψη, το άγχος, τη γενική λειτουργικότητα και τα διαπροσωπικά προβλήματα (Barber, et al., 1997).

Ωφέλιμη έχει αποδειχτεί, επίσης, η Μεταγνωστική Διαπροσωπική Θεραπεία. Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται συχνά σε διαταραχές προσωπικότητας και βασίζεται στην ιδέα της δυσλειτουργικής μετάγνωσης, η οποία αφορά την αυτό-αντανάκλαση, τη δυσκολία, δηλαδή, των ασθενών να περιγράψουν τις εσωτερικές τους εμπειρίες ή να αναγνωρίσουν τα δικά τους συναισθήματα και σκέψεις, την ικανότητα διαχωρισμού πραγματικότητας και φαντασίας, καθώς και την εικόνα του εαυτού τους στους άλλους. Επίσης, σχετίζεται με την ανικανότητα να κατανοήσουν το μυαλό των άλλων, τα συναισθήματα και την ψυχική τους κατάσταση, καθώς και να αντιληφθούν τα κίνητρα πίσω από τις πράξεις τους, αλλά και να δεχτούν ότι δεν αποτελούν το επίκεντρο στη σκέψη των άλλων και πως κάποιος μπορεί να έχει διαφορετική οπτική γωνία σε σχέση με τους ίδιους. Αυτή η ανικανότητα σχετικά με την σκέψη και το ψυχικό κόσμο, έχει ως αποτέλεσμα, να αδυνατούν να δημιουργήσουν μια υγιή συνεργατική σχέση, είτε με τον θεραπευτή, είτε και γενικότερα με την οικογένεια, το σύντροφο, τους φίλους, τους συνεργάτες τους (Dimaggio, et al., 2011; Fiore, et al., 2008).

Η ποιότητα των σχέσεων εξαρτάται, επίσης, από το περιβάλλον του ατόμου, και ιδίως του παιδιού, και κατά πόσο αυτό του επιτρέπει να αναπτύξει αυτές τις γνωστικές δεξιότητες, αν εντοπίζεται δηλαδή η απαιτούμενη ζεστασιά και φροντίδα (Dimaggio, et al., 2011; Fiore, et al., 2008). Γενικά, τα άτομα αυτά τείνουν να δίνουν περισσότερο προσοχή στα αρνητικά ερεθίσματα, όπως η κριτική ή η απόρριψη, ενώ παράλληλα υπολογίζουν στην αρνητική στάση των άλλων, με αποτέλεσμα να δημιουργούν ένα κοινωνικό κύκλο, όπου όντως λαμβάνουν τέτοιου είδους συμπεριφορές (Dimaggio, et al., 2011).

Επομένως, ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι να δημιουργηθεί μια όσο γίνεται ομαλή και δυνατή θεραπευτική σχέση, χωρίς πιέσεις. Έτσι, είναι σημαντικό, ο θεραπευτής να μην

αναμιγνύεται ή να συμμετέχει στην διατήρηση αυτής της συμπεριφοράς. Ο στόχος είναι να διακοπεί αυτή η στάση και να εμπλουτιστεί η εσωτερική γνωστική αντίληψη, μέσω του διαλόγου και της συζήτησης. Όσο, βελτιώνεται η μετάγνωση τόσο πιο εύκολα κατανοεί ο ένας το μυαλό του άλλου και επιτυγχάνεται ο στόχος της θεραπείας (Dimaggio, et al., 2011; Fiore, et al., 2008)

Υπάρχουν δυο στάδια της θεραπείας. Στο στάδιο της ρύθμισης, τα βήματα αποτελούν, αρχικά, τη καταγραφή της λεπτομερούς περιγραφής ενός ανάλογου επεισοδίου με επαναλήψεις έως ότου ξεδιπλωθούν όλες οι απαραίτητες ερμηνείες με εστίαση στις σκέψεις και τα συναισθήματα. Στο επόμενο βήμα, μελετούνται όλοι οι παράγοντες που μπορεί να προκάλεσαν το γεγονός. Έπειτα, προκαλούνται επεισόδια που μπορεί να συσχετίζονται με προηγούμενα, προκειμένου να συλλεχθούν όλες οι πληροφορίες που μπορεί να συνδέονται με κάποιο μοτίβο. Οι διαδικασίες αυτές επαναλαμβάνονται μέχρι να ανακτηθεί όλο το απαιτούμενο υλικό. Σε δύσκολες περιπτώσεις, υπάρχει πιθανότητα ο θεραπευτής να γίνει πιεστικός και ο ασθενής να αποχωρήσει από τη θεραπεία (Dimaggio, et al., 2011).

Στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αλλαγής, οι ασθενείς ωθούνται να κρατήσουν μια κριτική στάση απέναντι στις θεωρίες τους, να ανακαλύψουν νέους τρόπους να σκέφτονται τα προβλήματα τους και να βρίσκουν δημιουργικές λύσεις για αυτά, καθώς και να έχουν μια ωριμότερη αντίληψη σχετική με τη σκέψη των άλλων. Ο διάλογος, είναι ένα μέσο που βοηθάει πολύ σε αυτό το σημείο της θεραπείας, έτσι ώστε να γίνει ανταλλαγή απόψεων, για ίδια θέματα αλλά από διαφορετικές οπτικές γωνίες, μέχρι να γίνουν κατάλληλες αναπαραστάσεις του εαυτού, των άλλων και των προβλημάτων που μπορεί να παρεμποδίζουν την επίτευξη των στόχων. Είναι ένα στάδιο, που συχνά συνοδεύεται από μια κακή θεραπευτική σχέση, για αυτό και ο θεραπευτής είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει ή και να αποτρέψει τις όποιες αρνητικές συμπεριφορές, μέσω αναγνώρισης των προβληματικών μοτίβων και αποστασιοποίησης του, έτσι ώστε να μην υπάρξει επιδείνωση (Dimaggio, et al., 2011).

Ένα από τα περιστατικά που εφαρμόστηκε η παραπάνω θεραπεία, είναι και αυτό μιας 29χρονης γυναίκας, με διάγνωση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, Καταθλιπτικής Διαταραχής Προσωπικότητας και ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά, καθώς και δυσλειτουργική μετάγνωση. Μετά το πρώτο χρόνο θεραπείας,

είχαν αρχίσει να σημειώνονται οι πρώτες μειώσεις στα επίπεδα της κατάθλιψης και της δυσφορίας, αλλά και των γενικών συμπτωμάτων. Επισημαίνεται, πως πολλές φορές θεραπείες που στοχεύουν στη ψυχική κατάσταση του ασθενούς, μπορεί να χρειαστούν πάνω από ένα χρόνο για να φέρουν σημαντικά αποτελέσματα (Dimaggio, et al., 2011).

Πολλές φορές εκτός, από τις ατομικές συνεδρίες, φαίνεται να βοηθάει και η θεραπεία σε ομάδες, καθώς άλλα άτομα μπορούν να δώσουν μια διαφορετική εκδοχή για την εικόνα του ασθενή, μέσω για παράδειγμα των ρόλων, όπου η αναπαράσταση της συμπεριφοράς του ασθενή από ένα άλλο μέλος της ομάδας, μπορεί να αποδείξει πόσο διαφέρει τελικά η εικόνα του στους άλλους σε σχέση με αυτή που αρχικά θεωρούσε (Fiore, et al., 2008).

Αυτό αποδεικνύεται από μια μελέτη περίπτωσης ενός άντρα 48 ετών διαγνωσμένου με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας και χαρακτηριστικά Εξαρτώμενης Διαταραχής Προσωπικότητας, καθώς και σημάδια μεταγνωστικής δυσλειτουργίας, στον οποίο εφαρμόστηκε Μεταγνωστική Θεραπεία, με ατομικές αλλά και ομαδικές συνεδρίες, έπειτα από ένα χρόνο θεραπείας, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση. Υπήρξε βελτίωση στις μεταγνωστικές του ικανότητες, μείωση στη σχολαστικότητα και την τελειομανία του, αύξηση στην επαγγελματική αλλά και οικογενειακή του παραγωγικότητα, ενώ κάποιες ανησυχίες που έχουν παραμείνει είναι λιγότερο έντονες και συχνές σε σχέση με πριν. Η συνδυασμένη θεραπεία, βοήθησε τον ασθενή να αποκτήσει καλύτερη πρόσβαση στις εμπειρίες του, αλλά και να αντιληφθεί ότι δεν υπήρχε κανένα ίχνος κριτικής ή φόβου απειλής από την υπόλοιπη ομάδα και πως οφειλόταν στις λανθασμένες στρατηγικές που ακολουθούσε για να καταπολεμήσει αυτή του την ανησυχία (Fiore, et al., 2008).

Μια ακόμα θεραπεία που έχει φανεί αποτελεσματική είναι η θεραπεία των σχημάτων, μια ολοκληρωμένη ψυχοθεραπεία που συνδυάζει θεωρίες και τεχνικές άλλων μεθόδων. Βασίζεται σε 4 έννοιες: α) τα σχήματα (πρώιμα δυσλειτουργικά), οργανωμένα πρότυπα σκέψεις και συμπεριφοράς, κυρίως αυτό-τραυματικά που ξεκινούν από τη παιδική ηλικία και συνεχίζουν μέχρι και την ενήλικο ζωή, β) δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές, συμπεριφορικές απαντήσεις στα σχήματα, γ) τρόποι λειτουργίας, καταστάσεις του νου σχετικά με τις δυο προηγούμενες έννοιες και δ) βασικές συναισθηματικές ανάγκες, όπως η

σύνδεση, η φροντίδα και η αυτονομία, η έλλειψη των οποίων κατά τη παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση όλως των προηγούμενων (Montazeri, et al., 2014).

Οι πρώτες συνεδρίες αφιερώνονται στην γνωριμία με τον ασθενή και στην συμπλήρωση κάποιων βασικών ερωτηματολογίων σχετικά με το άγχος και άλλα θέματα, προκειμένου να σχεδιαστεί το πλάνο της θεραπείας. Έπειτα, αξιολογούνται οι προαναφερθείσες έννοιες με βάση το συγκεκριμένο πλάνο θεραπείας σχημάτων για τον ασθενή. Στις επόμενες συνεδρίες, ακολουθούνται στρατηγικές όπως συναισθηματικές πειραματικές τεχνικές (π.χ. διάλογος εικόνων), γνωστικές τεχνικές (π.χ. έλεγχος εγκυρότητας σχημάτων, αξιολόγηση θετικών και αρνητικών των δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης σχημάτων, διάλογοι μεταξύ υγιών εκδοχών και αυτών των σχημάτων, συμπλήρωση ημερολογίου σχημάτων), συμπεριφορικές τεχνικές (πρακτικές τέτοιες ώστε να εγκαταλειφθούν οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης σχημάτων και η υιοθέτηση εκείνων που θα ικανοποιούν τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες). Οι τελευταίες συνεδρίες αφορούν την παρακολούθηση της θεραπείας (Montazeri, et al., 2014).

Η μελέτη περίπτωσης μιας γυναίκας 32 ετών διαγνωσμένη με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, η οποία υποβλήθηκε σε θεραπεία σχημάτων για 23 συνεδρίες, αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα της. Πιο συγκεκριμένα, σημειώθηκε μείωση στην ένταση των αντίστοιχων συμπτωμάτων της διαταραχής, και του άγχους, αλλά και διατήρηση αυτής έως και 2 μήνες μετά. Ωστόσο, σημειώνεται ότι για καλύτερη έκβαση απαιτούνται περισσότερες συνεδρίες (Montazeri, et al., 2014).

1.6.2. Φαρμακευτική Χορήγηση

Ως θεραπεία εκλογής για την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή θεωρείται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, παράγοντες αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, SRIs (Aouizerate, et al., 2004; Goodman, etl., 1992; Hollander, et al., 2000). Τα φάρμακα αυτά δρουν μέσω της παρεμπόδισης του μεταφορέα της σεροτονίνης που βρίσκεται στις πλασματικές μεμβράνες των προσυναπτικών νευρικών άκρων, και επομένως αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (Aouizerate, et al., 2004).

Από αυτά, η κλομιπραμίνη, ήταν η πρώτη που έφερε θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, οι σοβαρές παρενέργειες που προέκυπταν από τη λήψη της, έφεραν στο προσκήνιο τους εκλεκτικούς παράγοντες αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, SSRIs, όπως η φλουβοξαμίνη, η φλουοξετίνη, η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη, τα οποία είναι πιο καλά ανεκτά και χορηγούνται και σε ενήλικες αλλά και σε παιδιά και εφήβους (Aouizerate, et al., 2004; Goodman, etl., 1992; Grados & Riddle, 2001; Hollander, et al., 2000; Thomsen, 2000).

Μελετώντας το κάθε αντικαταθλιπτικό χωριστά, η κλομιπραμίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, το οποίο εκτός από παράγοντας αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, είναι ένας ισχυρός αναστολέας της νορεπινεφρίνης και έχει μέτρια ικανότητα δέσμευσης του υποδοχέα της ντοπαμίνης (Hollander, et al., 2000).

Σε μία από τις πιο σημαντικές έρευνες που απέδειξαν την αποτελεσματικότητα της κλομιπραμίνης, συμμετείχαν 520 άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, στα οποία χορηγήθηκαν έως 300 mg/d κλομιπραμίνη ή placebo. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι η κλομιπραμίνη είναι κλινικά ανώτερη του placebo, καθώς σημειώθηκε υψηλότερο ποσοστό μείωσης των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων (The Clomipramine Collaborative Study Group, 1991).

Ωστόσο, η πρόσληψη της προκάλεσε σοβαρές παρενέργειες σε ορισμένα άτομα, όπως επιληπτικές κρίσεις και αύξηση των επιπέδων αμινοτρανσφεράσης (ηπατικό ένζυμο) έως και 3 φορές πάνω από το φυσιολογικό. Υποστηρίζεται, πως η σοβαρότητα των παρενεργειών εξαρτάται από τη δόση του φαρμάκου. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και την ανταπόκριση τους ασθενούς, συστήνεται η χορήγηση να κυμαίνεται στα 150-250 mg/d, καθώς και να μην ξεπερνά τα 250 mg/d (The Clomipramine Collaborative Study Group, 1991).

Προσθέτοντας, σε μια άλλη δοκιμή με χρήση κλομιπραμίνης, η επίδραση της έγινε εμφανής μετά το πέρας των 5 εβδομάδων, ενώ φάνηκε πως με τη διακοπή του φαρμάκου η βελτίωση αυτή δε διατηρείται, με την εμφάνιση ήπιων υποτροπών για λίγες εβδομάδες μετά την διακοπή (Thoren, et al., 1980).

Η θετική δράση της κλομιπραμίνης εντοπίζεται και στα παιδιά, όπως αποδεικνύεται από μια προγενέστερη μελέτη ενός δείγματος 19 παιδιών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική

Διαταραχή, τα οποία έλαβαν 100-200 mg/d κλομιπραμίνη ή placebo για 5 εβδομάδες. Μάλιστα, η ανακούφιση από τα συμπτώματα επήλθε πιο σύντομα συγκριτικά με τους ενήλικες, υποδηλώνοντας έτσι πως η ανταπόκριση στα παιδιά είναι ελαφρώς πιο γρήγορη (Flament, et al., 1985).

Να σημειωθεί, επίσης, πως τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρέμειναν σχετικά σταθερά, υποστηρίζοντας έτσι ότι η δράση της δεν οφείλεται στην ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, και σε αυτή τη περίπτωση εντοπίζονται σημαντικές παρενέργειες, όπως αντιχολινεργικά συμπτώματα (Flament, et al., 1985).

Συνεχίζοντας, η φλουοξετίνη ήταν από τους πρώτους εκλεκτικούς παράγοντες αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης που ερευνήθηκαν σε ενήλικες και παιδιά (Grados & Riddle, 2001). Έχει τη πιο μακρά διάρκεια ημι-ζωής (48-96 ώρες) (Hollander, et al., 2000; Vythilingum, et al., 2000) και είναι το μόνο από αυτού του είδους αντικαταθλιπτικά που φέρει έναν ενεργό μεταβολίτη (νορεπινεφρίνη), ο οποίος εμποδίζει σημαντικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, άρα και συμμετέχει στην αντιψυχαναγκαστική αποτελεσματικότητα του (Vythilingum, et al., 2000).

Η βασικότερη έρευνα σχετικά με την δράση της φλουοξετίνης, αποτελεί μια που διήρκησε 12 εβδομάδες και στην οποία συμμετείχαν 61 άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, όπου παρατηρήθηκε μια σημαντική ολική βελτίωση και στα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά αλλά και στα καταθλιπτικά συμπτώματα, είτε υπήρχε συνοσηρότητα με κατάθλιψη είτε όχι (Jenike, et al., 1989).

Επιπλέον δεδομένα αντλούνται από μια επόμενη μελέτη διάρκειας 8 εβδομάδων με 214 ασθενείς με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, στους οποίους χορηγήθηκε placebo ή δόσεις των 20, 40 ή 60 mg/d φλουοξετίνη. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οποιαδήποτε δόση φλουοξετίνης έχει θετική επίδραση απέναντι στη διαταραχή, περισσότερη σε σχέση με το placebo, αν και ανάμεσα σε αυτό και τη χαμηλότερη δόση η διαφορά δεν ήταν σημαντική (Montgomery, et al., 1993).

Σημαντικό είναι το γεγονός, όμως, ότι τα αποτελέσματα είναι πιθανό να είναι ορατά σε βάθος χρόνου, δηλαδή μετά από κάποιους μήνες και όχι εβδομάδες όπως συνήθως. Δεδομένου αυτού, χρειάζεται να υπάρχει κάποιο μεσοδιάστημα πριν κριθεί ότι κάποιος

ασθενής παρουσιάζει αντίσταση στη θεραπεία ή δοθούν αυξημένες δόσεις (Montgomery, et al., 1993).

Ταυτόχρονα, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της φλουοξετίνης για βραχύχρονη θεραπεία παρατηρείται και στα παιδιά, όπως προκύπτει από ένα δείγμα 14 παιδιών και εφήβων ηλικίας 8-15 χρόνων, μέσω της χορήγησης 20 mg/d φλουοξετίνης ή placebo για 8 εβδομάδες. Και σε αυτή τη περίπτωση, η φλουοξετίνη ήταν κλινικά ανώτερη του placebo, ενώ οι παρενέργειες (αϋπνία, κόπωση, κινητική ενεργοποίηση, ναυτία) από τη πρόσληψη της πρώτης ήταν καλά ανεκτές, ενώ δεν σημειώθηκαν αλλαγές στους βιοχημικούς δείκτες και τη ζωτική λειτουργία (Riddle, et al, 1992).

Σε επόμενο στάδιο, η φλουβοξαμίνη είναι ένας ισχυρός εκλεκτικός παράγοντας αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, με τη πιο χαμηλή διάρκεια ημι-ζωής (16 ώρες) από αυτού του είδους αντικαταθλιπτικά. Ήταν, επίσης, το πρώτο αντικαταθλιπτικό αυτού του είδους, που εγγράφτηκε για χρήση σε περιπτώσεις Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (Vythilingum, et al., 2000) και το πρώτο που πήρε άδεια για χρήση σε παιδιά (Grados & Riddle, 2001; Vythilingum, et al., 2000).

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη 10 εβδομάδων ενός δείγματος 160 ατόμων με διάγνωση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, απέδειξε τα αυξημένα κλινικά οφέλη, καθώς και την αυξημένη βελτίωση που φέρει η χορήγηση φλουβοξαμίνης έναντι του placebo σε δόσεις 100-300 mg/d, με ήπιες, μάλιστα, παρενέργειες (Goodman, et al., 1996).

Προστίθενται πως η χρήση της φλουβοξαμίνης είναι αποτελεσματική και καλά ανεκτή και σε μικρότερες ηλικίες, όπως συμπεραίνεται από έρευνα σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-17 ετών, στα οποία δόθηκε φλουβοξαμίνη ή placebo σε δόσεις των 50-200 mg/d για 10 εβδομάδες. Το ενδιαφέρον είναι πως η μείωση στη σοβαρότητα των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων έγινε εμφανής από την πρώτη κιόλας εβδομάδα της θεραπείας, ενώ η μέγιστη βελτίωση είχε επιτευχθεί από την τρίτη ήδη εβδομάδα, σημειώνοντας, έτσι, μια πιο γρήγορη θεραπευτική ανταπόκριση σε σχέση με τους ενήλικες (Riddle, et al., 1991).

Συνεχίζοντας, η σερτραλίνη είναι περισσότερο εκλεκτικός ως παράγοντας αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης σε σχέση με τη φλουοξετίνη και τη φλουβοξαμίνη, έχει

24 ώρες χρόνο ημι-ζωής, ενώ φτάνει σε σταθερή κατάσταση μέσα σε 4 με 5 ημέρες (Vythilingum, et al., 2000).

Η χρήση σερτραλίνης μπορεί να είναι ωφέλιμη για μακρόχρονη θεραπεία, όπως συμπεραίνεται από μια έρευνα αποτελούμενη από 325 συμμετέχοντες με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, στους οποίους δόθηκε για ένα χρόνο σερτραλίνη σε δόσεις των 50, 100 ή 200 mg/d ή placebo. Τα άτομα που λάμβαναν σερτραλίνη ήδη από τον τρίτο μήνα εμφάνιζαν άψογη ανεκτικότητα και παρατεταμένη βελτίωση, η οποία διατηρήθηκε για ένα χρόνο. Προτείνεται, βέβαια, η δοσολογία να ξεκινά από τη χαμηλότερη, δηλαδή στα 50 mg/d σερτραλίνης, και να αυξηθεί έπειτα διαδοχικά, αφού έχει διατηρηθεί σταθερή για κάποιες εβδομάδες (Greist, et al., 1995).

Οι ισχυρισμοί για την αποτελεσματικότητα της σερτραλίνης επιβεβαιώνονται και σε περιπτώσεις βραχύχρονης θεραπείας για νεαρότερα άτομα, όπως φαίνεται από άλλη μελέτη με 187 παιδιά και εφήβους ηλικίας 6-17 ετών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και πρόσληψη σερτραλίνης 200 mg/d ή placebo για 12 εβδομάδες. Κρίνεται, μάλιστα, ως ασφαλής επιλογή, παρά τις όποιες παρενέργειες, παρόμοιες και για τα παιδιά, αλλά και για τους εφήβους, όπως αϋπνία, ναυτία, ταραχή και τρόμος, οι οποίες δεν επηρεάζουν τις ζωτικές λειτουργίες και τους βιοχημικούς δείκτες. Και σε αυτή τη περίσταση, ωστόσο, συστήνεται η σταδιακή αύξηση της δόσης μετά το πέρας των 6-8 εβδομάδων, ειδικά σε άτομα που ανταποκρίνονται μερικώς ή καθόλου (March, et al., 1998).

Τελειώνοντας, η σιταλοπράμη είναι ο πιο εκλεκτικός παράγοντας αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης από τα αντικαταθλιπτικά αυτού του είδους (Hollander, et al., 2000; Vythilingum, et al., 2000). Η μελέτη 24 εβδομάδων ενός δείγματος 29 ατόμων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αποδεικνύει την ανακούφιση από τα συμπτώματα που προσφέρει η χορήγηση σιταλοπράμης 40 ή 60 mg/d, με καλή ανεκτικότητα στις παρενέργειες (ναυτία, έμετοι, αυξημένα όνειρα, μειωμένος ύπνος, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, οργασμική δυσλειτουργία) (Koponen, et al., 1997).

Μελετώντας, επίσης, ένα σύνολο 23 παιδιών και εφήβων 9-18 ετών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, με θεραπεία σιταλοπράμης στα 10-40 mg/d για 10 εβδομάδες παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη βελτίωση στα συμπτώματα και αλλαγή στη γενική λειτουργικότητα. Δεδομένου των ήπιων και παροδικών παρενεργειών, αλλά και την μη

επιδείνωση κάποιου ασθενούς, προτείνεται πως τα 40 mg/d, μια μέτρια δόση για ενήλικες, ή ακόμα και μια ελαφρώς υψηλότερη, είναι ασφαλής για χρήση σε μικρότερες ηλικίες (Thomsen, 1997).

Ανακεφαλαιώνοντας, όλοι οι εκλεκτικοί παράγοντες αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), καθώς και η κλομιπραμίνη, επιτυγχάνουν παρόμοια βελτίωση έναντι των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων, αν και η σιταλοπράμη, ως ο πιο εκλεκτικός σεροτονινεργικός παράγοντας, φαίνεται να είναι αποτελεσματική ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών με ανθεκτικότητα στη θεραπεία, οι οποίοι δεν έχουν ανταπόκριση στα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά αυτού του είδους (Schruers, et al., 2005).

Ο βασικός άξονας της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η δοκιμή χορήγησης ενός ισχυρού παράγοντα αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SRI) για 8-12 εβδομάδες (Goodman, et al., 1992). Σε περιπτώσεις φτωχής ανταπόκρισης, το πρώτο σύνηθες βήμα, είναι η χρήση ενός άλλου σεροτονινεργικού παράγοντα διαφορετικού από αυτόν που χρησιμοποιείται ως εκείνη τη στιγμή ή αν υπάρχει μερική ανταπόκριση, η αύξηση της δόσης του φαρμάκου που ήδη βρίσκεται σε χρήση (Stein, 2002).

Το γενικότερο πλάνο, αποτελείται από τρεις δοκιμές με μέγιστες δόσεις διαφορετικών σεροτονινεργικών παραγόντων για 10-12 εβδομάδες. Στο πρώτο στάδιο, η δοκιμή ξεκινά με τη χορήγηση ενός εκλεκτικού παράγοντα αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Σε επόμενο βήμα, αν δεν υπάρξει ανταπόκριση, χορηγείται ένας διαφορετικός εκλεκτικός παράγοντας αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Ενώ, τέλος, γίνεται μετάβαση από τον εκλεκτικό παράγοντα αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης σε κλομιπραμίνη (Schruers, et al., 2005). Επομένως, συστήνεται μια μεγάλης διάρκειας δοκιμή (10-12 εβδομάδες) ενός παράγοντα αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και σε υψηλή δόση, με σταδιακή αύξηση σε 2-4 εβδομαδιαία διαστήματα στην αντίστοιχη μέγιστη συνιστώμενη δόση (Stein, 2002).

Καταλήγοντας, οι πρώιμες παρενέργειες ενός φαρμάκου μπορεί να είναι θετικοί προγνωστικοί παράγοντες για την ανταπόκριση στη θεραπεία. Το ζητούμενο, δεν είναι αποκλειστικά η πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων, αλλά η γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η θεραπεία πρέπει να διατηρείται για τουλάχιστον ένα χρόνο (Stein, 2002). Τέλος, η διακοπή του φαρμάκου πρέπει να πραγματοποιείται έπειτα από 1-

1,5 χρόνο επιτυχούς θεραπείας και να γίνεται σταδιακά (Thomsen, 2000), για παράδειγμα με μείωση της δόσης κατά 25% κάθε λίγους μήνες (Stein, 2002).

Σχετικά με την φαρμακοθεραπεία στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας τα δεδομένα είναι αρκετά περιορισμένα. Υπάρχουν λίγες έρευνες που αφορούν αποκλειστικά τη συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας, καθώς τα περισσότερα στοιχεία δίδονται από έρευνες στις οποίες υπάρχει συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές, όπως κατάθλιψη (Diedrich & Voderholzer, 2015).

Από τις πιο γνωστές, αποτελεί μια στην οποία συμμετείχαν 46 άτομα με ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο και χαρακτηριστικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας. Στα άτομα αυτά χορηγήθηκε για 8 εβδομάδες φλουβοξαμίνη σε δόσεις των 100-200 mg/d. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι τα άτομα με συνοσηρότητα είχαν καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία, από ότι αυτά χωρίς την υποκείμενη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική προσωπικότητα (Ansseau, et al., 1991).

Επιπλέον, μια μελέτη περίπτωσης ενός άνδρα 61 ετών, έφερε στο προσκήνιο ένα ακόμη φάρμακο, αντισπασμωδικό, την καρβαμαζεπίνη. Ο άνδρας αυτός έφερε χαρακτηριστικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, όπως μια γενικότερη επιθετικότητα αλλά και ένα τελειομανιστικό τρόπο ζωής. Επίσης, είχε δυσκολίες στη χαλάρωση, πραγματοποιούσε καταναγκαστική άσκηση, ενώ ανέφερε και κάποιες άλλες καταναγκαστικές συμπεριφορές, όπως επαναλαμβανόμενο πλύσιμο χεριών και μέτρημα βημάτων. Τέλος, εμφάνιζε μειωμένη προσπάθεια και αυξημένη επιθυμία παραίτησης σε απαιτητικές διαδικασίες, ενώ ασκούσε αυστηρή αυτοκριτική (Greve & Adams, 2002).

Η θεραπεία με καρβαμαζεπίνη, ξεκίνησε για ένα μήνα στα 100 mg/d. Έπειτα, αφού επετεύχθη μια πρώτη μείωση του άγχους και εφόσον δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες, η δόση αυξήθηκε στα 200 mg/d για ένα ακόμη μήνα. Το άτομο συνέχισε να βελτιώνεται, ειδικά σε σχέση με τις αυτορυθμιζόμενες συμπεριφορές. Ωστόσο, η χορήγηση του φαρμάκου διακόπηκε καθώς εμφανίστηκαν παρενέργειες, πιο συγκεκριμένα εξανθήματα (Greve & Adams, 2002).

1.6.3. Συνδυασμός μεθόδων

Όπως προαναφέρθηκε, βασικές μέθοδοι αντιμετώπισης της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, αποτελούν στο κλάδο της ψυχοθεραπείας η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, και πιο συγκεκριμένα η Έκθεση με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης και στο τομέα της φαρμακοθεραπείας, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SRI), όπως η κλομιπραμίνη και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), όπως η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη, η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη. Είναι σκόπιμο, ωστόσο, να εξεταστεί ο συνδυασμός αυτών των μεθόδων, για παράδειγμα κατά πόσο μπορεί να οφελεί περισσότερο σε σχέση με τη μονοθεραπεία (Simpson, et al., 2014).

Γενικότερα, ο συνδυασμός μεθόδων καθώς και όποια μονοθεραπεία, έχει αποδειχτεί ανώτερη σε σχέση με τη θεραπεία ή το φάρμακο placebo. Σε ειδικότερες γραμμές, η ψυχοθεραπεία αλλά και ο συνδυασμός αυτής με τα αντίστοιχα φάρμακα, έφερε καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τη χρήση μόνο φαρμάκων. Έτσι, η δράση των φαρμάκων φαίνεται να ενισχύεται με την προσθήκη της ψυχοθεραπείας, ενώ η δράση της δεύτερης δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ένταξη των πρώτων (van Balkom, et al., 1994), αλλά ούτε και να παρεμποδίζεται (Foa, et al., 2002).

Από τις πρώτες μελέτες που εφαρμόστηκε ένας συνδυασμός Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας και φαρμάκων, με ένα δείγμα 21 ατόμων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, διαπιστώθηκε πως είτε η μονοθεραπεία οποιασδήποτε μεθόδου, είτε ο συνδυασμός τους φέρει καλύτερα αποτελέσματα από την απουσία θεραπείας γενικά. Ωστόσο, παρατηρήθηκε πως υπάρχει μια συνεργατική δράση μεταξύ τους, καθώς τα φάρμακα μειώνουν τα συμπτώματα αλλά δεν είναι ικανά να επηρεάσουν τις βασικές ψυχαναγκαστικές πεποιθήσεις, κάτι το οποίο επιτυγχάνει η ψυχοθεραπεία, έτσι η μια μέθοδος συμπληρώνει την άλλη. Ένα σημαντικό εύρημα αποτέλεσε το γεγονός πως η ένταξη της ψυχοθεραπείας μετά από τα φάρμακα, μπορεί να ωφελήσει περισσότερο τον ασθενή, καθώς τα αντικαταθλιπτικά συμβάλουν σε μια πρώτη βελτίωση της διάθεσης, επομένως και το άτομο είναι περισσότερο πρόθυμο να δεχτεί και να εφαρμόσει τις τεχνικές της ψυχοθεραπείας (O'Connor, et al., 1999).

Μία λίγο προγενέστερη έρευνα, με δείγμα 60 ασθενών με σοβαρή Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, όπου υποβλήθηκε σε συνδυασμό Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, της μεθόδου Έκθεσης με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης οι μισοί με φλουβοξαμίνη (μέγιστη δόση 300 mg/d), ενώ οι άλλοι μισοί με placebo, απέδειξε πως ενώ και οι δυο ομάδες σημείωσαν σημαντική μείωση στα συμπτώματα, με παρόμοιες αλλαγές στους καταναγκασμούς, οι ψυχαναγκασμοί μειώθηκαν πολύ περισσότερο στην ομάδα με τη χρήση φλουβοξαμίνης, οι οποίοι αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από τη ψυχοθεραπεία, απλά η χρήση φαρμάκου βοηθάει στα συμπτώματα που ίσως δεν έχει πρόσβαση αυτή. Επιπλέον, φάνηκε πως η προσθήκη φαρμάκου, φέρει καλύτερη έκβαση στη θεραπεία της διαταραχής όταν υπάρχει συνοσηρότητα με κατάθλιψη (Hohagen, et al., 1998).

Από την παρατήρηση μετά από 17 μήνες διακοπής θεραπείας ενός άλλου δείγματος 62 ασθενών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή που ακολούθησαν θεραπεία Έκθεσης με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης, ή φλουβοξαμίνη/κλομιπραμίνη ή συνδυασμό των δύο, φάνηκε πως τα άτομα σημειώνουν βελτίωση σε όποια ομάδα κι αν ανήκουν. Ωστόσο, τα οφέλη από τη φαρμακοθεραπεία διατηρούνται μόνο εφόσον εκείνη συνεχίζεται (Hembree, et al., 2003).

Επιπλέον δεδομένα αντλούνται και από τη μελέτη ενός πληθυσμού 46 ασθενών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, όπου διερευνήθηκε η κατάσταση τους έπειτα από 12 εβδομάδες διακοπής θεραπείας είτε Έκθεσης με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης, είτε κλομιπραμίνη, είτε συνδυασμού αυτών, είτε ακόμα και placebo. Βρέθηκε, λοιπόν, πως η ομάδα με μονοθεραπεία ψυχοθεραπείας ή συνδυασμό αυτής και φαρμάκου, εμφάνισε χαμηλότερο ποσοστό υποτροπών, αλλά και μεγαλύτερο χρόνο μέχρι να συμβούν, συγκριτικά με την ομάδα που λάμβανε μόνο κλομιπραμίνη (Simpson, et al., 2014).

Σε άλλο δείγμα 122 ασθενών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή με θεραπεία 12 εβδομάδων με Έκθεση με Παρεμπόδιση της Αντίδρασης ή κλομιπραμίνη (250mg/d) ή συνδυασμό αυτών ή placebo, διαπιστώθηκε πως όλες οι ενεργές μέθοδοι ήταν ανώτερες του placebo, όμως η μονοθεραπεία ψυχοθεραπείας και ο συνδυασμός, ήταν, εν συνεχεία, πιο αποτελεσματικά έναντι της μονοθεραπείας με κλομιπραμίνη (Foa, et al., 2005).

Σχετικά με τον συνδυασμό μεθόδων σε περιπτώσεις Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, έχει μελετηθεί κυρίως σε περιστατικά συνοσηρότητας, όπως για παράδειγμα τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας. Σε τέτοιες μελέτες περίπτωσης ενηλίκων, έχει εφαρμοστεί ένα σχήμα Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, με περιοδικές εβδομαδιαίες συνεδρίες και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης, το οποίο και έφερε σημαντική μείωση στα συμπτώματα. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτού του πλάνου ήταν η χρήση παρα-επαγγελματιών σαν εξωτερική παρέμβαση, οι οποίοι επόπτευαν και υποστήριζαν τους ασθενείς στο να συμπληρώνουν τις ασκήσεις έκθεσης τους, ενώ αν η εισαγωγή τους γινόταν από την αρχή των συνεδριών μαζί με τον κλινικό ιατρό, ήταν πιο εύκολο να δημιουργηθούν σχέσεις εμπιστοσύνης. Επίσης, οι επισκέψεις στο σπίτι και τα τηλεφωνήματα σε καθημερινή βάση ήταν από τα βασικά στοιχεία της θεραπείας, με έμφαση ακόμα και σε μεθόδους σωματικής άσκησης και χαλάρωσης (Josephson, et al., 2007).

Επιπλέον δεδομένα δίδονται και από μια έρευνα με 31 ασθενείς διαγνωσμένους με συνοσηρότητα Γενικευμένης Διαταραχής Άγχους με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, όπου και υποβλήθηκαν σε 40 συνεδρίες Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας με συνδυασμό αντικαταθλιπτικών, σχετικά με τη θεωρία των πέντε μεγάλων παραγόντων προσωπικότητας. Η θεωρία αυτή εξηγεί τη λειτουργία της προσωπικότητας μέσα από δυναμικές διαδικασίες, και συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως, Διαφάνεια, Εξωστρέφεια, Ευσυνειδησία, Συμβατότητα και Συναισθηματική Σταθερότητα (Popa, et al., 2013).

Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση στις διαστάσεις της Εξωστρέφειας, της Συμβατότητας και της Συναισθηματικής Σταθερότητας. Η αύξηση της Εξωστρέφειας έφερε κατ΄ επέκταση αύξηση της αισιοδοξίας, του καλού χιούμορ και της αυτοπεποίθησης. Έπειτα, η άνοδος της Συμβατότητας είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερο βαθμό κοινωνικού προσανατολισμού σχετικά με τις ανάγκες των άλλων και ανοχής των ανθρώπινων σχέσεων, καθώς και την επιλογή της συνεργασίας έναντι του ανταγωνισμού. Ενώ, η βελτίωση της Συναισθηματικής Σταθερότητας οδήγησε στην καλύτερη ικανότητα των ασθενών να ελέγχουν τα συναισθήματα τους και να εστιάζουν στην λογική σκέψη, έναντι των παρορμήσεων, καθώς και στην καλύτερη ανεκτικότητα της απογοήτευσης (Popa, et al., 2013).

Συμπεραίνεται πως η θεραπεία αυτή δε συμβάλλει μόνο στην μείωση του άγχους, αλλά η βελτίωση αυτών των πεδίων συνοδεύεται από θετικές αλλαγές στη διαπροσωπική και συναισθηματική σφαίρα του ασθενούς, και γενικότερα στη ποιότητα ζωής του (Popa, et al., 2013).

2. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή / Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Διατροφικές Διαταραχές

2.1. Γενική Συσχέτιση

Υπάρχει στη βιβλιογραφία ένας αριθμός ερευνών που αποδεικνύει τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και τις διατροφικές διαταραχές, γενικά, αλλά και των επιμέρους κατηγοριών τους, δηλαδή Νευρική Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία, Επεισοδιακή Υπερφαγία και Διατροφική Διαταραχή Μη

Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Altman & Shankman, 2009). Η σύνδεση αυτή μπορεί να γίνει εμφανής μέσα από διάφορες παραμέτρους, όπως για παράδειγμα κοινή συμπτωματολογία με ψυχαναγκασμούς και καταναγκασμούς σχετικά με το φαγητό, κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, λειτουργία της σεροτονίνης, ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και άλλα χαρακτηριστικά των διαταραχών (Sallet, et al., 2010). Ωστόσο, παρά τις όποιες ομοιότητες, δε παύει να ισχύει το γεγονός ότι αποτελούν διακριτές διαταραχές (Jiménez-Murcia, et al., 2007).

Σε μία προγενέστερη έρευνα που μελετούσε αυτή τη σχέση συμμετείχε ένα δείγμα 31 ατόμων με κάποια διατροφική διαταραχή, στο οποίο εφαρμόστηκε ένα κατάλληλο ερωτηματολόγιο για τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Πέρα από τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές, βρέθηκε πως τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια και για τα άτομα με Νευρική Ανορεξία αλλά και για εκείνα με Ψυχογενή Βουλιμία, ενώ τα ευρήματα παρέμεναν παρόμοια ανεξάρτητα το είδος της αντιρροπιστικής συμπεριφοράς την οποία μπορεί να ακολουθούσαν τα άτομα. (Beumont, et al., 1995)

Μια ακόμα έρευνα για την συνοσηρότητα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και των διατροφικών διαταραχών στο πληθυσμό, είναι και η ακόλουθη, στην οποία συμμετείχαν μια ομάδα αποτελούμενη από 89 άτομα με διατροφικές διαταραχές και μια ομάδα ελέγχου με 89 άτομα. Στόχος ήταν η μελέτη του παρόντος και καθ’ όλη τη διάρκεια ζωής επιπολασμού της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής στα άτομα με διατροφικές διαταραχές. Τα επίπεδα επικράτησης ήταν υψηλότερα στη κλινική ομάδα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μάλιστα, τα ποσοστά ήταν παρόμοια για κάθε είδος διατροφικής διαταραχής (Speranza, et al., 2001).

Διαφοροποιήσεις υπήρξαν στις διάφορες υποομάδες των διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, η ομάδα με Νευρική Ανορεξία Καθαρκτικού Τύπου εμφάνιζε υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού, σε σχέση με τις άλλες υποομάδες, και ειδικά με αυτή της Νευρικής Ανορεξίας Περιοριστικού Τύπου. Επίσης, αυξημένα ποσοστά επικράτησης, παρουσιάζονται και στα άτομα με Νευρική Ανορεξία Περιοριστικού Τύπου και σε εκείνα με Ψυχογενή Βουλιμία Καθαρκτικού Τύπου. Ωστόσο, μηδενική συσχέτιση προέκυψε από την ανάλυση της ομάδας των ασθενών που έπασχε από Ψυχογενή Βουλιμία Μη

Καθαρκτικού Τύπου, πιθανότατα λόγω του περιορισμένου αριθμού τέτοιων περιστατικών (Speranza, et al., 2001).

Επιπλέον ευρήματα αντλούνται από μια μελέτη 815 ασθενών διαγνωσμένων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Τα άτομα χωρίστηκαν με βάση τη παρουσία ή απουσία κάποιας διατροφικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα με συνοσηρότητα ήταν συνήθως γυναίκες με προηγούμενη ψυχιατρική θεραπεία, καθώς επίσης, εμφάνιζαν και αυξημένο στρες, κατάθλιψη και αυξημένο αριθμό απόπειρας αυτοκτονιών, αλλά και γενικότερη κλινική σοβαρότητα (Sallet, et al., 2010).

Η υψηλή ψυχαναγκαστικότητα, γενικά, έχει αποδειχθεί πως επηρεάζει τη κλινική παρουσίαση των διατροφικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, συνοδεύεται από πιο αυστηρές δίαιτες και περισσότερες ψυχιατρικές νοσηλείες, καθώς επίσης και χαμηλότερο σωματικό βάρος αλλά και σοβαρότερα συμπτώματα της νόσου (Zubieta, et al., 1995).

Ενώ, σε ένα άλλο δείγμα γυναικών από τις οποίες, οι 84 έπασχαν από Νευρική Ανορεξία και οι 153 από Ψυχογενή Βουλιμία, πέρα από τη συνοσηρότητα που βρέθηκε με τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, με παρόμοια αποτελέσματα και στις δυο ομάδες, και στις υποκατηγορίες των διατροφικών διαταραχών αυτών, φάνηκε, επιπλέον, πως στις περιπτώσεις συνοσηρότητας, το ιστορικό διατροφικής διαταραχής διαρκούσε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, γεγονός το οποίο, ίσως οφείλεται στο ότι στα άτομα αυτά η διατροφική διαταραχή εμφανίστηκε σε μικρότερη ηλικία. (Milos, et al., 2002)

Έπειτα, η συνοσηρότητα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και των διατροφικών διαταραχών, έχει θεωρηθεί πως μπορεί να οδηγήσει σε φτωχή πρόγνωση. Αυτή την υπόθεση, έρχεται να διαψεύσει μια έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 75 γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, από τις οποίες οι 29 διαγνώστηκαν και με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Τα άτομα εξετάστηκαν σε δυο φάσεις κατά τη νοσηλεία τους και 30 μήνες μετά το εξιτήριο τους (Thiel, et al., 1998).

Αποδείχθηκε, λοιπόν, πως οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που βελτιώθηκαν περισσότερο κατά την παρακολούθηση, έπειτα από τη θεραπεία και την αποκατάσταση του βάρους τους, είχαν και την υψηλότερη μείωση στους ψυχαναγκασμούς/καταναγκασμούς. Επομένως, η συνύπαρξη Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, δεν καθιστά φτωχότερη την πρόγνωση των διατροφικών διαταραχών. (Thiel, et al., 1998).

Ταυτόχρονα, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν συχνά και διαταραχές προσωπικότητας με αρκετά συνήθης τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Matsunaga, et al., 1999).

2.1.1. Τελειομανία/Παρορμητικότητα

Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η τελειομανία και η παρορμητικότητα, πιθανότατα να οφείλονται για τη συνοσηρότητα αυτών των διαταραχών, χαρακτηριστικά τα οποία συμμετέχουν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση τους (Altman & Shankman, 2009). Η τελειομανία σε συνδυασμό με το νευρωτισμό φαίνονται να συμμετέχουν στη θετική συσχέτιση των συμπτωμάτων των διαταραχών σχετικά με τα υπερφαγικά επεισόδια και το περιορισμό της τροφής (Pollack & Forbush, 2013).

Η τελειομανία, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, θεωρείται η τάση του ατόμου να στοχεύει στη βέλτιστη απόδοση σε υπερβολικό βαθμό, με ακολουθούμενες αυτό-αξιολογήσεις. Διακρίνονται οχτώ διαστάσεις τελειομανίας, οι οποίες είναι: η ανησυχία για λάθη, τα υψηλά πρότυπα για τους άλλους, η ανάγκη για αποδοχή, η οργάνωση, η πίεση από τους γονείς, ο προγραμματισμός, ο συλλογισμός και η προσπάθεια για αριστεία (Yahghoubi & Mohammadzadeh, 2015).

Η τελειομανία, επίσης, χωρίζεται επιμέρους σε προσαρμοστική (θετική) και δυσπροσαρμοστική (αρνητική). Η θετική πτυχή της τελειομανίας αφορά το γεγονός όταν το άτομο θέτει υψηλούς στόχους και καταφέρνει να διατηρήσει την επίδοση του. Από την άλλη μεριά, η αρνητική έκβαση συμπεριλαμβάνει το καθορισμό μη επιτεύξιμων υψηλών στόχων, την έλλειψη ευχαρίστησης για τις επιδόσεις του ατόμου και την αμφιβολία σχετικά με τις δυνατότητες του (Maia, et al., 2009).

Η τελειομανία, λοιπόν, παρατηρείται να συμμετέχει στη ψυχοπαθολογία των διαταραχών αυτών. Αρχικά, η σχέση της με τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι αρκετά στενή, είτε όσον αφορά τις θεωρίες γύρω από τη διαταραχή, είτε στα κλινικά χαρακτηριστικά της. Τα άτομα με τη διαταραχή αναφέρουν πως διακατέχονται από μια εσωτερική τάση για τελειότητα. Η τέλεια σκέψη και συμπεριφορά βοηθάει στην αποφυγή ενός δυσάρεστου γεγονότος, όπως η κριτική, η καταστροφή ή η έλλειψη ελέγχου. Ο σκοπός

δηλαδή είναι η επανάκτηση του ελέγχου μιας κατάστασης και η αποφυγή των λαθών και όχι η επίτευξη του στόχου αυτού καθ' αυτού (Maia, et al., 2009). Ωστόσο, θετική συσχέτιση ανάμεσα στη τελειομανία και στις ψυχαναγκαστικές/καταναγκαστικές τάσεις έχει εντοπιστεί και σε μη κλινικό πληθυσμό (Bernert, et al., 2013).

Σε επόμενο στάδιο, η τελειομανία παίζει κεντρικό ρόλο στις διατροφικές διαταραχές. Ξεκινώντας, μπορεί να εντοπιστεί πριν την εμφάνιση της νόσου, ως παράγοντας κινδύνου (Halmi, et al., 2005). Έπειτα, αντιπροσωπεύει την οξεία φάση της νόσου, καθώς επίσης παραμένει ακόμα και μετά τη θεραπεία. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ιδεολογία των ατόμων, η οποία αφορά κυρίως ένα τέλειο βάρος και σχήμα σώματος (Bardone-Cone, et al., 2007). Μάλιστα και σε μη κλινικό πληθυσμό, η ύπαρξη τελειομανίας ερμηνεύεται ως κύριος παράγοντας για τυχόν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (Maia, et al., 2009).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια έρευνα, που στόχευε στη διερεύνηση της συσχέτισης της τελειομανίας με τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά και διατροφικά διαταραγμένα χαρακτηριστικά. Εξετάστηκε ένα δείγμα 204 γυναικών με Ψυχογενή Βουλιμία. Τέθηκε η υπόθεση πως τα αυξημένα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής προμήνυαν και αντίστοιχα αυξημένα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα αλλά και τάσεις τελειομανίας. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αρχική θέση, ενώ η τελειομανία βρέθηκε πως αποτελεί σημαντικό διαμεσολαβητή μεταξύ των δυο διαφορετικών συμπτωμάτων των διαταραχών (Bernert, et al., 2013).

Σε ένα γυναικείο πληθυσμό με 19 άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, 17 με διατροφικές διαταραχές και 21 υγιή άτομα, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ αυτών με τη δυσπροσαρμοστική τελειομανία αλλά και τη λήψη αποφάσεων. Υπό συνθήκες κινδύνου, τα αυξημένα χαρακτηριστικά τελειομανίας στη προσωπικότητα του άτομου με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή οδηγούσαν σε λιγότερο ριψοκίνδυνες αποφάσεις, ενώ τα άτομα με διατροφικές διαταραχές παρουσίαζαν το εντελώς αντίθετο (Boisseau, et al., 2013).

Αυτή η διαφορά, πιθανότατα, να οφείλεται στη διαφορετική έκφραση των τάσεων τελειομανίας στη προσωπικότητα των ασθενών. Πιο αναλυτικά, στην ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά διαταραγμένη ομάδα, επικρατούσαν οι αμφιβολίες των πράξεων, δηλαδή η αυξημένη αμφιβολία για την ακρίβεια και την ποιότητα μιας πράξης,

αποδεικνύοντας μια σχέση μεταξύ τελειομανίας και αποφυγής κινδύνου. Σε αντίθεση, η διατροφικά διαταραγμένη ομάδα σημείωσε υψηλά επίπεδα ανησυχιών για λάθη, λόγω της ερμηνείας τους ως αποτυχίες. (Boisseau, et al., 2013).

Το τελευταίο, το οποίο αναφέρθηκε, συνδέεται με τη δυσλειτουργική εκδοχή της τελειομανίας στα άτομα αυτά και τη χειρότερη λήψη αποφάσεων σχετικά με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος σώματος, όπου συμβάλλουν στο κύκλο διατήρησης της διαταραχής μέσω της καθαρκτικής συμπεριφοράς, προσφέροντας, με αυτό τον τρόπο, μια προσωρινή ανακούφιση στο άτομο, εξαιτίας της μείωσης της αρνητικής επίδρασης, λειτουργώντας ως ανταμοιβή, χωρίς όμως να συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα των επιπτώσεων μακροπρόθεσμα (Boisseau, et al., 2013).

Επιπλέον στοιχεία αντλούνται από μια έρευνα σε 607 ασθενείς με Νευρική Ανορεξία ή/και Ψυχογενή Βουλιμία. Η μελέτη έδωσε αποτελέσματα σχετικά και με τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, όπου τα άτομα αυτά φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα τελειομανίας σε σχέση με εκείνα που έπασχαν και με/ή Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Επίσης, φάνηκε πως η τελειομανία στα πρώτα, πιθανότατα αποτελεί ένα βασικό χαρακτηριστικό προσωπικότητας στα άτομα με διατροφικές διαταραχές, το οποίο εξηγεί και την ευπάθεια τους (Halmi, et al., 2005).

Σε μια άλλη μελέτη, συμμετείχαν 4 ομάδες πληθυσμού, από τις οποίες ήταν μια ομάδα υγιών, μια με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, μια με διατροφικές διαταραχές και μια με κατάθλιψη ή/και άγχος. Η ανάλυση έδειξε πως όλες οι κλινικές ομάδες κατέγραψαν υψηλότερα επίπεδα στις κατηγορίες του αντίστοιχου Score που χρησιμοποιήθηκε, και ειδικότερα στα επίπεδα της Αυτό-προσανατολιζόμενης Τελειομανίας, δηλαδή συμπεριφορά τελειομανίας η όποια προέρχεται αλλά και καταλήγει στον ίδιο τον εαυτό, καθώς και στη Κοινωνικά Προδιαγεγραμμένη Τελειομανία, όπου αφορά τα υπερβολικά υψηλά πρότυπα και προσδοκίες σχετικά με την τελειότητα του εαυτού (Maia, et al., 2009).

Καταλήγοντας, έχει φανεί πως η παρουσία τάσεων αρνητικής τελειομανίας συμβάλλει στη πρόβλεψη ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών χαρακτηριστικών και διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, οι αρνητικές επιπτώσεις της παρατηρούνται περισσότερο σε άτομα με υψηλή ψυχαναγκαστικότητα/καταναγκαστικότητα, σε σχέση με

εκείνα που παρουσιάζουν διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες (Yahghoubi & Mohammadzadeh, 2015).

Η θετική αυτή συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών με χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η τελειομανία γίνεται αντιληπτή και μέσα από τη παρακάτω μελέτη περίπτωσης γυναίκας 37 ετών με Νευρική Ανορεξία, χωρίς αντιρροπιστική συμπεριφορά η οποία είχε αρκετές εισαγωγές στο νοσοκομείο. Ήδη από τη παιδική της ηλικία είχε τάσεις τελειομανίας, επιτυγχάνοντας τους υψηλότερους βαθμούς σχολικής επίδοσης και μια σημαντική καριέρα στην ενήλικη ζωή της. Ωστόσο, η έξαρση της διατροφικής νόσου σε συνδυασμό με το τελευταίο οδήγησε μετέπειτα στην υιοθέτηση ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών, ανεξαρτήτου περιεχομένου, όπως έλεγχος πόρτας, κουζίνας ή φώτα και τέλος στην μη λειτουργικότητα στη καθημερινότητα. Μετά το πέρας της θεραπείας και την αποκατάσταση του βάρους η συμπτωματολογία βελτιώθηκε, ενώ η τελειομανία παρέμεινε (Halmi, 2005).

Σχετικά με το άλλο χαρακτηριστικό προσωπικότητας, τη παρορμητικότητα, τα αυξημένα επίπεδα αυτής σημειώνονται συχνά στα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, αλλά και σε εκείνα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή (Boisseau, et al., 2012). Μάλιστα, εντοπίζεται πως τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν υψηλότερα επίπεδα, σε σχέση με αυτά που έχουν Νευρική Ανορεξία (Claes, et al., 2002). Έχει υποτεθεί πως οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μια πιο παρορμητική εκδοχή της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, ενώ επίσης υποστηρίζεται πως ίσως ευθύνεται για τους καταναγκασμούς καθαρκτικής συμπεριφοράς (Boisseau, et al., 2012).

Μελετήθηκαν, λοιπόν, τα παρορμητικά και ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά σε δυο ομάδες γυναικών, 56 με διατροφικές διαταραχές και 102 υγιείς. Το επίπεδο εμφάνισης αυτών των χαρακτηριστικών ήταν περισσότερο αυξημένο στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία και Νευρική Ανορεξία Καθαρκτικού Τύπου, σε σχέση με εκείνα που έπασχαν από Νευρική Ανορεξία Περιοριστικού Τύπου ή ήταν υγιείς. Υπήρξε η άποψη πως αυτά τα χαρακτηριστικά δεν εμφανίζονται διακριτά αλλά μπορούν να συνυπάρχουν σε άτομα με την ίδια διάγνωση ή ακόμα και στο ίδιο άτομο (Claes, et al., 2002).

Η μελέτη ενός μικρότερου δείγματος γυναικών, δίνει κάποια επιπλέον δεδομένα. Το δείγμα αποτελούνταν από 19 με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, 21 με διατροφικές

διαταραχές και 21 υγιείς. Οι δυο πρώτες ομάδες απέδωσαν υψηλοτέρα ποσοστά αυτοαναφερόμενης παρορμητικότητας, σε σχέση με τη τρίτη. Από την άλλη μεριά, τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είχαν αυξημένη ικανότητα αναστολής μιας ενέργειας, σε σχέση με τις άλλες δυο ομάδες, εφόσον η ίδια η έννοια της παρορμητικότητας αφορά την αδυναμία αντίστασης σε ένα ερέθισμα (Boisseau, et al., 2012).

2.1.2. Προνοσυρότητα

Συχνά έχει φανεί πως σε περιπτώσεις συνοσηρότητας, η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας μπορεί να προηγείται των διατροφικών διαταραχών. Γενικότερα, υποστηρίζεται πως η ύπαρξη κάποιων πρώιμων ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων και χαρακτηριστικών σε συνδυασμό με την ασιτία που εντοπίζεται στις διατροφικές διαταραχές, οδηγεί στην υπερβολική αύξηση αυτών των γνωρισμάτων (Thornton & Russell, 1997).

Η πρώιμη εμφάνιση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας στα άτομα με διατροφικές διαταραχές αποδεικνύεται και από τη μελέτη μιας ομάδας 68 ατόμων διαγνωσμένων με κάποια διατροφική διαταραχή. Η πρώτη διαπίστωση ήταν η συνύπαρξη των διαταραχών. Στη συνέχεια, με βάση τα άτομα που εμφάνισαν συνοσηρότητα, προέκυψε πως το μεγαλύτερο μέρος της ομάδας είχε εμφανίσει Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή ή Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας πριν από την διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά, ήταν πιο έντονα στις περιπτώσεις της Νευρικής Ανορεξίας από ότι στης Ψυχογενής Βουλιμίας (Thornton & Russell, 1997).

2.1.3. Σεροτονίνη

Εντός των κοινών χαρακτηριστικών ανάμεσα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και τις διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβάνεται και ο παράγοντας της

σεροτονίνης. Έχει παρατηρηθεί δυσλειτουργία της σεροτονίνης και στις δυο διαταραχές, η οποία φαίνεται να δικαιολογεί τις ασυνήθιστες σκέψεις των ατόμων ή ακόμα και την ίδια τη διαταραχή (Jarry & Vaccarino, 1996).

Πιο συγκεκριμένα, στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή παρατηρείται η αυξημένη λειτουργικότητα της σεροτονίνης, η οποία οφείλεται για τη συμπεριφορά αποφυγής, όπως η καθαριότητα και ο έλεγχος. Παρόμοια φύση συμπτωμάτων με τέτοια επίπεδα λειτουργικότητας σημειώνονται και στις διατροφικές διαταραχές με την αποφυγή τροφής, όπως στη Νευρική Ανορεξία Περιοριστικού Τύπου, επίπεδα τα οποία εντοπίζονται και κατά τη διάρκεια της ενεργού νόσου και όταν πλέον έχει αποκατασταθεί το βάρος του ασθενούς (Jarry & Vaccarino, 1996).

Στη περίπτωση, των ατόμων με Νευρική Ανορεξία, έχει βρεθεί πως η αυξημένη δραστηριότητα της σεροτονίνης οφείλεται για τη μειωμένη γαστρική εκκένωση, γεγονός το οποίο εξηγεί την κοιλιακή δυσφορία ακόμα και μετά από ένα μικρό γεύμα και το αίσθημα πληρότητας που αισθάνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να εμφανίζουν το αίσθημα της πείνας. Η αποφυγή, λοιπόν, όχι μόνο τροφής, αλλά και συγκεκριμένα πηγές υδατανθράκων, πιθανότατα να είναι μια αντίδραση του οργανισμού να εμποδίσουν τη πρόσληψη τρυπτοφάνης, η οποία αποτελεί τον πρόδρομο της σεροτονίνης, και άρα να αυξηθούν περισσότερο τα επίπεδα της (Solanto, et al., 1995).

Συνεχίζοντας, η μειωμένη λειτουργικότητα σεροτονίνης στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή συνοδεύεται από συμπεριφορές υψηλής προσέγγισης, όπως βίαιες ή ακατάλληλες σκέψεις. Στη περίπτωση, του μειωμένου επιπέδου, όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές, συνδέεται με αντίστοιχες συνήθειες, δηλαδή παρορμητική και μη αναστελλόμενη διατροφική συμπεριφορά, όπως στη Ψυχογενή Βουλιμία, όπου τέτοιος βαθμός λειτουργικότητας παρατηρείται και κατά τη περίοδο που η νόσος είναι ενεργή αλλά και όταν έχει επέλθει ύφεση της (Jarry & Vaccarino, 1996).

Το τελευταίο εξηγείται από το γεγονός ότι η σοβαρότητα των βουλιμικών συμπτωμάτων, όπως τα πιο συχνά βουλιμικά επεισόδια συσχετίζονται αρνητικά με τη σεροτονίνη του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Αντίστοιχα, και στις περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας με συνοσηρότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, αλλά ακόμα και όταν υπάρχουν μόνο βουλιμικά

συμπτώματα, τα επίπεδα σεροτονίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι χαμηλότερα (Jarry & Vaccarino, 1996).

Συνοψίζοντας, παρά το γεγονός πως αποτελούν διαφορετικές διαταραχές, τα δεδομένα αυτά τις τοποθετούν σε μια συνέχεια με δυο άκρα χαρακτηριζόμενα από διαφορετικά επίπεδα σεροτονίνης. Στο ένα άκρο εντοπίζεται υψηλή συγκέντρωση σεροτονίνης σε συνδυασμό με συμπεριφορές αποφυγής, όπως τροφής ή μόλυνσης, ενώ το άλλο άκρο χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και ανεπαρκή αναστολή και υψηλή προσέγγιση, όπως βουλιμικά επεισόδια ή επιθετικές και κοινωνικά μη αποδεκτές σκέψεις.. (Jarry & Vaccarino, 1996)

Ανεξάρτητα από τη κοινή ανώμαλη λειτουργία σεροτονίνης, οι διαταραχές αυτές δεν παύουν να είναι ξεχωριστές, λόγω του διαφορετικού νευροχημικού δικτύου. Με άλλα λόγια, η κοινή αυτή συσχέτιση, οφείλεται σε διαφορετικούς υποδοχείς στο σεροτονινεργικό σύστημα για τη κάθε διαταραχή ξεχωριστά (Jarry & Vaccarino, 1996).

Η αρχική, όμως, θέση φαίνεται να υποστηρίζεται και από την φαρμακευτική αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών. Οι σεροτονινεργικοί παράγοντες έχουν φανεί αποτελεσματικοί τόσο για τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή όσο και για τις διατροφικές διαταραχές (Hsu, et al., 1993).

Όσον αφορά τη πρώτη, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, όπως για παράδειγμα, η κλομιπραμίνη, η φλουβοξαμίνη και φλουοξετίνη φέρουν καλύτερα αποτελέσματα, δηλαδή βελτίωση ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων, σε σχέση με τα μη σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο μηχανισμός στηρίζεται στη μειωμένη εκλεκτικότητα σεροτονίνης, μέσω της μείωσης της ευαισθησίας των υποδοχέων σεροτονίνης (Hsu, et al., 1993).

Σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές, η χορήγηση τέτοιων φαρμάκων, αν και δεν συνηθίζεται, έχει αποδειχτεί ότι φέρει λιγότερες παρενέργειες (Hsu, et al., 1993). Στη περίπτωση της Νευρικής Ανορεξίας, η δράση των φαρμάκων πάνω στους υποδοχείς προκαλεί αλλαγή συμπεριφοράς, η οποία καταπολεμά τη μειωμένη όρεξη. Επιπροσθέτως, η χορήγηση κλομιπραμίνης δε φάνηκε να προκαλεί υψηλότερη ή πιο γρήγορη πρόσληψη βάρους, αλλά βοήθησε στη καλύτερη διατήρηση της (Solanto, et al., 1995).

Ωστόσο, οι ασθενείς με Νευρική Ανορεξία Περιοριστικού Τύπου είχαν καλύτερη ανταπόκριση σε αυτό το σχήμα θεραπείας, σε σχέση με τα άτομα με Νευρική Ανορεξία και βουλιμικά συμπτώματα, ή τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός πως και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, αλλά και η Νευρική Ανορεξία Περιοριστικού Τύπου χαρακτηρίζονται από έντονη ανωμαλία στη λειτουργία της σεροτονίνης, οπότε και αντιμετωπίζονται με παρόμοια φαρμακευτική χορήγηση, σε αντίθεση με τη Ψυχογενή Βουλιμία, στην οποία η σεροτονίνη υπολειτουργεί. Με βάση αυτό, οποιοδήποτε αντικαταθλιπτικό φαίνεται να είναι κατάλληλο, αφού μέσα στις διάφορες λειτουργίες τους, συμπεριλαμβάνεται και η αύξηση των κεντρικών επιπέδων σεροτονίνης (Jarry & Vaccarino, 1996).

2.1.4. Κληρονομικότητα

Πέρα από τα κοινά γνωρίσματα και τους παράγοντες που έχουν βρεθεί πως συνδέουν τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και τις διατροφικές διαταραχές, θα ήταν ωφέλιμο να αξιολογηθεί και ο ρόλος της κληρονομικότητας. Γενικότερα, και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αλλά και οι διατροφικές διαταραχές, ξεχωριστά, φαίνεται να βασίζονται σε ένα γενετικό υπόβαθρο. Σύμφωνα με αυτό οι συγγενείς, κυρίως πρώτου βαθμού, των ατόμων που πάσχουν από μια τέτοια διαταραχή εμφανίζουν και υψηλότερο κίνδυνο να πάσχουν και οι ίδιοι (Cavallini, et al., 2000).

Ο παραπάνω ισχυρισμός μελετήθηκε σε μια έρευνα με ένα αριθμό δείγματος γυναικών, 84 με Νευρική Ανορεξία, 52 με Ψυχογενή Βουλιμία και 72 υγιών. Σε αυτή τη περίπτωση, η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αξιολογήθηκε ως μέρος του φάσματος των Ψυχαναγκαστικών Καταναγκαστικών Διαταραχών. Αποδείχθηκε, λοιπόν, πως ο κίνδυνος νοσηρότητας από το φάσμα των Ψυχαναγκαστικών Καταναγκαστικών Διαταραχών στους συγγενείς των ατόμων με διατροφικές διαταραχές ήταν υψηλότερος σε σχέση με τους συγγενείς της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, ο βαθμός κινδύνου για τους συγγενείς ήταν παρόμοιος και για τα άτομα με Νευρική Ανορεξία, αλλά και για αυτά με Ψυχογενή Βουλιμία. Ακόμα, η συνοσηρότητα των διαταραχών με το φάσμα αυτό, δε φάνηκε να επηρεάζει το επίπεδο κινδύνου για τους συγγενείς. Παρατηρήθηκε, πως συγκεκριμένα για

τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, δεν υπήρχαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους των διατροφικών διαταραχών (Bellodi, et al., 2001).

Το πιο σημαντικό συμπέρασμα, όμως, στο οποίο κατέληξε η συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα ήταν πως η σχέση αυτή πιθανότατα να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Μάλιστα, υποστηρίζουν πως τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα στις διατροφικές διαταραχές δεν πρέπει να λαμβάνονται ως στοιχεία για μια ακόμα διάγνωση, αλλά ως μέρος της ίδιας της διαταραχής. Θεωρείται πως η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν την έκφραση ενός κοινού φαινοτύπου (Bellodi, et al., 2001).

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και μια ακόμη έρευνα. Σε εκείνη μελετήθηκαν οι οικογένειες 141 ατόμων, τα 89 με Νευρική Ανορεξία και τα 52 με Νευρική Βουλιμία. Και εδώ, αποδείχθηκε ο αυξημένος αριθμός εμφάνισης Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής στους συγγενείς των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στα είδη των διατροφικών διαταραχών, καθώς και η συνοσηρότητα φάνηκε να μην επηρεάζει τα ποσοστά (Cavallini, et al., 2000).

Το ενδιαφέρον, όμως, ήταν και πάλι ο ρόλος του γενετικού παράγοντα. Οι ερευνητές προσπάθησαν να εξηγήσουν αυτό το μηχανισμό βιολογικής ευθύνης, με βάση τους νόμους κληρονομικότητας του Mendel. Ο σκοπός ήταν να αποδείξουν την ύπαρξη ενός κοινού γονιδίου που μεταβιβάζει τη διαταραχή στις επόμενες γενιές μέσω ενός κοινού μοντέλου μετάδοσης. Όταν, μάλιστα, μελετούσαν αποκλειστικά τις διατροφικές διαταραχές ως αιτιολογία για την νοσηρότητα των συγγενών τους, τα ποσοστά δεν ήταν το ίδιο αυξημένα (Cavallini, et al., 2000).

Ταυτόχρονα, παρόμοιες συσχετίσεις προκύπτουν και με την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, όπως σε μια προγενέστερη μελέτη, όπου ερευνήθηκαν οι συγγενείς, 26 γυναικών με Νευρική Ανορεξία, 47 με Ψυχογενή Βουλιμία και 44 υγιών. Αποδείχθηκε, λοιπόν, πως οι συγγενείς των γυναικών με Νευρική Ανορεξία ανεξάρτητα από την ύπαρξη συνοσηρότητας, εμφάνιζαν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, υποστηρίζοντας, έτσι, πως αποτελούν ένα σύνολο, που λειτουργεί με ένα σύστημα οικογενειακής μετάδοσης μέσω της φαινοτυπικής έκφρασης ενός παρόμοιου γονοτύπου (Lilenfeld, et al., 1998).

Ωστόσο, πάντα υπάρχουν και ευρήματα τα οποία μπορεί να ικανοποιούν κάποια αντίθετη θέση. Για παράδειγμα, σε άλλη μελέτη βρέθηκε πως οι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή δε κινδύνευαν περισσότερο σε σχέση με τους συγγενείς της ομάδας ελέγχου, να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή, αποκλείοντας, με αυτό τον τρόπο, την όποια οικογενειακή αιτιολογία ανάμεσα στις διαταραχές. Από την άλλη, η συγκεκριμένη μελέτη διερεύνησε τη σχέση αυτή και σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές (Black, et al., 1994).

2.1.5. Οικογένεια

Λόγω της συχνής συνοσηρότητας της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και των διατροφικών διαταραχών, θα ήταν ωφέλιμο να εξεταστεί και ο ρόλος της οικογένειας. Γενικά, έχει αποδειχτεί πως τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες στην οικογενειακή τους ζωή. Αντίστοιχα, και τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έρχονται αντιμέτωπα με αρκετές συγκρούσεις στο οικογενειακό τους περιβάλλον, δίνοντας, έτσι, ένα ακόμη κοινό χαρακτηριστικό ανάμεσα στις διαταραχές αυτές (Erol, et al., 2007).

Σε ένα μικρότερο δείγμα γυναικών, αποτελούμενο από 15 ασθενείς με Νευρική Ανορεξία, 13 με Ψυχογενή Βουλιμία και 17 με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, διερευνήθηκε η λειτουργία της οικογένειας. Τα συμπεράσματα ήταν παρόμοια για όλες τις ομάδες, κατά τα οποία τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των ατόμων με διατροφικές διαταραχές εμφάνιζαν αρκετές ομοιότητες με αυτές των γυναικών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Η οικογενειακή δυσλειτουργία ενδεχομένως να οδηγεί στις διαταραχές αυτές. Ωστόσο, είναι πολύ πιθανό τα κοινά συμπτώματα και χαρακτηριστικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής που εντοπίζονται και στις τρεις διαταραχές, να επηρεάζουν τις οικογενειακές σχέσεις, καθώς αυτά καθ’ αυτά συνοδεύονται με δυσχέρειες στη κοινωνική ζωή του ατόμου (Erol, et al., 2007).

Από την άλλη, η έρευνα που ακολουθεί δε φαίνεται να συμφωνεί. Αφορούσε ένα δείγμα πληθυσμού αποτελούμενο από άτομα με διατροφικές διαταραχές, ψυχιατρικά ελεγχόμενα και τους συγγενείς και των δυο ομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση

ανάμεσα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και τις διατροφικές διαταραχές. Η έρευνα, όμως, ασχολήθηκε και με το ρόλο της οικογένειας. Ο ρόλος της ως γενετικός ή συμπεριφορικός παράγοντας δεν ήταν αρκετά ξεκάθαρος, καθώς σε όλες τις ομάδες δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά τη συνοχή της οικογένειας (Cassidy, et al., 1999).

Η μελέτη ενός δείγματος που αποτελούνταν από 128 μητέρες παιδιών ηλικίας 2-6 ετών, έδωσε μια διαφορετική προσέγγιση. Τα αποτελέσματα επικεντρώθηκαν στις μητρικές μεθόδους σίτισης των παιδιών. Διαπιστώθηκε πως οι μητέρες που εμφάνιζαν συμπτώματα διατροφικών διαταραχών, όπως τάση προς λεπτότητα και βουλιμικά επεισόδια, εμφάνιζαν συγχρόνως και ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα, όπως ψυχαναγκασμούς/καταναγκασμούς ελέγχου και καθαριότητας (Farrow & Blissett, 2009).

Συνήθως, τα άτομα που ανησυχούν για το βάρος τους χαρακτηρίζονται από τέτοιου είδους ψυχαναγκασμούς/καταναγκασμούς, λόγω του φόβου τους περί μολύνσεων. Οι γυναίκες αυτές τείνουν να εφαρμόζουν ακατάλληλες πρακτικές περιοριστικής διατροφής στα παιδιά τους. Έτσι, αποφεύγουν τρόφιμα τα οποία μπορεί να λερώσουν, όπως γλυκά ή finger foods. Επιπλέον, περιορίζουν τη κατανάλωση τροφίμων, όπου τα χαρακτηρίζουν αηδιαστικά, και εγκυμονούν κατά τη γνώμη τους αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων. Εκτός των άλλων, τα παιδιά αυτά συχνά καθαρίζονται σχολαστικά κατά τη διάρκεια του γεύματος, δεν εξοικειώνονται με την αφή των τροφίμων, δε καταναλώνουν το γεύμα μόνα τους, καθώς, επίσης, οι μητέρες τους φαίνεται να τους μεταδίδουν τις διαταραγμένες αντιλήψεις τους (Farrow & Blissett, 2009).

2.1.6. Παιδική ηλικία

Ένας ακόμη κοινός παράγοντας που φαίνεται να συνδέει τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή με τις διατροφικές διαταραχές είναι το άτομο κατά τη παιδική του ηλικία. Έχει φανεί πως εκείνοι που εμφανίζουν κάποια διατροφική διαταραχή στην ενήλικη ζωή τους, έπασχαν από Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή στα παιδικά τους χρόνια (Anderluh, et al., 2003). Επιπλέον στοιχείο αποτελούν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η τελειομανία. Παρατηρείται πως ενήλικες με διατροφικές διαταραχές, χαρακτηρίζονταν από τάσεις τελειομανίας σε μικρότερη ηλικία, και γενικότερα

από ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Micali, et al., 2011).

Με αφορμή το τελευταίο, σε έρευνα που μελετήθηκαν 44 γυναίκες διαγνωσμένες με Νευρική Ανορεξία, 28 με Ψυχογενή Βουλιμία και 28 υγιείς, όπου διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, εμφάνιζαν αυξημένα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, σε σχέση με την υγιή ομάδα. Μάλιστα, όσο περισσότερα ήταν αυτά, τόσο πιο αυξημένη ήταν η πιθανότητα τα άτομα να πάσχουν στη μετέπειτα ζωή τους, με αποτέλεσμα, να καθίστανται ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, ιδίως της Νευρικής Ανορεξίας (Anderluh, et al., 2003).

Ένα επιπλέον εύρημα, αποτέλεσε το γεγονός πως τα διατροφικά διαταραγμένα άτομα που χαρακτηρίζονταν από τελειομανία και ακαμψία ως παιδιά ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή ή Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, σε σχέση με εκείνα που η προσωπικότητα τους δεν είχε τέτοια χαρακτηριστικά (Anderluh, et al., 2003).

Συνεχίζοντας, πιο συγκεκριμένα, και για την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή έχει φανεί κάτι παρόμοιο. Δηλαδή, η μελέτη 231 πασχόντων σε νεαρή ηλικία, όπου εξετάστηκαν σε βάθος εννέα χρόνων, έδειξε πως αρκετοί από αυτούς εμφάνισαν κάποια διατροφική διαταραχή, κυρίως Νευρική Ανορεξία κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Τα περισσότερα περιστατικά αφορούσαν γυναίκες, καθώς, επίσης, και αρκετοί είχαν και οικογενειακό ιστορικό. Ορισμένα άτομα, ωστόσο, ήδη πριν από την διάγνωση της διατροφικής διαταραχής, κατέχονταν από διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά ή ψυχαναγκασμούς/καταναγκασμούς σχετικά με το φαγητό (Micali, et al., 2011).

Η ανάπτυξη των παιδιών είναι μια παράμετρος που πρέπει να εξετάζεται διεξοδικά. Ενδιαφέρον προκαλεί μια παλαιότερη έρευνα, στην οποία μελετήθηκαν τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά ενός συνόλου 51 παιδιών/εφήβων που έπασχαν από Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, όπως το βάρος σώματος, το ύψος και κατ’ επέκταση ο Δείκτης Μάζας Σώματος. Τα δεδομένα αυτά συγκρίθηκαν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών σε άλλες ψυχιατρικές ομάδες και δείγμα γενικού πληθυσμού (Henninghausen, et al., 1999).

Η έρευνα αυτή, επιβεβαίωσε τα προηγούμενα ευρήματα. Συγκεκριμένα, η κλινική ομάδα εμφάνισε μειωμένο ύψος και βάρος, καθώς και Δείκτη Μάζα Σώματος σε σχέση με τις άλλες, με αυξημένες μάλιστα αποκλίσεις από τα αναμενόμενα και φυσιολογικά μεγέθη για την ηλικία των ατόμων. Το γεγονός αυτό φάνηκε να είναι πιο έντονο στον ανδρικό από ότι το γυναικείο πληθυσμό, καθώς για παράδειγμα τα επίπεδα ύψους των ανδρών είναι υψηλότερα σε σχέση με αυτά των γυναικών (Henninghausen, et al., 1999).

Η αρχική ύπαρξη ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών, μπορεί να οδηγήσει σε διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες και αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις, με συνέπεια το μειωμένο βάρος και έπειτα το μειωμένο ύψος. Το επίπεδο μειωμένου βάρους θα μπορούσε να οδηγήσει στην υποψία συνοσηρότητας με Νευρική Ανορεξία. Γενικότερα, τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και μειωμένο βάρος πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για συνύπαρξη συμπτωμάτων κάποιας διατροφικής διαταραχής. Ωστόσο, εφόσον ο ανδρικός πληθυσμός δεν διαγιγνώσκεται συχνά με κάποια διατροφική διαταραχή, σε σχέση με το γυναικείο, η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά των πρώτων μπορεί να αποδοθεί στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Henninghausen, et al., 1999).

2.1.7. Κοινές πεποιθήσεις (σχήματα)

Πέρα από την συνύπαρξη της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και των διατροφικών συνηθειών, ωφέλιμο θα ήταν να σχολιαστεί και η ψυχολογική συνεκτικότητα τους. Σημαντικό είναι να κατανοηθεί η έννοια των πυρηνικών πεποιθήσεων (σχήματα), τα οποία αφορούν διάχυτα θέματα σκέψεων για τον εαυτό του και τις σχέσεις του με τους άλλους, που πρωτοεμφανίζονται κατά τη παιδική ηλικία και επεξεργάζονται καθώς μεγαλώνει το άτομο, ενώ στο παρόν περιβάλλον καθίστανται δυσλειτουργικές. Αυτές είναι συγκεκριμένα, οι αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις (σχήματα περιεχομένου). Εντοπίζονται, επίσης, οι διαδικασίες σχημάτων, οι οποίες οδηγούν στην διατήρηση τέτοιου είδους σκέψεων μέσω της επιλεκτικής ενσωμάτωσης και του αποκλεισμού πληροφοριών, όπως της συναισθηματικής διέγερσης (Lawson, et al., 2007).

Εξετάστηκαν, λοιπόν, 62 γυναίκες με διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τις παραπάνω έννοιες, έτσι ώστε να δικαιολογηθεί η εμφάνιση ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών

χαρακτηριστικών (συμπεριφορές ελέγχου και καθαριότητας). Πιθανολογείται, επίσης, το επίπεδο σοβαρότητας των πυρηνικών πεποιθήσεων και διαδικασιών σχημάτων, να είναι πιο σοβαρό στα άτομα με ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική συμπεριφορά, από ότι σε αυτά χωρίς (Lawson, et al., 2007).

Βρέθηκε πως η ομάδα με τη συνύπαρξη, διακρίνονταν από υψηλότερα επίπεδα τεσσάρων πυρηνικών πεποιθήσεων. Αυτές περιελάμβαναν, πιο αναλυτικά, δυσπιστία/κακοποίηση, ελαττωματικότητα/ντροπή, εξάρτηση/ανικανότητα και υποταγή. Μάλιστα, τα άτομα με καταναγκασμούς ελέγχου αλλά και καθαριότητας, έτειναν ακόμα περισσότερο ως προς τη πεποίθηση ελαττωματικότητας, με αποτέλεσμα, να εμφανίζουν αυξημένες διαδικασίες σχημάτων, για δευτερογενή αποφυγή συναισθημάτων χρησιμοποιώντας συμπεριφορικά και σωματικά μέσα (Lawson, et al., 2007).

Με άλλα λόγια, όταν ενεργοποιούνται από το περιβάλλον σκέψεις περιεχομένου ελαττωματικότητας/ντροπής, οι καταναγκασμοί χρησιμοποιούνται έτσι ώστε να αποφθεχθεί ή να μειωθεί το συναίσθημα που προκαλείται (Lawson, et al., 2007).

Ένας επιπλέον παράγοντας που φαίνεται να εξηγεί την θετική συσχέτιση της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και των διατροφικών διαταραχών, είναι οι κοινές πεποιθήσεις. Με άλλα λόγια, αρκετές πεποιθήσεις που επικρατούν στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή συχνά δικαιολογούν τα συμπτώματα που εντοπίζονται στις διατροφικές διαταραχές (Roncero, et al., 2011).

Γενικά, αναγνωρίζονται, έξι κύρια πεδία πεποιθήσεων κατά την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, από τα οποία είναι τα εξής: α) η υψηλή υπευθυνότητα, β) η υπερβολική σημασία των σκέψεων, γ) η υπερβολική ανησυχία για τη σημασία του ελέγχου των σκέψεων κάποιου, δ) η υπερεκτίμηση της απειλής, ε) η μη ανοχή της αβεβαιότητας και στ) η τελειομανία (Freid, 2007).

Με βάση αυτές τις κατηγορίες πεποιθήσεων, δημιουργήθηκε ένα διαφορετικό ερωτηματολόγιο, το λεγόμενο “OBBSES”. Σκοπός αυτής της μεθόδου, ήταν η αναγνώριση πεποιθήσεων που εντοπίζονται και στις δυο διαταραχές. Έτσι, εφαρμόστηκε σε ένα δείγμα πληθυσμού και συγκρίθηκε με τα αποτελέσματα από άλλα ερωτηματολόγια, όπου και βρέθηκαν αρκετές αντιστοιχίες ανάμεσα στις διάφορες υποκατηγορίες θεμάτων (Freid, 2007).

Μεταγενέστερα, έγινε ακόμη μια μελέτη, σε ένα δείγμα 79 ατόμων με διατροφικές διαταραχές και 50 υγιείς. Αρχικά, βρέθηκε πως δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στους διάφορους τύπους των διατροφικών διαταραχών σχετικά με τις πεποιθήσεις Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, θέτοντας έτσι τη πιθανότητα να αποτελούν βαθύτερο λόγο εμφάνισης της νόσου. Εν συνεχεία, συγκριτικά με την υγιή ομάδα, τα άτομα με Νευρική Ανορεξία είχαν αυξημένες τέτοιου είδους πεποιθήσεις, ενώ τα άτομα με Επεισοδιακή Υπερφαγία είχαν παρόμοια αποτελέσματα (Roncero, et al., 2011).

Ωστόσο, όσον αφορά την ομάδα με Ψυχογενή Βουλιμία Καθαρκτικού Τύπου, εντοπίστηκαν αυξημένα επίπεδα σχετικά με το πεδίο πεποιθήσεων Σύγχυσης σκέψης – δράσης Πιθανότητας (Roncero, et al., 2011), όπου η σκέψη για κάτι συγκεκριμένο αυξάνει την πιθανότητα αυτό να συμβεί στην πραγματικότητα (Freid, 2007). Ενώ, και η ομάδα με Επεισοδιακή Υπερφαγία εμφάνισε χαμηλότερα επίπεδα σχετικά με το πεδίο πεποιθήσεων Σύγχυσης σκέψης – δράσης Ηθικότητας (Roncero, et al., 2011), όπου θεωρείται πως η σκέψη και η πράξη είναι ηθικά ίσες, άρα μια ανήθικη σκέψη ισοδυναμεί με μια ανήθικη πράξη (Freid, 2007).

Ένας επιπλέον σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει ποιες συγκεκριμένες πεποιθήσεις Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι υπεύθυνες για τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών. Σχετικά με αυτό, φάνηκε πως η Υπερεκτίμηση της απειλής ήταν η πιο σχετιζόμενη, καθώς οδηγεί συχνά τα άτομα με διατροφικές διαταραχές στην κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων, δρώντας υπό την αυξημένη απειλή (κατά την άποψη τους) της πρόσληψης βάρους και των συνοδών της (Roncero, et al., 2011).

2.1.8. Ανεπιθύμητες εισβολές σκέψεων

Μελετάται, επιπλέον, και η εισβολή ανεπιθύμητων σκέψεων όσον αφορά την εμφάνιση ξαφνικών και διακριτών σκέψεων, εικόνων ή παρορμήσεων, οι οποίες παρεμβαίνουν στην δραστηριότητα που εκτελείται τη δεδομένη στιγμή και είναι δύσκολο να ελεγχθούν, καθώς είναι επαναλαμβανόμενες, και συχνά, ανεπιθύμητες. Αυτού του είδους οι εισβολές έχουν μελετηθεί κατά κύριο λόγο στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Ωστόσο, οι σκέψεις αυτές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως οι διατροφικές.

Αυτό το γεγονός, θα μπορούσε να δώσει στο προσκήνιο μια ακόμη εξήγηση για τη συσχέτιση της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και των διατροφικών διαταραχών, πέρα από τα κοινά χαρακτηριστικά ή τη συνοσηρότητα, που έχουν μελετηθεί έως τώρα (Belloch, et al., 2016; Garcia-Soriano, et al., 2014; Pascual-Vera & Belloch, 2018).

Αναφερόμενοι στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, το περιεχόμενο των εισβολών χαρακτηρίζεται από θέματα, όπως επιθετικότητα, σεξουαλικότητα/ανηθικότητα, αμφιβολίες, ανάγκη για έλεγχο και ανησυχίες για μόλυνση, των οποίων η σοβαρότητα θα οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχαναγκασμών. Ενώ, όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές, παρατηρούνται εισβολές περί φαγητού, σώματος, βάρους, διατροφής, σωματικής άσκησης και εμφάνισης τα οποία συνδέονται με την αύξηση βάρους και την απώλεια ελέγχου. Και στις δυο περιπτώσεις, δημιουργούνται αρνητικά συναισθήματα και ένα κλίμα δυσφορίας, το οποίο επηρεάζει τη καθημερινότητα και τη ποιότητα ζωής των ατόμων, με αποτέλεσμα, να οδηγούνται σε στρατηγικές, με σκοπό να εξουδετερώσουν ή να καταστείλουν τις εισβολές ανεπιθύμητων σκέψεων και να ανακουφιστούν από το άγχος που τους προκαλούν. Ωστόσο, οι τεχνικές αυτές φαίνεται να φέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα, με τη διατήρηση των εισβολών (Belloch, et al., 2016; Garcia-Soriano, et al., 2014).

Οι παραπάνω ισχυρισμοί επιβεβαιώνονται με μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 79 άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και 117 άτομα με διατροφική διαταραχή. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η μελέτη των ανεπιθύμητων εισβολών σε αυτά τα άτομα, πως τις αντιλαμβάνονται αλλά και τι στρατηγικές ελέγχου ακολουθούν για να αντιμετωπίσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλούνται. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως και οι δυο ομάδες βίωναν στην ίδια συχνότητα εισβολές μέσα στη μέρα καθώς και παρόμοια αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο, όσον αφορά την ομάδα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, οι εισβολές ήταν περισσότερο ενοχλητικές, δηλαδή δυσάρεστες, διέκοπταν την εκτελούμενη δραστηριότητα και ήταν δύσκολο να ελεγχθούν. Αυτό δεν είναι περίεργο, καθώς οι εισβολές σε αυτά τα άτομα είναι στη πραγματικότητα οι ίδιοι οι ψυχαναγκασμοί, η παρουσία των οποίων αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο και κύριο γνώρισμα/χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής (Garcia-Soriano, et al., 2014).

Εν συνεχεία, τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή παρουσίασαν μια πιο δυσλειτουργική εκτίμηση των σκέψεων τους, πιστεύοντας πως είναι υπεύθυνοι για ότι συμβαίνει, υπερβάλλοντας στον έλεγχο και υπερεκτιμώντας το κίνδυνο των εισβολών αυτών. Ενώ, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έδωσαν μια πιο προσωπική ερμηνεία στις σκέψεις τους, καθώς αρκετοί ανορεκτικοί ασθενείς χαρακτηρίζουν τη διαταραχή τους ως επιλογή και μέρος της ταυτότητας τους. Από την άλλη, φάνηκε γενικά πως και οι δυο ομάδες ακολουθούσαν παρόμοιες στρατηγικές αντιμετώπισης, με μεγαλύτερη τη συχνότητα των καταναγκασμών στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Garcia-Soriano, et al., 2014).

Ένα ακόμα εύρημα της έρευνας, αποτέλεσαν και οι παράγοντες που εξηγούν τη συναισθηματική επιρροή που προκαλείται από την εισβολή ανεπιθύμητων σκέψεων. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή εμφάνιζαν μη αντοχή της αβεβαιότητας και αυξημένη σημασία στον έλεγχο, ενώ εκείνα με διατροφικές διαταραχές εμφάνιζαν αυξημένη σημασία στη σκέψη. Σημαντικό είναι το γεγονός πως και στις δυο ομάδες εντοπίστηκε ως μεταβλητή η σύγχυση της σκέψης με τη πράξη (Garcia-Soriano, et al., 2014).

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από μια πολύ πρόσφατη έρευνα. Σε αυτή συγκρίθηκαν τρεις ομάδες πληθυσμού, όπου 92 άτομα είχαν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, 41 για κάποια διατροφική διαταραχή και 100 που ήταν άνευ κινδύνου. Προέκυψε, λοιπόν, πως τα άτομα με υψηλότερη ευαισθησία στις προαναφερθείσες διαταραχές βίωναν σε μεγαλύτερη συχνότητα τέτοιου είδους εισβολές σε σχέση με τα άτομα που δεν ήταν ευάλωτα (Belloch, et al., 2016).

Όσον αφορά τις συνέπειες των εισβολών, στα άτομα με αυξημένο κίνδυνο για Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, οι εισβολές του ίδιου περιεχομένου προκαλούσαν υψηλότερη δυσχέρεια, παρεμβαίνοντας για παράδειγμα στη καθημερινή ζωή των ατόμων. Από την άλλη, η ομάδα με αυξημένο κίνδυνο για διατροφική διαταραχή, αντιμετώπιζε παρόμοιες καταστάσεις ανεξάρτητα το είδος των εισβολών. Σε αυτά τα άτομα έπαιζε ρόλο το περιεχόμενο των σκέψεων. Αν, δηλαδή, απευθύνονταν στους συγκεκριμένους φόβους (βάρος, δίαιτα) τους προκαλούσαν και πιο δυσάρεστα συναισθήματα (Belloch, et al., 2016).

Σε ακόμα πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, σε συνδυασμό με τη μελέτη και άλλων διαταραχών, επιβεβαιώνεται η υψηλότερη παρεμβατικότητα των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών σε σχέση με διατροφικά διαταραγμένης φύσεως εισβολών, κυρίως στις γυναίκες. ,Επιπλέον, τα άτομα αναζητούν συνήθως να κάνουν κάτι, έτσι ώστε να εξουδετερώσουν την ενόχληση που τους προκαλεί η ύπαρξη των εισβολών. Ειδικότερα, ακολουθήθηκαν πράξεις γενικά που χαρακτηρίζονταν από καταστολή σκέψης, εμφανείς συμπεριφορές, αυτοπειθαρχία και αναζήτηση επιβεβαίωσης. (Pascual-Vera & Belloch, 2018)

Καταλήγοντας, οι εισβολές ανεπιθύμητων σκέψεων μπορούν να αποτελέσουν ένα ακόμα διαγνωστικό/προγνωστικό παράγοντα για τη συσχέτιση των δυο διαταραχών, ο οποίος να εξηγεί και τις διάφορες άλλες ομοιότητες τους. Οι ανεπιθύμητες σκέψεις σχετίζονται με τα ερεθίσματα ή/και τις καταστάσεις που προκαλούν φόβο. Η δυσλειτουργική αξιολόγηση αυτών των σκέψεων ωθεί τα άτομα σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές με στόχο τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων, όπως ο έλεγχος, οι διαταγές ή η καθαριότητα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, και η επεισοδιακή υπερφαγία στις διατροφικές διαταραχές (Belloch, et al., 2016; Garcia-Soriano, et al., 2014; Pascual-Vera & Belloch, 2018).

2.1.9. Κοινά συμτώματα

Σε επόμενο στάδιο, ένα από τα κύρια σημεία αποτελεί η συχνή ύπαρξη συγκεκριμένων συμπτωμάτων Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής σε άτομα με διατροφικές διαταραχές (Grabe, et al., 2000), ακόμα και αν το επίπεδο των συμπτωμάτων αυτών δεν αρκεί για να γίνει διάγνωση (Humphreys, et al., 2007).

Κατά κύριο λόγο, υποστηρίζεται η ύπαρξη διακριτών τέτοιου είδους συμπτωμάτων, όπως φαίνεται και από την έρευνα που ακολουθεί. Μελετήθηκε, λοιπόν, ένα δείγμα αποτελούμενο από μια ομάδα 61 ατόμων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και μια ομάδα ελέγχου, με 288 άτομα. Φάνηκε, έτσι, πως μόνο τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής συνδέονται στενά με τα βασικά συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών (Grabe, et al., 2000).

Τα συμπεράσματα ήταν πιο ξεκάθαρα, κυρίως για τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, σε συμπεριφορές ελέγχου, μετρήματος, επαφής και ομιλίας υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίζονται και βουλιμικά συμπτώματα. Ενώ, ψυχαναγκασμοί σχετικά με λέξεις, εικόνες και αλυσίδες σκέψεων, πιθανό να οφείλονται για συνυπάρχοντα ανορεξικά συμπτώματα (Grabe, et al., 2000).

Στο ίδιο πλαίσιο, μια άλλη μελέτη 141 γυναικών έδειξε πως πέρα από τη γενική συνοσηρότητα, υπήρχαν και κάποιες παρατηρούμενες κοινές τάσεις. Αυτές αφορούσαν την τάση για αποθήκευση άχρηστων αντικειμένων. Η τάση για τακτοποίηση και τάξη αποτέλεσαν το πιο προγνωστικό παράγοντα για διατροφικά διαταραγμένες συμπεριφορές (Roberts, 2006).

Μία πιο σφαιρική άποψη δίνουν τα αποτελέσματα από τη μελέτη 160 γυναικών, όπου η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά συσχετίστηκε με τη γενική ψυχαναγκαστική/ καταναγκαστική συμπτωματολογία, περισσότερο, όμως, με τη καθαριότητα και τη τακτοποίηση (Humphreys, et al., 2007).

Η τάση για τελειομανία έχει βρεθεί να συνδέεται έντονα με τη διαταραγμένη διατροφή. Ταυτόχρονα, όμως, το είδος τελειομανίας που εντοπίζεται χωρίζεται σε δύο μέρη. Δηλαδή, καλύτερος προγνωστικός δείκτης για εμφάνιση ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων ήταν η αμφιβολία για τις πράξεις, ενώ για τη διατροφικά διαταραγμένη συμπεριφορά ήταν η ανησυχία για λάθη. Καθώς, επίσης, και άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή που εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα τελειομανίας, και κυρίως τη δεύτερη που αναφέρθηκε, είναι αρκετά πιθανό να αναπτύξουν κάποια διατροφική διαταραχή (Humphreys, et al., 2007).

Κάτι ακόμα το όποιο βρέθηκε αφορούσε τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις. Σχετικά με αυτό το θέμα, επιβεβαιώνεται η συνύπαρξη τέτοιων σκέψεων με τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, οι σκέψεις αυτές φαίνεται να είναι διαφορετικής φύσεως, λόγω της διαφορετικής αντίληψης τους από το άτομο. Με άλλα λόγια, στο διατροφικά διαταραγμένο άτομο αποτελούν ισχυρές πεποιθήσεις και μέρος της ταυτότητας του, ενώ σε ένα ψυχαναγκαστικό/καταναγκαστικό άτομο προκαλούν άγχος και δυσφορία (Humphreys, et al., 2007).

Η συμπεριφορά ελέγχου, είναι, επίσης, κάτι που παρατηρείται συχνά πρώτα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, κι έπειτα στις διατροφικές διαταραχές, καθώς και σε άλλες διαταραχές. Η συμπεριφορά αυτή αφορά καταστάσεις αρνητικής επίδρασης, έντονου άγχους για παράδειγμα και σκοπός είναι η μείωση αυτής μέσα από την εκτέλεση μιας πράξης, ή ακόμα και η αποφυγή των αρνητικών συνεπειών. Η μείωση, όμως, της αρνητικής επίδρασης οδηγεί στην αρνητική ενίσχυση της συμπεριφοράς. Επιπλέον, εξαιτίας της έλλειψης των εναλλακτικών επιλογών, η συμπεριφορά ελέγχου φαίνεται να διατηρείται. Επομένως, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η διδασκαλία άλλων θεραπευτικών μεθόδων μείωσης της αρνητικής επίδρασης προς αντικατάσταση της συμπεριφοράς ελέγχου.(Hartmann, et al., 2018).

2.1.10. Κατάθλιψη

Στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή σε συνδυασμό με τις διατροφικές διαταραχές εμφανίζεται συχνά και η κατάθλιψη. Χρήσιμο θα ήταν, λοιπόν, να ελεγχθεί η σχέση μεταξύ των τριών διαταραχών (Speranza, et al., 1999).

Σε έρευνα των Speranza και των συνεργατών του μελετήθηκε ένα δείγμα 42 εφήβων με διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή. Τα ευρήματα της έρευνας ήταν διάφορα, όπως η υψηλότερη ψυχαναγκαστικότητα/καταναγκαστικότητα στα ανορεκτικά άτομα, σε σχέση με τα βουλιμικά και η περισσότερο διαταραγμένη συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό, στα άτομα με υψηλότερη ψυχαναγκαστικότητα/καταναγκαστικότητα (Speranza, et al., 1999).

Αυτό που προκαλεί, όμως, ενδιαφέρον είναι τα συμπεράσματα σχετικά με τη κατάθλιψη. Παρά το γεγονός, πως η κατάθλιψη φάνηκε να συνδέεται πιο άμεσα με το βαθμό σοβαρότητας των διατροφικών διαταραχών στα άτομα, σε σχέση με τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα, και οι τρεις διαταραχές δεν φαίνεται να δρουν ανεξάρτητα μεταξύ τους. Για την ακρίβεια, διαπιστώθηκε πως δημιουργείται ένας κύκλος κατά τον οποίο η ένταση της ψυχαναγκαστικότητας/καταναγκαστικότητας στα άτομα με διατροφικές διαταραχές επηρεάζεται άμεσα από την ένταση της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, όσο πιο αυξημένη είναι η σοβαρότητα της διατροφικής διαταραχής, τόσο

πιο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται, τα οποία οδηγούν και σε πιο σοβαρά ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα (Speranza, et al., 1999).

2.1.11. Αντικρουόμενα δεδομένα

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και μελέτες με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Μια από αυτές αποδεικνύει πως οι διατροφικές διαταραχές δεν αποτελούν υπότυπο της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, κατά την οποία συμμετείχαν 29 άτομα με Νευρική Ανορεξία και 77 με Ψυχογενή Βουλιμία. Ένας μέρος της δεύτερης ομάδας συμμετείχε σε πρόγραμμα θεραπείας. Τα Score από το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής που εφαρμόστηκε ήταν αυξημένα μόνο σε ένα μικρό μέρος των ατόμων, ενώ γενικότερα δε φάνηκαν διαφορές ανάμεσα στα άτομα που εκτελούσαν σε καθημερινή βάση υπερφαγικά επεισόδια και εκείνα που δεν εμφάνιζαν τέτοιες συμπεριφορές, χωρίς να μεταβάλλεται επίσης και η σοβαρότητα των επεισοδίων αυτών. Τέλος, τα άτομα με υψηλά Score δεν συνάντησαν κακή ανταπόκριση στη θεραπεία (Fahy, 1991).

Σε μια άλλη προσέγγιση, μάλιστα, φάνηκε πως αφαιρώντας τη παράμετρο της γενικής δυσφορίας, οι διαταραχές δε φαίνεται να συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους (Wu, 2008). Ενώ, κάποια πιο πρόσφατα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά για τον επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και άλλες διαταραχές άγχους (Tyagi, et al., 2015).

2.2. Νευρική Ανορεξία

Η Νευρική Ανορεξία είναι η πρώτη βασική διατροφική διαταραχή. Αφορά τη περιορισμένη λήψη τροφής, καθώς και τον έντονο φόβο πρόσληψης βάρους ή δημιουργίας λίπους με πιθανά περιστατικά αντιρροπιστικής συμπεριφοράς, ενώ ταυτόχρονα συνοδεύεται και από διαταραγμένη αντίληψη του βάρους και του σχήματος σώματος (APA, 2013).

Η συνοσηρότητα της νευρικής ανορεξίας και της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι ένα γεγονός που παρατηρείται συχνά. Η έντονη τάση προς λεπτότητα, ο

συλλογισμός γύρω από τη τροφή και η συνεχής ανησυχία για το σώμα αντιστοιχίζονται ως ψυχαναγκασμοί. Ενώ, τελετουργικές πρακτικές όπως το επαναλαμβανόμενο ζύγισμα, ο υπολογισμός των θερμίδων και η αυξημένη άσκηση ερμηνεύονται ως καταναγκασμοί. Συγχρόνως, τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από ακαμψία, τελετουργικότητα, τελειομανία, σχολαστικότητα και έντονη ανάγκη για έλεγχο, στοιχεία αντίστοιχα με αυτά που εντοπίζονται σε άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Bastiani, et al., 1996; Fahy, et al., 1993; Godier & Park, 2014; Halmi, et al., 2003; Matsunaga, et al., 1999; Serpell, et al., 2002).

Από τις πρώτες έρευνες με δείγμα 151 γυναικών και 149 ανδρών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, προέκυψε πως 16 από τις γυναίκες είχαν προηγούμενο ιστορικό Νευρικής Ανορεξίας. Αυτό δείχνει πως ένα τέτοιο ιστορικό είναι πιο συχνό στο γυναικείο πληθυσμό, καθώς κανένας άνδρας από το δείγμα δεν έδωσε αντίστοιχα αποτελέσματα. Συμπληρωματικά, βρέθηκε πως τα άτομα αυτά ήταν νεότερα και τα συμπτώματα της διαταραχής εμφανίστηκαν σε μικρότερη ηλικία (Kasvikis, et al., 1986). Σε μια λίγο μεταγενέστερη έρευνα στην οποία επιβεβαιώνονται τα παραπάνω ευρήματα, βρέθηκε επίσης πως στα άτομα με συνοσηρότητα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και Νευρικής Ανορεξίας, η εμφάνιση των διαταραχών γίνεται σε παρόμοια ηλικία (Fahy, et al., 1993). Γενικότερα, έχει φανεί πως άτομα με προηγούμενο ιστορικό Νευρικής Ανορεξίας εμφανίζουν αυξημένα συμπτώματα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, και το αντίστροφο (Yaryura-Tobias, et al., 2001).

Παραδείγματα ψυχαναγκασμών/καταναγκασμών σε τέτοια άτομα είναι γενικότερα η διατροφή τους η οποία λαμβάνει μορφή συνεχών τελετουργικών διαδικασιών ως προς την επιλογή, την αγορά ή το μαγείρεμα των τροφών, καθώς ακόμα και τη διακόσμηση του πιάτου και τη θέση του στο τραπέζι. Ενώ, επίσης, υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα άτομα μετράνε τις μπουκιές αλλά και πόσες φορές μάσησαν τη τροφή έτσι ώστε να διαβεβαιωθούν για την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν (Yaryura-Tobias, et al., 2001).

Η κοινή συμπτωματολογία είναι ένα χαρακτηριστικό φαινόμενο συνοσηρότητας των δυο διαταραχών. Παρά το γεγονός πως στους ψυχαναγκαστικούς/καταναγκαστικούς ασθενείς η ποικιλία και η ποιότητα των ψυχαναγκασμών και των καταναγκασμών είναι πιο ευρεία, στα ανορεκτικά άτομα συναντώνται συχνά συμπτώματα σχετικά με την συμμετρία, την

ακρίβεια, τη σειρά και την τακτοποίηση, καθώς και τη καθαριότητα του σπιτιού ή και γενικότερα. Ενώ, οι επιθετικοί και σεξουαλικοί ψυχαναγκασμοί ήταν πιο συχνοί στα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά άτομα (Bastiani, et al., 1996; Halmi, et al., 2003; Matsunaga, et al., 1999; Serpell, et al., 2002). Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου το άτομο θα παρουσιάζει ένα καταναγκασμό καθαριότητας, όπως το επαναλαμβανόμενο πλύσιμο των χεριών πριν το γεύμα, επειδή προσπαθεί να αποφύγει τη κατανάλωση του και όχι εξαιτίας του φόβου μόλυνσης (Serpell, et al., 2002).

Επίσης, γενικά δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη συχνότητα αυτών των συμπτωμάτων στις διαφορετικές υποομάδες της Νευρικής Ανορεξίας, δηλαδή ανάμεσα στη Περιοριστικού και στη Καθαρκτικού Τύπου (Halmi, et al., 2003).

Ενδιαφέρον είναι πως τα ανορεκτικά άτομα εμφανίζουν ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα ακόμα και αν αφαιρεθεί η τυπική συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής, δηλαδή διαταραγμένη εικόνα σώματος, παθολογική σίτιση και άσκηση (Kaye, et al., 1992).

Κάτι εξίσου αξιοσημείωτο είναι το πώς αντιλαμβάνεται ο κάθε ασθενής το αντίστοιχο σύμπτωμα. Συχνά, τα άτομα με Νευρική Ανορεξία φαίνεται να μειώνουν ή να αγνοούν την ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχαναγκαστικής/καταναγκαστικής φύσεως. Αυτό συμβαίνει διότι έχουν εγω-συντονιστικό ρόλο, δηλαδή αφορούν σκέψεις και συναισθήματα που ικανοποιούν την εικόνα του ατόμου και τις προσωπικές του πεποιθήσεις, με αποτέλεσμα το άτομο να δικαιολογεί τη κάθε του πράξη χωρίς να θεωρεί τη συμπεριφορά του διαταραγμένη. Σε αντίθεση, με τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά άτομα στα οποία τα συμπτώματα έχουν εγω-δυσντονιστικό ρόλο, δηλαδή την αντίθετη δράση σε σχέση με το προηγούμενο όρο, όπου αυτές οι σκέψεις και τα συναισθήματα δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική ανάγκη του ατόμου, και την ομαλή εικόνα του εαυτού (Kaye, et al., 1992; Serpell, et al., 2002).

Αναφορικά με τα συμπτώματα της συμμετρίας και της σειράς υπάρχουν ευρήματα σχετικά με την ενεργοποίηση του εγκεφάλου. Πέρα από το γεγονός πως τα άτομα με Νευρική Ανορεξία εμφάνισαν υψηλότερο άγχος ανάλογα τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε σχέση με τα υγιή άτομα, βρέθηκε επίσης πως η λειτουργία του δεξιού βρεγματικού λοβού είναι μειωμένη στα ανορεκτικά άτομα, πράγμα το οποίο αντιστοιχίζεται με το γεγονός πως

στα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή εντοπίζονται δομικές ανωμαλίες στο βρεγματικό λοβό (Suda, et al., 2014). Σε γενικότερο πλαίσιο, κυρίως αναφορικά σε άτομα με ιστορικό Νευρικής Ανορεξίας, παρατηρούνται κοινές ανατομικές ανωμαλίες εγκεφάλου ανάμεσα σε εκείνα και σε άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Serpell, et al., 2002; Yaryura-Tobias, et al., 2001).

Μελέτη με δείγμα 519.814 ατόμων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και 58.462 ατόμων με Νευρική Ανορεξία, καθώς και σε συγγενείς πρώτου, δευτέρου και τρίτου βαθμού αυτών επιβεβαιώνει αρκετές πληροφορίες σχετικά με τη συνοσηρότητα των δυο διαταραχών. Αρχικά, αποδείχθηκε πως άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είχαν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν αργότερα Νευρική Ανορεξία, ενώ το αντίστροφο βρέθηκε σε ακόμα πιο υψηλή συχνότητα, με τη πιθανότητα αυτή να είναι περισσότερο αυξημένη στους άνδρες (Cederlof, et al., 2015).

Επιπλέον, γίνεται και λόγος για οικογενειακούς παράγοντες, καθώς βρέθηκε πως οι πρώτου και δευτέρου βαθμού συγγενείς των ασθενών με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Νευρικής Ανορεξίας, ο οποίος αυξάνονταν ανάλογα το βαθμό συγγενείας (Cederlof, et al., 2015). Ενώ, αντίστροφα, οι συγγενείς ατόμων με Νευρική Ανορεξία εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό γενικευμένου άγχους, αλλά και συγκεκριμένα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, καθώς και Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν νοσήσει ποτέ (Strober, et al., 2007).

Μάλιστα σχολιάζεται πως η νοσηλεία ενός ατόμου για Νευρική Ανορεξία μπορεί να οδηγήσει και στη διάγνωση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, ενώ αντίστροφα ανάλογα τη φύση των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων που εντοπίζονται μπορεί να τεθούν υποψίες για ύπαρξη Νευρικής Ανορεξίας (Cederlof, et al., 2015).

Συνεχίζοντας, το γενετικό υπόβαθρο φαίνεται να είναι ένα ακόμη κοινό χαρακτηριστικό των δυο διαταραχών. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός πως έχουν βρεθεί συγκεκριμένοι πολυμορφισμοί όπου αφορούν την βιολογική αλληλεπίδραση των οδών σεροτονίνης και γλουταμικού, και των παραγόντων που σχετίζονται με τη νευρογένεση, όπου εξηγούν την αιτιοπαθολογία και των δυο διαταραχών (Mas, et al., 2013).

Μεταφερόμενοι ένα βήμα παραπέρα, η γενετική πλειοτροπία, δηλαδή το φαινόμενο κατά το οποίο ένα και μόνο γονίδιο, επηρεάζει φαινοτυπικά, αρκετά χαρακτηριστικά, που σχετίζεται με το σεροτονινεργικό σύστημα φαίνεται να επηρεάζει ένα κοινό φαινότυπο των δυο διαταραχών, και συγκεκριμένα την ομάδα των ατόμων όπου οι νόσοι εμφανίζονται σε αρκετά νεαρή ηλικία (Plana, et al., 2019).

Συχνή είναι βέβαια σε ανορεκτικά άτομα και η εμφάνιση μιας συμπεριφοράς που συνδυάζει ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά, αγχώδη και καταθλιπτικά χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά, μάλιστα, φάνηκε να παραμένουν σταθερά σε ασθενείς ακόμα και μετά το περάς 3 χρόνων από την πλήρη ύφεση της νόσου, χωρίς να εντοπίζονται αντίστοιχα συμπτώματα διατροφικής διαταραχής (Holtkamp, et al., 2005).

Ταυτόχρονα, η εμφάνιση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας είναι πιο συνήθης στα άτομα με Νευρική Ανορεξία, σε σχέση με εκείνα που εμφανίζουν Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Matsunaga, et al., 1999). Μάλιστα, τα χαρακτηριστικά της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, όπως η τελειομανία, στα ανορεκτικά άτομα φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση της νόσου, ενώ μπορεί να αποτελούν και διαμεσολαβητή για τη θεραπεία της νόσου, καθώς μειώνοντας αυτά τα γνωρίσματα παρατηρείται να βελτιώνεται και η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς σχετικά με τη διατροφική διαταραχή (Crane, et al., 2007).

Ωστόσο, η ίδια η υπερβολική νηστεία που εντοπίζεται στα ανορεκτικά άτομα φαίνεται να παίζει ρόλο στη γένεση αλλά και στην υπερβολική αύξηση των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών χαρακτηριστικών, καθώς και συμπτωμάτων, χωρίς να παραλείπεται το γεγονός πως σε κάποιες περιπτώσεις προϋπήρχαν ή παρέμειναν ακόμα και μετά την αποκατάσταση της νόσου (Holden, 1990; Godier & Park, 2014; Serpell, et al., 2002).

Η συνύπαρξη αυτή των νόσων εντοπίζεται ακόμα και σε νεότερες ηλικίες, παιδιά και εφήβους, με αυξημένα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα αλλά και αυξημένα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, σε μικρότερο ωστόσο βαθμό, τα οποία γνωρίσματα αυξάνονται ανάλογα με τη σοβαρότητα της διατροφικής διαταραχής, αντιπροσωπεύοντας τους πιο σοβαρά ασθενείς (Serpell, et al., 2006).

Αρκετό ενδιαφέρον προκαλεί μια μελέτη περίπτωσης μιας 14χρονης αθλήτριας μπάσκετ και στίβου, η οποία διαγνώστηκε με Νευρική Ανορεξία έπειτα από την αυξημένη απώλεια κιλών μέσω του περιορισμού τροφής και της καταναγκαστικής άσκησης εκτός των αθλημάτων. Έπειτα από αρκετές προσπάθειες όπου η κατάσταση της ασθενούς δε βελτιωνόταν, συμπεριλαμβανομένου επιπλέον και της αφαίρεσης του ρινογαστρικού σωλήνα σίτισης από το άτομο, διαγνώστηκε επίσης και με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, εμφανίζοντας συμπτώματα ήδη από την ηλικία των 8 ετών, σχετικά ή όχι με το φαγητό. Το νέο σχήμα θεραπείας εστίαζε και στις δυο διαταραχές, παρατηρώντας αύξηση του βάρους και την υποχώρηση των ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών (Gee & Telew, 1999).

Αυτή η μελέτη περίπτωσης, εκτός από το ρόλο της οικογένειας τοποθετεί στο προσκήνιο και το πρόσωπο του εκπαιδευτή. Τα άτομα αυτά έχουν στενές σχέσεις με τους αθλητές που προπονούν, ένα γεγονός το οποίο πιθανότατα τους επιτρέπει να εντοπίσουν, ή ακόμα και να ρωτήσουν ευθέως το άτομο αν υποφέρει από τέτοιου είδους συμπτώματα. Με αυτό το τρόπο, ο προπονητής συμβάλει είτε στην έγκαιρη διάγνωση είτε στην διάγνωση κάποιας επιπλέον υπάρχουσας νόσου ή διαταραχής, με αποτέλεσμα την πιο αποτελεσματική θεραπεία (Gee & Telew, 1999).

Τέλος, εξετάζοντας κάτι διαφορετικό, ενδιαφέρον προκαλεί μια αρκετά παλαιότερη έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 19 γυναίκες, όπου έπασχαν από Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Παράλληλα, παρουσίαζαν, επίσης, περιστατικά αυτοτραυματισμού, δυσμηνόρροια και δυσορεξία (Yaryura-Tobias, et al., 1995).

Παρατηρήθηκαν δυο στάδια έμμηνου ρύσεως. Στο πρώτο στάδιο τα άτομα εμφάνιζαν Νευρική Ανορεξία, αμηνόρροια και επιθετική συμπεριφορά. Στη δεύτερη φάση η έμμηνος ρύση επέστρεφε, ενώ συνοδευόταν από περιστατικά αυτοτραυματισμού, δυσορεξία και επιθετικότητα (Yaryura-Tobias, et al., 1995).

Τα ίδια τα άτομα ανέφεραν πως οι αυτοτραυματισμοί λειτουργούν ως ένα είδος καταναγκασμού, ενώ δε προκαλούν πόνο αλλά ευχαρίστηση και ανακούφιση. Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων βρέθηκε πως είχαν κακοποιηθεί σωματικά ή σεξουαλικά. Μετά τη χορήγηση κλομιπραμίνης, τα συμπτώματα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και οι αυτοτραυματισμοί μειώθηκαν (Yaryura-Tobias, et al., 1995).

Καταλήγοντας, ωφέλιμο θα ήταν να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη αυτοτραυματισμών σε άτομα όπου συνυπάρχουν οι διαταραχές αυτές. Αντίστροφα, και όταν υπάρχουν τέτοια περιστατικά, να διερευνάται η συνύπαρξη των διαταραχών (Yaryura-Tobias, et al., 1995).

2.3. Ψυχογενής Βουλιμία

Η Ψυχογενής Βουλιμία είναι μια από τις βασικές διατροφικές διαταραχές. Σχετίζεται με επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια, καθώς και επαναλαμβανόμενη αντισταθμιστική συμπεριφορά για την αποφυγή αύξησης βάρους, ενώ εντοπίζεται και μια τάση για αυτοαξιόλογηση επηρεαζόμενη από το βάρος και το σχήμα του σώματος (APA, 2013).

Η συνοσηρότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας και Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι ένα συχνό φαινόμενο. Υποστηρίζεται πως οι σκέψεις περί φαγητού, βάρους και εικόνας σώματος λειτουργούν ως ψυχαναγκασμοί. Έπειτα, συνήθειες όπως το επαναλαμβανόμενο ζύγισμα ή οι τελετουργίες γύρω από το φαγητό, όπως τα πολύ μικρά κομμάτια τροφής ή η συγκεκριμένη θέση στο πιάτο, αντιστοιχίζονται με καταναγκασμούς. Άλλες συνήθειες όπως τα βουλιμικά επεισόδια και η καθαρκτική συμπεριφορά φαίνεται να μειώνουν το άγχος που προκαλούν τέτοιου είδους σκέψεις στο άτομο, όπως ακριβώς δηλαδή λειτουργεί και ένας καταναγκασμός κατά τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Formea & Burns, 1995; Matsunaga, et al., 1999; Rubenstein, et al., 1993a).

Αυτή η σχέση μεταξύ των δυο διαταραχών γίνεται εμφανής σε μια προγενέστερη μελέτη με ένα σημαντικό δείγμα πληθυσμού το οποίο αποτελούνταν από 981 γυναίκες και 722 άνδρες. Χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά ερωτηματολόγια βασισμένα στα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα και τη βουλιμική συμπεριφορά, η ανάλυση των οποίων έδειξε θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δυο διαταραχές ίσες μάλιστα σε μέγεθος για τα δυο φύλα. Ωστόσο, τα βουλιμικά συμπτώματα φάνηκε να συνδέονται περισσότερο με τους ψυχαναγκασμούς, σε σχέση με τους καταναγκασμούς. Ειδικότερα, σημειώθηκε μια αδυναμία ως προς την αποφυγή ενοχλητικών σκέψεων, γεγονός το οποίο πιθανότατα συμμετέχει στη διατήρηση κάθε διαταραχής χωριστά (Formea & Burns, 1995).

Σε γενικές γραμμές έχει αποδειχθεί πως τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία σημειώνουν ένα αρκετά υψηλό επιπολασμό Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής

Διαταραχής, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Καθώς εμφανίζουν και περισσότερους ψυχαναγκασμούς και καταναγκασμούς, οι οποίοι δε σχετίζονται απαραίτητα με το φαγητό ή την εικόνα σώματος (Rubenstein, et al., 1993b).

Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την ύπαρξη των κοινών συμπτωμάτων, και το είδος αυτών, ανάμεσα στις δυο διαταραχές. Μια από αυτές είναι και η ακόλουθη, η οποία εφαρμόστηκε σε ένα πληθυσμό 26 ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία και Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και 52 ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία χωρίς Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Τα αποτελέσματα, πέρα από τη θετική συσχέτιση των διαταραχών, έδειξαν πως τα πιο συχνά συμπτώματα στα άτομα με συνοσηρότητα είναι αυτά της συμμετρίας και της σειράς, ενώ ακολουθούν ψυχαναγκασμοί φόβου μόλυνσης και επιθετικότητας, και καταναγκασμοί ελέγχου και καθαριότητας. Ταυτόχρονα, τα άτομα εκείνα είχαν πιο σοβαρή διάθεση και πιο έντονη διατροφικά διαταραγμένη ψυχοπαθολογία (Matsunaga, et al., 1999).

Συνεχίζοντας, έχουν βρεθεί και άλλα γενικότερα κοινά χαρακτηριστικά. Τέτοια είναι για παράδειγμα, η κατάθλιψη, η κοινωνική απόσυρση, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, το άγχος, η ένταση, η νευρικότητα, ο φόβος, η ανησυχία, η τελειομανία, η αυτοκριτική, οι αμφιβολίες, η θέσπιση υψηλών στόχων, καθώς επίσης και οι ενοχές όταν δεν επιτυγχάνονται οι τελευταίοι (Bulik, et al., 1992).

Υποστηρίζεται πως το άγχος και η δυσφορία που προκαλείται στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία δεν αφορά μόνο τον φόβο για αύξηση βάρους. Αντιθέτως, όπως και στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, μπορεί να οφείλεται και σε ένα απλό ερέθισμα, όπως η πληρότητα του στομάχου, η εφαρμογή των ρούχων, η μειωμένη δραστηριότητα, η όψη άλλων υπέρβαρων ή αδύνατων ατόμων, οι καθρέφτες, ενώ ακόμα και η όψη, το άρωμα, η γεύση και η σκέψη ενός τροφίμου υψηλής επικινδυνότητας (Bulik, et al., 1992).

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο έχει φανεί πως στους ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία εντοπίζεται μια τάση καταναγκαστικότητας, αλλά και παρορμητικότητας. Μάλιστα, στο συγκεκριμένο δείγμα γυναικών, ο βαθμός εμφάνισης των τάσεων αυτών συνοδεύεται και με μια αντίστοιχη επιρροή στην προσωπικότητα, στη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, στη διατροφική παθολογία και στη κατάθλιψη (Engel, et al., 2005).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα δεδομένα σχετικά με τα άτομα που έχουν προσέλθει από θεραπεία. Σε μια παλαιότερη έρευνα στην οποία συμμετείχαν διάφορες ομάδες γυναικών, 50 με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, 69 φυσιολογικού βάρους με Ψυχογενή Βουλιμία και 28 υγιείς χωρίς ανάλογο ιστορικό, πέρα από τα υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκαστικότητας και καταναγκαστικότητας των δυο πρώτων ομάδων σε σχέση με τη τρίτη, φάνηκε, επίσης, πως μετά από 6 εβδομάδες εθελοντικής θεραπείας της Ψυχογενούς Βουλιμίας σε ένα μέρος των ατόμων αυτών, υπήρξε σημαντική μείωση των τάσεων αυτών (Rubenstein, et al., 1993a).

Ωστόσο, υπάρχουν, όμως, και αντικρουόμενα δεδομένα. Δηλαδή, σε μια άλλη έρευνα λίγο αργότερα έχει φανεί πως μετά από 1 χρόνο από τη θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, τα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα επέμειναν, κυρίως σχετικά με την συμμετρία και την ακρίβεια. Γενικά, και εδώ εντοπίστηκαν υψηλότερα επίπεδα των συμπτωμάτων αυτών στις ομάδες που πάσχουν ή θεραπεύτηκαν από Ψυχογενή Βουλιμία, χωρίς συνοσηρότητα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες του δείγματος (von Ranson, et al., 1999). Αποτελέσματα, τα οποία επιβεβαιώνονται και από επόμενη μελέτη, όπου μάλιστα χρησιμοποιήθηκε και διαφορετικό από την προαναφερθείσα έρευνα, αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σχετικά με την ανίχνευση ψυχαναγκαστικών καταναγκαστικών συμπτωμάτων (Morgan, et al., 2007).

Αξίζει να αναφερθεί και ένα επιπλέον εύρημα από μια αρκετά πρόσφατη μελέτη με μικρό ωστόσο δείγμα γυναικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η Ψυχογενή Βουλιμία συνδέεται με τη μη προσαρμοστική επαγωγική σκέψη που συνοδεύεται από την υπερβολική επένδυση σε αποτελέσματα που χαρακτηρίζονται από φόβο και βασίζονται στη πιθανότητα, με αντίστοιχα δεδομένα και σε δείγμα ατόμων με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Wilson, et al., 2017).

Καταλήγοντας δε πρέπει να αγνοείται η πιθανότητα η συνοσηρότητα των δυο διαταραχών να οφείλεται σε κάποιο γενετικό παράγοντα. Έχει αποδειχθεί πως ένας πολυμορφισμός του γονιδίου του υποδοχέα της σεροτονίνης και ένα συγκεκριμένο αλληλόμορφο οφείλονται συχνά για τα συμπτώματα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, και τη σοβαρότητα αυτής. Ο σκοπός της έρευνας των Levitan και συνεργατών, μέσα από τη μελέτη 165 γυναικών με Ψυχογενή Βουλιμία, ήταν να αποδειχθεί πως η παραπάνω συσχέτιση

ισχύει και σε τέτοιου είδους διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, δε βρέθηκε κάποια αντίστοιχη σύνδεση σε αυτό το δείγμα και επιπλέον, βρέθηκε πως η συμπτωματολογία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι ανεξάρτητη από τη σχέση ανάμεσα στο αλληλόμορφο και το χαμηλό βάρος στα άτομα αυτά (Levitan, et al., 2006).

2.4. Επεισοδιακή Υπερφαγία

Η Διαταραχή της Επεισοδιακής Υπερφαγίας είναι μια διατροφική διαταραχή, η οποία κερδίζει διαρκώς έδαφος στην επιστημονική κοινότητα. Αφορά επεισόδια κατά τα οποία το άτομο χάνει τον έλεγχο και καταναλώνει μια υπέρμετρη ποσότητα τροφής, ενώ συνοδεύονται από αισθήματα δυσφορίας και ενοχής (APA, 2013).

Γενικότερα, έχει βρεθεί πως τα άτομα που πάσχουν από Επεισοδιακή Υπερφαγία εμφανίζουν συχνά και Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Σε ένα δείγμα 263 ασθενών με Επεισοδιακή Υπερφαγία εξετάστηκαν τρεις παράγοντες κριτηρίων έτσι ώστε να κατανοηθεί η πολυπλοκότητα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, στα άτομα αυτά. Ο πρώτος παράγοντας αφορούσε τη τελειομανία, που εντοπίζεται συχνά σε άτομα με αυτή τη διαταραχή προσωπικότητας. Ο δεύτερος παράγοντας ήταν αυτός της ακαμψίας, η οποία σχετιζόταν με την απροθυμία του ατόμου να απομακρυνθεί από τον έλεγχο. Ενώ, ο τρίτος παράγοντας σχετιζόταν με την φιλαργυρία, η οποία πιθανότατα να συνδέεται με την τάση για αποθήκευση άχρηστων αντικειμένων. Εξήχθη το συμπέρασμα πως ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο συνδυάζοντας τη τελειομανία και την ακαμψία είναι αρκετά αντιπροσωπευτικό ως προς την αρνητική επιρροή της διαταραχής, λειτουργώντας ως ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές προσπάθειες ελέγχου, καθώς η φιλαργυρία δε φάνηκε να έχει τόσο έντονο αντίκτυπο στα άτομα με Επεισοδιακή Υπερφαγία (Ansell, et al., 2008), τα οποία ευρήματα επιβεβαιώνονται και από μια παλαιότερη έρευνα (Grilo, 2004).

Ενδιαφέρον, όμως, παρουσιάζει μια άλλη μελέτη, η οποία χρησιμοποίησε τη μέθοδο Ελέγχου Πρόσληψης Τροφής, όπου το άτομο προσλαμβάνει ένα γεύμα σε υγρή μορφή μέχρι να νιώσει υπερβολικά πλήρες. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν υπέρβαρα άτομα από τα οποία προέκυψαν μια ομάδα 22 ατόμων με διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας, μια

ομάδα 21 ατόμων τα οποία δε πληρούσαν όλα τα κριτήρια για την διαταραχή και μια ομάδα 36 υγιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υψηλότερα Score σε αυτή τη μέθοδο ελέγχου κατείχαν οι κλινικές ομάδες, καθώς και υψηλότερη παρορμητικότητα, η οποία σχέση μπορεί να δικαιολογήσει την λήψη γρήγορων αποφάσεων και την απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια ενός γεύματος. Καθώς, επίσης, τα ευρήματα ήταν πιο έντονα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, πιθανότατα εξαιτίας της μεγαλύτερης χωρητικότητας του στομάχου. Ωστόσο, τα επίπεδα καταναγκαστικότητας ήταν παρόμοια σε όλες τις ομάδες. Γενικότερα, φάνηκε πως η διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας είναι περισσότερο μια παρορμητική συμπεριφορά, από ότι μια καταναγκαστική (Galanti, et al., 2007).

2.5. Διαταραχή στη Πρόσληψη Τροφής μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Η Διαταραχή στη πρόσληψη τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς ή Άτυπη διατροφική διαταραχή αποτελεί ένα επιπλέον είδος διατροφικής διαταραχής. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μια διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και αντίστοιχα συμπτώματα, η κλινική σοβαρότητα των οποίων δεν επαρκεί για να καλυφθούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρικής Ανορεξίας ή της Ψυχογενούς Βουλιμίας, και να την κατατάξουν σε κάποια από τις δυο. Παρατηρούνται, ωστόσο, αρκετά ανορεκτικά και βουλιμικά χαρακτηριστικά στα άτομα αυτά. Αξίζει, λοιπόν, να γίνει μια διερεύνηση και αυτής της διατροφικής διαταραχής σε σχέση με τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Brooks, et al., 2014).

Σε μια μελέτη εξετάστηκε η νευρική δραστηριότητα ως απάντηση σε ερεθίσματα τροφής, σε 15 έφηβες με Άτυπη διατροφική διαταραχή και 20 υγιείς. Δεδομένου του γεγονότος ότι χρησιμοποιήθηκαν και ορισμένα ερωτηματολόγια, σχετικά με εκείνο που αφορούσε την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, η κλινική ομάδα σημείωσε υψηλότερα Score σε σχέση με την υγιή. Κάτι εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός πως η νευρική απόκριση των ερεθισμάτων σχετικά με τη τροφή γίνεται περισσότερο παρατηρητή στο προμετωπιαίο σύστημα, ενώ συγχρόνως τα υψηλά Score στη κλίμακα του ερωτηματολογίου της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής συνδέονται επίσης

με την αυξημένη λειτουργία του προμετωπιαίου λοβού, καθώς και της παρεγκεφαλίδας (Brooks, et al., 2014).

Για να γίνει πιο κατανοητή η σχέση ανάμεσα στις δυο διαταραχές αξίζει να αναφερθεί και μια αντίστοιχη μελέτη περίπτωσης. Αφορά μια γυναίκα 26 χρονών, η οποία είναι διαγνωσμένη με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Ωστόσο, τον τελευταίο καιρό έχει διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες με αυξημένη ακούσια απώλεια κιλών και αμηνόρροια, συμπτώματα αρκετά κοινά με αυτά της Νευρικής Ανορεξίας, χωρίς όμως άρνηση για αύξηση βάρους ή διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Γίνεται, λοιπόν, ευδιάκριτο πως η συμπεριφορά αυτή είναι αποτέλεσμα των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων τα οποία και προϋπήρχαν (Garcia, et al., 2009).

3. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή/ Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Διατροφή

3.1. Τρόφιμα

Έχει αποδειχτεί ότι τα επίπεδα σεροτονίνης και ο μεταβολισμός της κατέχει κεντρικό ρόλο στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Δεδομένου αυτού, η χορήγηση σεροτονινεργικών φαρμάκων αποτελεί μια από τις βασικές θεραπείες της διαταραχής. Αυτό

το γεγονός μπορεί να εξηγήσει και την αιτία που τα άτομα αυτά επιλέγουν να καταναλώσουν συγκεκριμένου είδους τρόφιμα (O'Rourke, et al., 1994).

Έχει παρατηρηθεί από πλήθος ερευνών πως τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή καταναλώνουν κυρίως, τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και φτωχές σε πρωτεΐνες. Η παρουσία των υδατανθράκων, κατά κύριο λόγο, φαίνεται να βελτιώνει την διάθεση των ατόμων αυτών, καθώς αυξάνει τα επίπεδα σεροτονίνης στον οργανισμό. Μάλιστα, το άτομο φαίνεται να αναγνωρίζει αυτή τη σχέση, καθώς καταφεύγει συχνά μέσα στη μέρα στη κατανάλωση τέτοιου είδους snack, ακόμα και όταν δεν αισθάνεται το αίσθημα της πείνας (O'Rourke, et al., 1994).

Ωστόσο, παρατηρώντας μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, τους λεγόμενους καταναγκαστικούς καταναλωτές τροφής τίθεται μια ακόμη πιθανή εξήγηση. Οι καταναγκαστικοί καταναλωτές τροφής, είναι άτομα τα οποία έχουν συνήθως αυξημένο βάρος και πραγματοποιούν υπερφαγικά επεισόδια, χωρίς όμως την παρουσία καθαρκτικής συμπεριφοράς. Είναι άτομα που ακολουθούν χρόνιες δίαιτες, ποικίλων ειδών, κατηγοριοποιώντας τα τρόφιμα σε «καλά» και «κακά». Η τροφή θεωρείται από εκείνα, είτε ως ανταμοιβή είτε ως τιμωρία (Ghiz & Chrisler, 1995).

Όταν οδηγούνται, λοιπόν, σε υπερφαγικό επεισόδιο, συχνά επιλέγουν τρόφιμα πλούσια σε ζάχαρη, αλάτι, λίπος και άμυλο, ενώ πιο σπάνια πλούσια σε πρωτεΐνες ή λαχανικά. Με άλλα λόγια, αναζητούν τρόφιμα τα οποία χαρακτηρίζονται ως απαγορευμένα και υπό τις συνήθεις συνθήκες δεν επιτρέπεται να καταναλώσουν (Ghiz & Chrisler, 1995).

3.2. Υπέρβαρο/Παχυσαρκία

Υποστηρίζεται ότι η κατανάλωση τροφής μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικά ερεθίσματα ανάλογα το Δείκτη Μάζας Σώματος του ατόμου. Συγκεκριμένα, τα άτομα με φυσιολογικό βάρος οδηγούνται στην κατανάλωση γεύματος έπειτα από την επίδραση του εσωτερικού ερεθίσματος της πείνας. Κάτι τέτοιο, όμως, δεν φαίνεται να ισχύει πάντα και για τα άτομα με αυξημένο βάρος. Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα, επηρεάζονται κατά κύριο λόγο από εξωτερικούς παράγοντες, όπως στη θέα ενός ατόμου να καταναλώνει ένα τρόφιμο ή ενός τροφίμου, ή ακόμα και η απλή σκέψη αυτού. Τα άτομα αυτά κατέχονται από

επαναλαμβανόμενες σκέψεις περί φαγητού, οι οποίες οδηγούν εν τέλει σε υπερφαγικά επεισόδια. Ο σκοπός είναι να μειώσουν το άγχος που τους προκαλούν οι σκέψεις αυτές, ένας μηχανισμός παρόμοιος με αυτόν της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (Mount, et al., 1990).

Παρόμοια συμπεράσματα εξάγονται και από μια πρόσφατη έρευνα, αποτελούμενη από 27 άτομα με φυσιολογικό βάρος και 33 υπέρβαρα-παχύσαρκα άτομα. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με αυξημένο βάρος κατέχονταν πιο συχνά από εμμονές και καταναγκαστική συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό. Συγκρίνοντας τις δυο ομάδες ατόμων, η κατάσταση αυτή, φάνηκε να είναι πιο έντονη για τα υπέρβαρα-παχύσαρκα άτομα, συγκεκριμένα, ήταν ιδιαίτερα ανεξέλεγκτη, προκαλούσε αυξημένο άγχος και αποσπούσε την προσοχή των ατόμων αυτών. Σημειώθηκε, επίσης, πως τα άτομα αυτά, όσο πιο αυξημένη ψυχαναγκαστική καταναγκαστική συμπεριφορά είχαν, τόσο πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες παρουσίαζαν, όπως κατανάλωση junk food ή επεισόδια υπερφαγίας (Houben & Jansen, 2017).

Η μετάβαση από την φυσιολογική επιθυμία στην παθολογική σκέψη της τροφής, θεωρείται ότι δεν οφείλεται στη σκέψη αυτή καθ’ αυτή, αλλά στα συναισθήματα που προκαλεί όταν πρωτοεμφανιστεί, δηλαδή άγχος, ενοχή, δυσφορία και εκνευρισμό, με αποτέλεσμα, το άτομο να εισέρχεται σε ένα φαύλο κύκλο δυσάρεστων σκέψεων και υπερφαγικών επεισοδίων για την καταπολέμηση των αρνητικών συναισθημάτων. Μάλιστα, ο εκνευρισμός των ατόμων φαίνεται να αυξάνει όταν δεν έχουν την δυνατότητα ή δεν πρέπει να καταναλώσουν ένα τρόφιμο, για παράδειγμα σε περίπτωση δίαιτας (Houben & Jansen, 2017).

Μια ακόμη σύνδεση, ανάμεσα στη παχυσαρκία (ή γενικά, το αυξημένο σωματικό βάρος) και την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αποτελεί η ενδεχομένως κοινή θεραπεία. Έχει φανεί πως η εφαρμογή της μεθόδου της Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης, μια τεχνική της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας, που αποτελεί το κατεξοχήν τρόπο αντιμετώπισης της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, μπορεί να φέρει καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε συνδυασμό με την θεραπεία εκλογής, από ότι η δεύτερη μόνη της. Η μέθοδος αυτή, στην περίπτωση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων, στοχεύει στην καταπολέμηση των

ψυχαναγκαστικών σκέψεων περί φαγητού και τον καταναγκασμό των υπερφαγικών επεισοδίων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα αυτά να μην υποτροπιάζουν και να διατηρούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα το απολεσθέν βάρος (Mount, et al., 1990).

3.3. Ορθορεξία

Η Ορθορεξία είναι μια νέα έννοια που έχει κάνει την εμφάνιση της τα τελευταία χρόνια. Δεδομένου αυτού, οι πληροφορίες που διατίθενται σχετικά με τη διαταραχή αυτή είναι αρκετά περιορισμένες. Δεν έχει προσδιοριστεί ακριβώς τι διαταραχή αποτελεί, καθώς, επίσης, δεν υπάρχουν ούτε καθολικά αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια (Brytek Matera, 2012). Μια καλή προσέγγιση είναι πως αφορά μια διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από την παθολογική εμμονή με την υγιεινή διατροφή. Ο όρος υγιεινή, αναφέρεται σε βιολογικά αγνά προϊόντα, σε τέτοιο βαθμό αποκλειστικής κατανάλωσης, η οποία μπορεί να οδηγήσει στον περιορισμό άλλων τροφίμων ή ακόμα και ομάδων τροφίμων (Zamora, et al., 2005; Mathieu, 2005) Αυτός ο υγιεινός τρόπος διατροφής δεν αφορά μόνο το είδος της τροφής, αλλά και τον τρόπο κατανάλωσης της. Ωστόσο, ο στόχος των ατόμων αυτών δεν είναι η απώλεια βάρους, αλλά η προστασία της υγείας τους. Η ίδια η συμπεριφορά δεν αποτελεί πρόβλημα. Τα άτομα, όμως, με Ορθορεξία φτάνουν στο σημείο συχνά να κατέχονται από αρνητικά συναισθήματα και να απομονώνονται κοινωνικά (Brytek-Matera, 2012).

Κατά καιρούς, οι ειδικοί έχουν προσπαθήσει να χαρακτηρίσουν την Ορθορεξία ως μια διατροφική διαταραχή ή ως ένα τύπο Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής. Στην πραγματικότητα, όμως, αποτελεί ένα συνδυασμό αυτών (Mathieu, 2005). Αρχικά, ο όρος διατροφική διαταραχή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτός καθ’ αυτός καθώς ένα άτομο με Ορθορεξία δεν εμφανίζει τα κύρια συμπτώματα των συνήθων διατροφικών διαταραχών, δηλαδή την υπερεκτίμηση του βάρους και του σώματος του, τον υπερβολικό έλεγχο και τον έντονο φόβο για αύξηση του βάρους του (BrytekMatera, 2012). Αυτό δεν αποκλείει την πιθανότητα να σημειωθεί απώλεια βάρους, και μάλιστα σημαντική, λόγω του αποκλεισμού μεγάλου αριθμού τροφίμων (Catalina et al., 2005).

Έπειτα, τα άτομα με Ορθορεξία, έχει βρεθεί ότι συχνά εμφανίζουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, όπως τελειομανία και ακαμψία (Catalina, et al., 2005). Αυτό εξηγεί και την εμμονή των ατόμων αυτών να ακολουθούν μια τέλεια δίαιτα. Η πράξη αυτή έχει παρόμοια λογική με ένα συνήθη καταναγκασμό που ακολουθούν τα άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, το επαναλαμβανόμενο πλύσιμο των χεριών. Ένα ακόμη κοινό ανάμεσα στην Ορθορεξία και τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή φαίνεται και όταν ξεκινάει και το πραγματικό πρόβλημα, με τη συμπεριφορά αυτή να προκαλεί εμπόδια στην καθημερινότητα του ατόμου (Mathieu, 2005). Τα άτομα με Ορθορεξία, για παράδειγμα, δεν έχουν εμπιστοσύνη στους άλλους για την προετοιμασία του φαγητού τους (Catalina, et al., 2005). Επομένως, σε κοινωνικές εκδηλώσεις φέρουν το δικό τους φαγητό (Mathieu, 2005) ή δεν συμμετέχουν καθόλου. Αυτό έχει ως επακόλουθο την δυσλειτουργία των προσωπικών τους σχέσεων και την κοινωνική τους απομόνωση (Catalina, et al., 2005).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με 994 συμμετέχοντες και των δυο φύλων, ηλικίας 19-66 ετών, βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στην Ορθορεξία, την διατροφική συμπεριφορά και τα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, τα άτομα με παθολογική διατροφική συμπεριφορά και αυξημένα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα εμφάνιζαν και αυξημένες ορθορεξικές τάσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν και σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της Ορθορεξίας (Arusoğlu, et al., 2008).

4. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή/ Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Υπερβολική Άσκηση

Η ένταξη της άσκησης στη καθημερινότητα του ατόμου φαίνεται να φέρει θετικά αποτελέσματα στην υγεία του. Συγκεκριμένα, προάγει τη σωματική και ψυχική υγεία, μειώνοντας το κίνδυνο εμφάνισης πολλών παθήσεων και βελτιώνοντας τη διάθεση. Οι συστάσεις προτείνουν 30 λεπτά μέτριας έως έντονης φυσικής δραστηριότητας 5 φορές την εβδομάδα. Ωστόσο, η υιοθέτηση ενός πολύ έντονου προγράμματος άσκησης (υπερβολικής έντασης/και διάρκειας) μπορεί να καταστεί επικίνδυνο για την υγεία (Gulker, et al., 2001).

Βασικό ρόλο σε αυτό παίζει η κοινωνία, καθώς τα κοινωνικά πρότυπα παρουσιάζουν ως ιδανικά τις αδύνατες γυναίκες και τους μυώδεις άντρες. Αυτές οι τάσεις τελειομανίας επηρεάζουν ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού. Η τελειομανία που τα χαρακτηρίζει αποτελεί και ένα κύριο γνώρισμα της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτών των ατόμων να αποκτήσουν ένα σώμα με τέλειες αναλογίες, συχνά οδηγούνται στην υπερβολική άσκηση (Gulker, et al., 2001).

Μάλιστα, τα άτομα αυτά είναι τόσο προσκολλημένα στο στόχο τους, όπου δε θα παραβλέψουν αλλά ούτε θα διακόψουν την προπόνηση τους. Αυτό συμβαίνει, ακόμα και σε περιπτώσεις τραυματισμού ή ασθένειας ή κάποιας κοινωνικής υποχρέωσης, με επακόλουθο, να επιδεινώνεται η κατάσταση τους, αλλά και να κλονίζονται οι προσωπικές τους σχέσεις. Ακόμα όμως και αν για κάποιο λόγο δεν πραγματοποιηθεί η προγραμματισμένη άσκηση, η επόμενη προπόνηση θα είναι ακόμα πιο έντονη, λειτουργώντας ως μηχανισμός καταναγκασμού κατά τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, έτσι ώστε να καταπολεμηθεί το άγχος που προκλήθηκε από την απομάκρυνση της επίτευξης του στόχου (Gulker, et al., 2001).

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, στην οποία συμμετείχαν 82 υγιείς άνδρες και 90 υγιείς γυναίκες, όπου χωρίστηκαν σε υπερβολικά και μη, αθλούμενους, υποστήριξε τη παραπάνω συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, αποδείχτηκε πως τα άτομα που ασκούνταν υπερβολικά παρουσίαζαν και υψηλότερη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική συμπτωματολογία. Επιπλέον, προέκυψε πως τα άτομα αυτά εμφάνισαν υψηλότερα Score σε ορισμένες υπο-κλίμακες, όπως αυτή της Δυσαρέσκειας σώματος, Τάσης προς λεπτότητα και Τελειομανίας. Η σχέση αυτή, ενδεχομένως να οφείλεται στη ναρκισσιστική διάθεση που αποκτούν τα άτομα με ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η τελειομανία, έπειτα από την έντονη ενασχόληση τους με την εμφάνιση τους ή ακόμα, και στο γεγονός πως είναι πιο επιρρεπή στις κοινωνικές πιέσεις, επομένως και προσπαθούν να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά με κάθε μέσο (Gulker, et al., 2001).

Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από μια παλαιότερη μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 60 άνδρες και 74 γυναίκες άνω των 18 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι υπερβολικά αθλούμενοι εμφάνιζαν αυξημένες ψυχαναγκαστικές/καταναγκαστικές τάσεις, διατροφικά

διαταραγμένη συμπεριφορά και δυσαρέσκεια σώματος, σε σχέση με τα άτομα που ακολουθούσαν ένα πρόγραμμα άσκησης μέτριας ή χαμηλής έντασης. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται το επίπεδο προσκόλλησης κάποιου σε τέτοιου είδους άσκηση, τόσο αυξάνονται και τα παραπάνω γνωρίσματα. Οι συσχετίσεις αυτές βρέθηκαν υψηλότερες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Lamer, 1996).

Τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα πως η υπερβολική άσκηση μπορεί να συνυπάρχει με κάποια διατροφική διαταραχή και μια γενικότερη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική τάση. Τα αποτελέσματα της έρευνας που ακολουθεί αποδεικνύουν κάτι αντίστοιχο. Σε ένα δείγμα 64 γυναικών με διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή και 75 γυναικών χωρίς, διερευνήθηκε η παρουσία υπερβολικής άσκησης και ο ρόλος των πεποιθήσεων γύρω από την άσκηση, οι ψυχαναγκαστικές πεποιθήσεις και η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική συμπεριφορά. Αποδείχτηκε πως η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων περί άσκησης και των ψυχαναγκασμών στην κλινική ομάδα απουσιάζει από την μη κλινική. Συγκεκριμένα στην κλινική ομάδα, τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα επηρεάζουν κατά πολύ την ένταση της άσκησης, ακόμα και μετά τη θεραπεία. Σε αντίθεση, η υγιής ομάδα χρησιμοποιούσε την άσκηση ως μέθοδο μείωσης άγχους και βελτίωσης της διάθεσης (Naylor, et al., 2011).

Από τις πρώτες έρευνες, μάλιστα, έχει αποδειχτεί αυτή η σχέση. Συγκεκριμένα, σε μια ομάδα ατόμων με Νευρική Ανορεξία, φάνηκε πως εκείνα με αυξημένη φυσική δραστηριότητα εμφάνιζαν και αυξημένα συμπτώματα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, χαρακτηριστικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, και κατ’ επέκταση, τελειομανία (Davis, et al., 1998).

Σε μια πρόσφατη συστηματική αναθεώρηση εξετάστηκε η συσχέτιση της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας με την υπερβολική άσκηση και την Νευρική Ανορεξία. Η πλειονότητα των ερευνών που μελετήθηκαν (7 από τις 10), έδειξαν πως τα χαρακτηριστικά της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, όπως η τελειομανία και η ακαμψία συσχετίζονται θετικά με τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία και ασκούνται υπερβολικά, ενώ τα αποτελέσματα σε

σχέση με την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή ήταν περισσότερο αμφιλεγόμενα (Young, et al., 2013).

Ωστόσο, ο μηχανισμός κατά τον οποίο λειτουργεί αυτή η σχέση φαίνεται να είναι σχετικά περίπλοκος. Αρχικά, η υπερβολική άσκηση και ο περιορισμός της τροφής οδηγεί στην αύξηση των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών τάσεων, με αποτέλεσμα, να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, όπου όσο αυξάνονται αυτές οι τάσεις τόσο να αυξάνεται η ένταση της άσκησης και ο περιορισμός της τροφής. Αντίστροφα, άτομα με υψηλές ψυχαναγκαστικές/καταναγκαστικές τάσεις ακολουθούν μεθόδους για την αποφυγή αύξησης τους βάρους τους ή για την αντιμετώπιση του άγχους που τους προκαλεί ο φόβος αυτός, μέσω της μειωμένης τροφής και της υπερβολικής άσκησης (Young, et al., 2013).

Επεκτείνοντας, από τη μελέτη ενός πληθυσμού 50 γυναικών διαγνωσμένων με Νευρική Ανορεξία Περιοριστικού τύπου, προέκυψε πως υπάρχουν ισχυροί δεσμοί ανάμεσα στο επίπεδο άσκησης και την ψυχαναγκαστικότητα/καταναγκαστικότητα. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες που ασκούνταν υπερβολικά παρουσίαζαν υψηλότερα συμπτώματα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και χαρακτηριστικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, και κατά την έναρξη και κατά την θεραπεία της νόσου, σε σχέση με τις μη υπερβολικά αθλούμενες. Ωστόσο, μετά τη θεραπεία τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά συμπτώματα μειώθηκαν, ενώ τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά παρέμειναν σταθερά (Davis & Kaptein, 2005).

Πέρα από τη γενική συσχέτιση της ψυχαναγκαστικότητας/καταναγκαστικότητας με την υπερβολική άσκηση και τις διατροφικές διαταραχές, υπάρχουν και κάποια επιπλέον στοιχεία. Για παράδειγμα μια προγενέστερη μελέτη, η οποία αποτελούνταν από μια ομάδα γυναικών με Νευρική Ανορεξία, και άλλες δυο υγιών γυναικών, από τις οποίες η μια εκτελούσε μέτρια άσκηση, και η άλλη αυξημένη, βρέθηκε πως η αυξημένη ενασχόληση με το βάρος, η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική τάση και οι αρνητικές πτυχές της άσκησης αυξάνουν τη διάρκεια και τη συχνότητα της δραστηριότητας στα άτομα με Νευρική Ανορεξία. Ωστόσο, η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική αυτή τάση επηρεάζει το επίπεδο της άσκησης ακόμα και στα υγιή άτομα με αυξημένη δραστηριότητα. Κάτι εξίσου σημαντικό το οποίο προκύπτει, είναι το γεγονός πως ο συνδυασμός της άσκησης με την

μειωμένη τροφή και τη ψυχαναγκαστικότητα/καταναγκαστικότητα οδηγεί σε ένα κύκλο με καταστροφικές συνέπειες στην ανάπτυξη και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών (Davis, et al., 1998).

Ωστόσο, καταλήγοντας, τα παραπάνω ευρήματα δε πρέπει να δημιουργούν την εντύπωση πως τα άτομα με ψυχαναγκαστικές/καταναγκαστικές τάσεις δε πρέπει να ασκούνται. Έχει φανεί πως άτομα που κατέχονται από τέτοιου είδους υπο-κλινικά συμπτώματα και έχουν καταφέρει να υιοθετήσουν ένα υγιές, δηλαδή εντός των συστάσεων, πρόγραμμα άσκησης, είναι ιδιαίτερα προσεκτικά με την συχνότητα και την ποιότητα του, γεγονός το οποίο τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις. Ενδεχομένως, η εμμονή με έναν ενεργό σωματικά τρόπο ζωής, τα ωθεί να αντιληφθούν πως τα θετικά οφέλη της άσκησης υπερτερούν των αρνητικών συνεπειών. Ενδιαφέρον φαίνεται πως το επάγγελμα του μεγαλύτερου μέρους των ατόμων ήταν ιδιαίτερα αγχώδες, χαρακτηριζόμενο από ψυχαναγκασμούς όπως συνέπεια στην ώρα, προγραμματισμός, επαναλαμβανόμενα καθήκοντα και μέτρημα. Η άσκηση σε αυτές τις περιπτώσεις πρόσφερε ανακούφιση από το άγχος της εργασίας. Τέλος, παρά την γενική παρουσία ψυχαναγκασμών σε σχέση με την άσκηση όπως μέτρημα περιόδων με συγκεκριμένο τρόπο, άσκηση πάντα την ίδια ώρα της ημέρας, σε περίπτωση που το άτομο δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει την προγραμματιζόμενη άσκηση, φαίνεται να μη προκαλείται άγχος, ενώ παρατηρείται το γεγονός να αντιμετωπίζεται από το ίδιο με ευκολία, για παράδειγμα αναπρογραμματίζοντας ή αναπροσαρμόζοντας την επόμενη προπόνηση του (Readdy & Ebbeck, 2012).

Ταυτόχρονα, εμφανίζεται και μια διαφορετική προσέγγιση άσκησης, η λεγόμενη καταναγκαστική, η οποία φαίνεται να κερδίζει συνεχώς έδαφος στη βιβλιογραφία. Αυτό το είδος άσκησης φέρει αρκετές ομοιότητες με την υπερβολική, αλλά πολλές φορές παρουσιάζεται ως ξεχωριστή έννοια. Η καταναγκαστική άσκηση χαρακτηρίζεται από υπερβολική ώθηση και ακαμψία σε σχέση με αυτή, σε συνδυασμό με την αδυναμία του άτομου να διακόψει την προπόνηση ακόμα και όταν ενδέχονται κίνδυνοι για την υγεία του, οι οποίοι όμως γίνονται αντιληπτοί από το ίδιο (Noetel, et al., 2016).

Η καταναγκαστική άσκηση, συχνά, συνυπάρχει με κάποια διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή, ως μέρος της διαιτητικής συμπεριφοράς των ατόμων αυτών. Χρησιμοποιείται κυρίως για τον έλεγχο του βάρους και των θερμίδων (Brewerton, et al., 1995). Επίσης, σε

περίπτωση που η προπόνηση παραληφθεί τα άτομα κατακλύζονται από αισθήματα ενοχής (Young, et al., 2018). Η συνύπαρξη της καταναγκαστικής άσκησης με κάποια διατροφική διαταραχή, φαίνεται να επιδεινώνει την κατάσταση. Σε σχέση με τους μη καταναγκαστικά αθλούμενους, τα άτομα που ασκούνται καταναγκαστικά εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής, υψηλότερες ενεργειακές απαιτήσεις για την αύξηση του βάρους κατά την επανασίτιση και μεγαλύτερες σε διάρκεια νοσηλείες (Noetel, et al., 2016). Πιθανοί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καταναγκαστικής άσκησης σε διατροφικά διαταραγμένα άτομα και μη, είναι η τελειομανία, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας όπως και η ψυχαναγκαστικότητα/καταναγκαστικότητα, γενικότερα (Goodwin, et al., 2011).

Παρατηρήθηκε γενικά πως σε συνδυασμό με κάποια διατροφική διαταραχή, οι καταναγκαστικά αθλούμενοι εμφανίζουν ένα εντονότερο ψυχαναγκαστικό/καταναγκαστικό προφίλ προσωπικότητας, σε σχέση με τους μη αθλούμενους. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν ακόμα και όταν δεν συνυπάρχει κάποια διατροφική διαταραχή (Meyer, et al., 2011).

Αυτό το είδος άσκησης χρησιμοποιείται χωρίς να προσφέρει καμία ευχαρίστηση στο άτομο και έχει ως σκοπό την ανακούφιση από το άγχος, που προκαλείται εξαιτίας του φόβου για τις αρνητικές συνέπειες, σε περίπτωση που δεν εκτελεσθεί η άσκηση, όπως ακριβώς, δηλαδή, λειτουργούν και οι καταναγκασμοί στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Αυτή η γενικότερη ύπαρξη ψυχαναγκαστικότητας/καταναγκαστικότητας οδηγεί στη διατήρηση της καταναγκαστικής άσκησης και στην αύξηση της ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών (Meyer, et al., 2011).

Σε μια παλαιότερη έρευνα που διεξήχθη εξετάστηκε ένα δείγμα 110 γυναικών, από τις οποίες οι 18 έπασχαν από Νευρική Ανορεξία, οι 71 από Ψυχογενή Βουλιμία, ενώ οι 21 και από τα δύο. Με τη χρήση κατάλληλων ερωτηματολογίων, τα άτομα κατηγοριοποιήθηκαν σε καταναγκαστικά αθλούμενα και μη. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως πάνω από το ένα τέταρτο των ασθενών ασκούνταν καταναγκαστικά, η πλειονότητα των οποίων έπασχαν από Νευρική Ανορεξία. Τα άτομα αυτά εμφάνισαν υψηλότερη σωματική δυσαρέσκεια, σε σχέση με τα μη καταναγκαστικά αθλούμενα. Ενώ, τα τελευταία είχαν συχνότερη καθαρκτική συμπεριφορά (πρόκληση εμέτου, χρήση καθαρτικών), όπως και περισσότερα υπερφαγικά επεισόδια σε σχέση με τους πρώτους (Brewerton, et al., 1995).

Οι διάφοροι αυτοί ισχυρισμοί φαίνεται να έχουν αντίκτυπο ακόμα και σε μικρότερες ηλικίες. Σε ένα δείγμα 1.488 εφήβων και των δύο φύλων ηλικίας 12-14 χρονών, μελετήθηκαν οι κυριότεροι πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση καταναγκαστικής άσκησης. Ως πρωταρχικός παράγοντας βρέθηκε η τάση προς λεπτότητα. Έπειτα, ακολουθεί η τελειομανία, και συγκεκριμένα υψηλότερη ήταν η συχνότητα της αυτό-προσδιοριζόμενης, αυτής δηλαδή που τα άτομα ορίζουν για τον εαυτό τους, ενώ χαμηλότερη ήταν η κοινωνική, εκείνη δηλαδή που θέτει η κοινωνία για αυτά. Η παρουσία αυτών των δυο παραγόντων αποδεικνύουν τη περαιτέρω συσχέτιση της καταναγκαστικής άσκησης με τις διατροφικές διαταραχές, ακόμα και σε ένα πληθυσμό εφήβων (Goodwin, et al., 2011).

Ωστόσο, η σχέση τους με την καταναγκαστική άσκηση μπορεί να είναι αμφίδρομη. Με άλλα λόγια, είτε τα συμπτώματα αυτά προϋπάρχουν στο άτομο και το ωθούν στην υιοθέτηση ενός τέτοιου είδους προγράμματος άσκησης, είτε η άσκηση αυτή προκαλεί μια ευρύτερη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική τάση (Goodwin, et al., 2011).

Τα παραπάνω συμπεράσματα επιβεβαιώνονται σχετικά και από μια πολύ πρόσφατη έρευνα. Σε ένα σύνολο 60 κοριτσιών ηλικίας 12-17 ετών, διαγνωσμένα με Νευρική Ανορεξία εξετάστηκε η επιρροή της καταναγκαστικής άσκησης στη ψυχοπαθολογία των παιδιών. Προέκυψε, λοιπόν, πως τα παιδιά εμφάνιζαν αρνητικά κυρίως ερεθίσματα, όπως αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικότητας/καταναγκαστικότητας, καθώς επίσης, και μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης, ενώ, η θετική επίδραση της άσκησης για βελτίωση της διάθεσης απουσίαζε (Noetel, et al., 2016).

Ενδιαφέρον προκαλεί και μια αρκετά πρόσφατη έρευνα, τα αποτελέσματα της οποίας έδωσαν κάποια επιπλέον στοιχεία σχετικά με την καταναγκαστική άσκηση. Προέκυψε, λοιπόν, πως η αυξημένη καταναγκαστική άσκηση παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με χαμηλότερου επιπέδου ποιότητας ζωής στα άτομα με κάποια διατροφική διαταραχή, καθώς και με υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας της νόσου. Εν συνεχεία, η έρευνα παρουσίασε και μια αδύναμη θετική συσχέτιση με τη γενικότερη ψυχολογική δυσφορία του ατόμου, και κατ' επέκταση τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά χαρακτηριστικά (Young, et al., 2018).

Ανακεφαλαιώνοντας, για να χαρακτηριστεί η άσκηση ως καταναγκαστική σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, θα πρέπει να ικανοποιεί κάποια κριτήρια. Τέτοια είναι το

υπερβολικό, κατευθυνόμενο και άκαμπτο πρόγραμμα άσκησης και ο στόχος της αποφυγής αρνητικών συνεπειών ή αποτρεπτικών συναισθημάτων. Συμπεριλαμβάνεται, επιπλέον, και η παρεμβατικότητα στη καθημερινότητα του ατόμου, είτε στο επαγγελματικό είτε στο διαπροσωπικό του περιβάλλον. Η άσκηση, επίσης, χαρακτηρίζεται ως χρονοβόρα, ενώ δε διακόπτεται ακόμα και σε περιπτώσεις τραυματισμού, ασθένειας ή απουσίας τέρψης. Τέλος, ενώ, το άτομο αναγνωρίζει αυτά τα χαρακτηριστικά στην άσκηση που εκτελεί δε τη χαρακτηρίζει συνήθως αυξημένη ή άσκοπη. (Dittmer, et al.,, 2018)

5. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή/ Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Κοινή Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Σε πολύπλοκες περιπτώσεις, όπως εκείνες της συνοσηρότητας υπάρχει πιθανότητα το κλασικό σχήμα θεραπείας να μη λειτουργεί. Το γεγονός αυτό δημιούργει την ανάγκη για αναζήτηση νέων μεθόδων αντιμετώπισης ή ακόμα και συνδυασμό των ήδη υπαρχόντων, καθώς ο καλύτερος τρόπος θεωρείται η ταυτόχρονη θεραπεία των νόσων (Simpson, et al., 2013; van Passel, et al., 2016).

Με δεδομένο αυτό, σε περιστατικά συνύπαρξης Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής και κάποιας διατροφικής διαταραχής ως καταλληλότερη στρατηγική θεωρείται ο συνδυασμός της ανάκτησης μέρους του απολεσθέντος βάρους με την αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία (Lewin, et al., 2013; Simpson, et al., 2013; van Passel, et al., 2016), καθώς η αποκατάσταση των υποκείμενων ανεπαρκειών των

διαταραχών φάνηκε πιο αποτελεσματική από ότι η θεραπεία των βασικών συμπτωμάτων (van Passel, et al., 2016).

Οι ισχυρισμοί αυτοί επιβεβαιώνονται και από μια έρευνα με δείγμα 56 ατόμων με συνοσηρότητα στις διαταραχές αυτές όπου εφαρμόστηκε ένα συνδυαστικό σχήμα θεραπείας, με σκοπό να αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα προκείμενου να παρατηρήσουν αν θα έφερε θετικά αποτελέσματα. Το σχήμα αυτό συμπεριελάμβανε εξειδικευμένο διατροφικό πλάνο, φαρμακευτική χορήγηση, κοινωνική υποστήριξη σε συνδυασμό με τη μέθοδο Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης (ERP), ένα είδος Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (CRT). Το ενδιαφέρον με τη τελευταία μέθοδο είναι πως σε αυτή την έρευνα επικεντρώνονταν και στην διατροφική παθολογία, δηλαδή εκτός από τους ψυχαναγκαστικούς/καταναγκαστικούς φόβους, αφορούσε και εκείνους σχετικά με το φαγητό και την εικόνα σώματος (Simpson, et al., 2013).

Τα αποτελέσματα έδειξαν μια γενική βελτίωση. Αναλυτικότερα, σημειώθηκε μείωση στη σοβαρότητα και των δυο διαταραχών αλλά και στη κατάθλιψη, καθώς και αύξηση του βάρους στα ανορεκτικά άτομα και σε εκείνα με χαμηλό Δείκτη Μάζας Σώματος κατά την έναρξη του προγράμματος. Μάλιστα, η βελτίωση της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής παρατηρήθηκε σε κάθε διατροφική διαταραχή, ανεξάρτητα από το βαθμό κατάθλιψης και το Δείκτη Μάζας Σώματος, αν και τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία έφεραν περισσότερα θετικά αποτελέσματα σε σχέση με αυτά που έπασχαν από Νευρική Ανορεξία (Simpson, et al., 2013).

Γενικότερα σε άτομα που διαγιγνώσκονται και με τις δυο διαταραχές, σε όποια διαταραχή και αν εστιάζει η θεραπεία, παρατηρείται θετική έκβαση ως ένα σημείο στους ασθενείς. Σε ένα μεγαλύτερο δείγμα ατόμων αποτελούμενο από 254 γυναίκες με συνοσηρότητα και 254 γυναίκες χωρίς, οι οποίες υποβλήθηκαν σε θεραπεία ενδοσοκομειακά σχετικά με τη διατροφική διαταραχή από την οποία έπασχαν, σημειώθηκε μείωση των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής με ταυτόχρονη μείωση και των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων, υψηλότερη στην ομάδα της συνοσηρότητας. Ωστόσο, η ελάττωση αυτή παρατηρήθηκε και στις δυο ομάδες (Olatunji, et al., 2010).

Υποστηρίζεται, μάλιστα, πως πιθανότατα αυτή η ταυτόχρονη μείωση να οφείλεται σε μια αμοιβαία αμφίδρομη αλληλεπίδραση των νόσων κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Με άλλα λόγια, η βελτίωση των συμπτωμάτων της διατροφικής διαταραχής οδηγεί στη βελτίωση των συμπτωμάτων της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, και αντίστροφα, σε μικρότερο ωστόσο βαθμό. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να οφείλεται και στη φύση του θεραπευτικού σχήματος, το οποίο ίσως επηρεάζει ένα πλήθος χαρακτηριστικών που συνδέεται και με τις διατροφικές διαταραχές (Olatunji, et al., 2010).

Αντίστροφα, η διάγνωση διατροφικής διαταραχής σε περιστατικά Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής δε φαίνεται να εμποδίζει τη θεραπεία της δεύτερης, με τη χρήση της μεθόδου Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης, σημειώνοντας μείωση τέτοιου είδους συμπτωμάτων, καθώς και αυτών της διατροφικής διαταραχής αλλά σε χαμηλότερο επίπεδο (Tobiassen, 2013).

Βέβαια, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα θεραπευτικά αποτελέσματα για ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι παρόμοια, βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα, είτε συνυπάρχει διάγνωση Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είτε όχι. Συνήθως τα άτομα με συνοσηρότητα εμφανίζουν υψηλότερη σοβαρότητα νόσου (Cumella, et al., 2007; Lewin, et al., 2013) με αυξημένη διάρκεια διατροφικής διαταραχής, χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος σε περιστατικά εισαγωγής στο νοσοκομείο, αυξημένο αριθμό ενδονοσοκομειακών θεραπειών διατροφικής διαταραχής και συνύπαρξη άλλων συνοδών διαταραχών (Cumella, et al., 2007).

Σε τέτοια περιστατικά, ιδίως σε περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας, πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η αποκατάσταση του βάρους, έτσι ώστε το άτομο να είναι σε θέση να συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα ψυχοθεραπείας. Η μέθοδος της Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης φαίνεται να συμβάλλει γενικά στη μείωση των ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών περί επικίνδυνων τροφών και άσκησης, χρήσης καθαρκτικών και εμέτων, αντίστοιχα. Ενώ, βοηθάει στη μείωση ακόμα πιο συγκεκριμένων συμπεριφορών, όπως περιορισμό τροφής, επαναλαμβανόμενο ζύγισμα, υπολογισμό θερμίδων, έλεγχο διατροφικών ετικετών, έλεγχο σώματος, αποφυγή καθρεπτών και αποκαλυπτικών ρούχων, καθώς και χρήση χεριών ή αντικειμένων προκειμένου να κρύψουν το στομάχι τους (Lewin, et al., 2013; Simpson, et al., 2013).

Τέτοιες μέθοδοι συνήθως συμπεριλαμβάνουν ένα εβδομαδιαίο ζύγισμα και την επανασίτιση και επαφή με συνήθως υψηλά θερμιδικές τροφές όπου δεν είναι εμφανής η περιεκτικότητα τους σε θερμίδες και λίπος. Ο σκοπός είναι το άτομο να πραγματοποιήσει το υπερφαγικό επεισόδιο αποφεύγοντας όμως τη καθαρκτική συμπεριφορά. Έτσι, ακολουθούνται τακτικές όπως για παράδειγμα η κατανάλωση απαγορευμένων τροφίμων έως το σημείο εμέτου, χωρίς όμως να συμβαίνει αυτό ή απλώς η επαφή με αυτά μέσω γλειψίματος, επαφής, όσφρησης και κατάποσης μικρών ποσοτήτων. Επίσης, συμπεριλαμβάνεται και η υιοθέτηση συμπεριφορών όπως τα ρούχα στο σωστό μέγεθος (Lewin, et al., 2013; Simpson, et al., 2013).

Σε ειδικές περιπτώσεις συνοσηρότητας, συνήθως σε ανορεκτικούς ασθενείς, ωστόσο, το κλασσικό σχήμα της μεθόδου Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης πιθανότατα να μη λειτουργεί, λόγω του άγχους που προκαλεί η τακτική αντιμετώπισης του φόβου. Ένα λίγο διαφορετικό σχήμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι και η Θεραπεία Μείωσης Κινδύνου Ιδεασμού (DIRT), όπου αφορά άτομα με φόβους μόλυνσης ή που δεν απάντησαν στο κλασσικό σχήμα και έχει ψυχοεκπαιδευτικό ρόλο χωρίς να ωθεί το άτομο να αντιμετωπίσει το φόβο του, αλλά αναγνωρίζοντας τον, μελετώντας γύρω από αυτόν, σχετικά με την άμυνα του οργανισμού και ακολουθώντας πράξεις και σκέψεις που δεν θα τον φέρουν σε επαφή (Drummond & Kolb, 2008).

Η θετική επίδραση της μεθόδου είναι εμφανής μελετώντας μια μελέτη περίπτωσης ενήλικης γυναίκας με συνοσηρότητα σε σοβαρή κατάσταση, η οποία παρουσίαζε φόβους μόλυνσης σχετικά με το λίπος θεωρώντας πως θα προκαλούσε αύξηση στο βάρος της. Αν και οι ψυχαναγκασμοί της δεν ήταν ακριβώς φόβοι μόλυνσης σχετικά με βακτήρια, η θεραπεία αυτή έφερε θετικά αποτελέσματα μειώνοντας τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά της συμπτώματα χωρίς να επιδεινώνεται η κατάσταση της προκαλώντας μείωση του βάρους και αύξηση του άγχους, όπως σε προηγούμενες θεραπείες (Drummond & Kolb, 2008).

Εκτός, όμως, από το είδος ψυχοθεραπείας, πιθανότατα να χρειαστεί να χορηγηθεί και διαφορετική φαρμακευτική αγωγή από τη συνηθισμένη, είτε σε τύπο φαρμάκου είτε στη ποσότητα αυτού, όπως αποδεικνύει μια άλλη μελέτη περίπτωσης. Αυτό το περιστατικό αφορά μια γυναίκα 18 χρονών, η οποία πάσχει από κατάθλιψη και προοδευτικά διαγιγνώσκεται με Νευρική Ανορεξία Καθαρκτικού Τύπου και Ψυχαναγκαστική

Καταναγκαστική Διαταραχή, όπου οι έως τώρα συνιστώμενες δόσεις φαρμάκων δεν έχουν βελτιώσει τη κατάσταση. Χορηγήθηκε, λοιπόν, ντουλοξετίνη, ένας αναστολέας της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, σε υψηλή δόση, καθώς ήταν η μόνη ποσότητα που φάνηκε να βελτιώνει τη κατάσταση εφόσον παρουσιάστηκε ανθεκτικότητα στις μικρότερες δόσεις, ακόμα και στις υψηλότερες συνιστώμενες (Safer & Arnow, 2012).

Συνεχίζοντας στο ίδιο πλαίσιο, η χρήση ενός άλλου φαρμάκου, ονόματι LDX είναι συχνή σε άτομα με Επεισοδιακή Υπερφαγία. Το φάρμακο έχει φανεί πως εκτός από τη μείωση της σοβαρότητας της νόσου, μειώνοντας τις ημέρες υπερφαγικών επεισοδίων, μειώνει επίσης και τα ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά και παρορμητικά χαρακτηριστικά στα άτομα με τη διαταραχή αυτή, χωρίς όμως να επηρεάζει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (McElroy, et al., 2016).

Μελετώντας τώρα την σημασία των θρεπτικών συστατικών, η βιταμίνη D αποτελεί μια επιπλέον σημαντική βιταμίνη για τον οργανισμό. Η ανεπάρκεια της συνδέεται με χαμηλή οστική μάζα και συνοδά νοσήματα. Μπορεί, ακόμα, να οδηγήσει και σε νευροψυχιατρικές διαταραχές, καθώς συμμετέχει στην ανάπτυξη του εγκεφάλου των εμβρύων. Μια από αυτές τις διαταραχές αποτελεί και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Ενδιαφέρον προκαλεί μια πρόσφατη μελέτη περίπτωσης, όπου παρατηρήθηκε η δράση συμπληρώματος βιταμίνης D έναντι των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων (Celik, et al., 2016).

Η συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης αφορά ένα αγόρι 7 ετών, το οποίο πάσχει από το σύνδρομο PANDAS (Παιδιατρική Αυτοάνοση Νευροψυχιατρική διαταραχή που συνδέεται με λοιμώξεις από στρεπτόκοκκο) και παρουσιάζει ξαφνικά μια ποικιλία ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων για τη περίοδο ενός μήνα. Πιο συγκεκριμένα, η συμπεριφορά του περιελάμβανε υπερβολικό πλύσιμο χεριών, φόβο επαφής με οτιδήποτε και αιώρημα των χεριών στον αέρα, ακόμα και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Θεωρούσε πως τα ρούχα του είναι αρκετά βρώμικα, με αποτέλεσμα να χρειάζεται τη βοήθεια της μητέρας του, η οποία έπρεπε υποχρεωτικά να έχει πλύνει τα χέρια της. Επιπλέον, απέφευγε να κοιτάζει σε καθρέφτες καθώς εμφανίζονταν σκέψεις σεξουαλικού περιεχομένου. Υπέφερε, επίσης, από νυχτερινές αφυπνίσεις και τρόμους. Τέλος, ήδη από

τα παιδικά του χρόνια, παρουσίαζε και ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες, όπως αποστροφή συγκεκριμένων τροφίμων, π.χ. άσπρα τρόφιμα (ρύζι, ζυμαρικά) και περιορισμένη επιλογή τροφίμων, κυρίως άοσμων και άχρωμων (Celik, et al., 2016).

Αρχική θεραπεία αποτέλεσε η φαρμακευτική χορήγηση φλουοεξετίνης. Παρά το ότι η δοσολογία αυξήθηκε τις επόμενες εβδομάδες, δεν υπήρξε βελτίωση έναντι των συμπτωμάτων. Έπειτα, η χορήγηση του φαρμάκου διεκόπη, χωρίς την επανέναρξη του ή την χορήγηση κάποιας άλλης φαρμακευτικής αγωγής. Εξαιτίας, των διατροφικών περιορισμών του παιδιού, το ενδιαφέρον στράφηκε στην αντιμετώπιση των διατροφικών ανεπαρκειών που υπήρχαν, βιταμίνης D και σιδήρου, με τη χορήγηση των ανάλογων συμπληρωμάτων (Celik, et al., 2016).

Η μέθοδος αυτή έφερε επιθυμητά αποτελέσματα. Σε μόλις 4 εβδομάδες, οι διαταραχές ύπνου και οι καταναγκασμοί καθαριότητας είχαν αντιμετωπιστεί, με κάποιους ψυχαναγκασμούς να παραμένουν. Αυτό οδήγησε στην αύξηση της δόσης συμπληρώματος βιταμίνης D. Έπειτα από 4 μήνες, τα συμπτώματα Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είχαν εξαλειφθεί πλήρως, καθώς επίσης και τα επίπεδα βιταμίνης D είχαν επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα (Celik, et al., 2016).

Ωστόσο, δεν είναι απόλυτα σίγουρο εάν τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται στο συμπλήρωμα της βιταμίνης D ή του σιδήρου. Θα μπορούσε, επίσης, να αποτελεί και τυχαίο γεγονός αφού η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι αρκετά συχνή. Από την άλλη πλευρά, η βιταμίνη D είναι γνωστή για την ανοσολογική και αντιφλεγμονώδη δράση της, γεγονός το οποίο πιθανότατα εξηγεί τη θετική έκβαση της θεραπείας λόγω της παρουσίας του συνδρόμου PANDAS. Η χορήγηση της όμως, φαίνεται να μειώνει τα ψυχιατρικά συμπτώματα, είτε υπάρχει το σύνδρομο είτε όχι. Συστήνεται, λοιπόν, οι κλινικοί ιατροί να έχουν πλήρη επίγνωση της κατάστασης του ασθενούς, για παράδειγμα τυχόν ανεπάρκειες, ιδίως σε περιπτώσεις παιδιών, πριν καταφύγουν σε χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (Celik, et al., 2016).

Μεταφερόμενοι ένα βήμα παραπέρα, υπάρχουν και άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστική Διαταραχής, όπως η εν τω βάθει Εγκεφαλική Διέγερση, μια νευροχειρουργική επέμβαση όπου συμπεριλαμβάνει την διέγερση συγκεκριμένων

περιοχών του εγκεφάλου (βασικά γάγγλια) με εμφύτευση ηλεκτροδίων. Η μέθοδος αυτή, εφαρμόστηκε σε μια ενήλικη γυναίκα διαγνωσμένη με την αντίστοιχη διαταραχή και υπολειπόμενα συμπτώματα Νευρικής Ανορεξίας, λόγω ανάλογου ιστορικού, με αποτέλεσμα, όχι μόνο τη βελτίωση των ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών συμπτωμάτων αλλά και τη μείωση μακροπρόθεσμα των ανησυχιών περί λήψης τροφής και αύξησης βάρους. Πρέπει να σημειωθεί, όμως, πως σε περιστατικά διατροφικών διαταραχών, κυρίως Νευρικής Ανορεξίας, είναι μια μέθοδος με αρκετές πιθανές επιπλοκές, λόγω της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς, όπως εγκεφαλικές βλάβες, μόλυνση ή ακόμα και θάνατο (McLaughlin, et al., 2013).

Άλλες τέτοιες μέθοδοι, είναι, επίσης, η θεραπεία με ηλεκτροσόκ εγκεφάλου. Μια άλλη αρκετά πρόσφατη μελέτη περίπτωσης αποτελεί εκείνη ενός άντρα 24 ετών, ο οποίος έπασχε από χρόνια Νευρική Ανορεξία. Προοδευτικά, βίωσε ένα έντονο καταθλιπτικό επεισόδιο. Η φαρμακευτική θεραπεία δεν έφερε αποτελέσματα, ενώ το άτομο εμφάνισε και σοβαρή Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, καθώς και επιπλέον καταθλιπτικά συμπτώματα. Συμπληρωματικά εφαρμόστηκε επανασίτιση καθώς και Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία, χωρίς όμως τα επιθυμητά αποτελέσματα. Έπειτα από κάποιες συνεδρίες με τη χρήση της μεθόδου ηλεκτροσόκ, συνέβη πλήρης ύφεση της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, βελτίωση της διάθεσης, αύξηση στο βάρος του ατόμου και στη ποικιλία κατανάλωσης των τροφών, ενώ διεκόπη η χρήση καθαρκτικών. Ωστόσο, ο περιορισμός τροφής, ο φόβος για αύξηση βάρους και η διαταραγμένη εικόνα σώματος παρέμειναν. Από την άλλη, η χρήση της μεθόδου αυτής πρέπει να είναι προσεκτική λόγω των γνωστικών της κυρίως παρενεργειών, όπως η εξασθένιση της μνήμης (Sağlam, et al., 2018).

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, υπάρχουν μοντέλα αντιμετώπισης Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής, τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και σε περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών, όπως πιο συχνά στη Νευρική Ανορεξία. Τα μοντέλα αυτά συμπεριλαμβάνουν κάποια βασικά στοιχεία, όπως παρεμβάσεις, εκτιμήσεις ευθύνης, καταστροφικές παρανοήσεις και εξουδετερώσεις όπου βοηθούν στην κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς. Έτσι, η εφαρμογή του μοντέλου αυτού μπορεί να προσθέσει νέες προτάσεις για την αντιμετώπιση των πιθανών μηχανισμών διατήρησης της Νευρικής

Ανορεξίας στους ασθενείς, προτείνοντας ένα διαφορετικό δρόμο για την ίαση, ή έστω τη κατανόηση της νόσου (Jenkins, 2013).

Οι πρώτες έννοιες του μοντέλου αφορούν τα κρίσιμα περιστατικά και τις πρώιμες εμπειρίες. Τα κρίσιμα περιστατικά, όπως μια αυστηρή δίαιτα μπορούν να πυροδοτήσουν συγκεκριμένες για τη διαταραχή πεποιθήσεις σε ευάλωτα άτομα, ενώ οι πρώιμες εμπειρίες, όπως η αρνητική κριτική για το βάρος, συμβάλλουν και εκείνες στη διαμόρφωση τέτοιων πεποιθήσεων. Με άλλα λόγια, ο πρώτος όρος υποδεικνύει την αρχή της νόσου και ο δεύτερος τους παράγοντες που καθιστούν ευάλωτο ένα άτομο απέναντι στη νόσο (Jenkins, 2013).

Στη συνέχεια, μελετώνται οι υποθέσεις και οι γενικές πεποιθήσεις του ατόμου, με δεδομένο ότι υπάρχει ένας αριθμός κοινών πεποιθήσεων ανάμεσα στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή και τη Νευρική Ανορεξία, όπως η τελειομανία, η σημασία και ο έλεγχος των σκέψεων. Αυτές οι πεποιθήσεις, είτε λειτουργούν ως παράγοντες διατήρησης της διατροφικής διαταραχής είτε συνδέονται με την εμφάνιση άλλων πεποιθήσεων. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι πως η κατανάλωση αρκετού φαγητού μπορεί να προκαλέσει υπερβολική αύξηση βάρους, με το σκεπτικό πως η μη αποτροπή του κινδύνου αντιστοιχεί στην εκδήλωση του (Jenkins, 2013).

Επόμενο στάδιο αποτελούν οι εισβολές (ενοχλητικές σκέψεις, εικόνες, προτροπές, αμφιβολίες), όπως για παράδειγμα η σκέψη πως η κατανάλωση ενός snack (ένα μπισκότο) οφείλεται για την αύξηση του βάρους. Προτείνεται πως οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που ακολουθούν κάποια δίαιτα, βιώνουν εισβολές σχετικές με το φαγητό και τα απαγορευμένα τρόφιμα (υψηλές θερμίδες, αυξημένα λιπαρά), άρα και ακολουθούν πιο συχνά τακτικές όπως η καταστολή των σκέψεων, το οποίο συνδέεται άμεσα με την εκτίμηση των εισβολών από το άτομο, αλλά και με τις πεποιθήσεις του, όπως η υπερεκτίμηση του βάρους και του σχήματος σώματος. Και στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή αλλά και στη Νευρική Ανορεξία, οι εισβολές αυτές είναι παρόμοιας φύσεως και οι τρόποι αντιμετώπισης τους οδηγούν στην διατήρηση και την ενίσχυση της εκάστοτε νόσου (Jenkins, 2013).

Στο επόμενο βήμα, τοποθετούνται οι ενέργειες εξουδετέρωσης και η προσεκτική προκατάληψη. Στις ενέργειες εξουδετέρωσης συμπεριλαμβάνονται οι τελετουργίες και η

αναζήτηση επιβεβαίωσης, όπως ο έλεγχος σώματος. Σε σχέση με τη προσεκτική προκατάληψη, εντοπίζονται συχνά γνωστικές προκαταλήψεις στη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, ενώ στις διατροφικές διαταραχές η προκατάληψη φαίνεται να παίρνει τη μορφή αυτοματοποιημένης (ασυνείδητης) σκέψης, ενώ ταυτόχρονα, σε περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας, μπορεί να επηρεαστεί από τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτό, το άτομο συνηθίζει να αναζητά αφορμή για να νιώσει ταραχή, όπως η εστίαση σε συγκεκριμένα τμήματα του σώματος (Jenkins, 2013).

Έπειτα, γίνεται λόγος για τις εσφαλμένες ερμηνείες της σημασίας των εισβολών, όπου τα άτομα με διατροφικές διαταραχές συχνά παρερμηνεύουν τις συνέπειες των σκέψεων, είτε είναι γενικές είτε σχετικές με το φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να ενισχύεται η σημασία και η επιμονή αυτών των σκέψεων. Στις διατροφικές διαταραχές εντοπίζεται η έννοια της Σύγχυσης σκέψης-σχήματος, η οποία αντιστοιχίζεται με αυτή της Σύγχυσης σκέψης-δράσης κατά τη Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, όπου μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως ο περιορισμός τροφής και ο έλεγχος σώματος. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, πραγματοποιείται μια γνωστική παραμόρφωση, δηλαδή μια σκέψη με αρνητικό περιεχόμενο (η σκέψη κατανάλωσης ενός υψηλά θερμιδικού τροφίμου) μπορεί να οδηγήσει σε μια πράξη στο πραγματικό κόσμο (στη συμπεριφορά ή τα συναισθήματα) (Jenkins, 2013).

Το μοντέλο καταλήγει στις αντιπαραγωγικές στρατηγικές ασφάλειας και τις αλλαγές στη διάθεση. Σχετικά με τις πρώτες, η εκδήλωση γίνεται μέσω ενεργειών καταστολής ή αποφυγής, ενώ στη πραγματικότητα αυξάνουν το άγχος και συμβάλουν στη διατήρηση της νόσου. Τέτοια παραδείγματα είναι η καταναγκαστική άσκηση, η αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων (υψηλά λιπαρά), έλεγχος στο καθρέφτη ή σωματικός έλεγχος, καθώς και άλλοι σχετικοί διαιτητικοί κανόνες. Έπειτα, οι αλλαγές της διάθεσης αφορούν τη δυσφορία, το άγχος, τη κατάθλιψη και γενικά τη μειωμένη διάθεση, η οποία φαίνεται να περιπλέκει τα δεδομένα, καθώς είτε δυσχεραίνει την όλη κατάσταση, είτε η κατάσταση που επικρατεί οδηγεί στην επιπλέον μείωση της (Jenkins, 2013).

Ωστόσο, τα διάφορα τμήματα του μοντέλου δε δρουν ανεξάρτητα το ένα με το άλλο, αλλά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, και μάλιστα μια έννοια μπορεί να επηρεάζει παραπάνω από μία άλλες έννοιες. Ο σκοπός είναι να διαμορφωθεί ένας οδηγός, όχι απαραίτητα

δημιουργώντας κάποιον νέο αλλά εμπλουτίζοντας ήδη υπάρχοντες, ο οποίος θα κατευθύνει τον ειδικό για τέτοιες περιπτώσεις, λόγω ίσως περιορισμένης εμπειρίας, ή ακόμα και τον ίδιο τον ασθενή, έτσι ώστε να κατανοήσει τους λόγους που μπορεί να οφείλονται για τη διατήρηση της νόσου, ειδικά σε περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας, οι οποίες θεωρούνται πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν συνοδευόμενες από αγχώδη συμπτώματα και συχνές υποτροπές (Jenkins, 2013).

Όπως έχει προαναφερθεί, είναι πολύ πιθανό κάποια συμπτώματα να παραμένουν σε άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, παρά τη θεραπεία μέσω φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Η ενσωμάτωση της αερόβιας άσκησης έχει αποδειχτεί σκόπιμη και αρκετά αποτελεσματική σε τέτοιου είδους ασθενείς, αλλά και γενικότερα καθώς προάγει τη σωματική αλλά και τη ψυχική υγεία. Στοιχεία έχουν δείξει πως σε άτομα με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή μετά από παρέμβαση με συμπληρωματική ένταξη μέτριας έντασης αερόβια άσκηση (π.χ. 20-40 λεπτά περπάτημα 3-4 φορές την εβδομάδα), η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε, συμπεριλαμβανομένου της μείωσης του άγχους, της αρνητικής διάθεσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση της γενικότερης ψυχολογικής αλλά και της καρδιοαναπνευστικής κατάστασης, καθώς εντοπίστηκε και μείωση στα συμπτώματα της νόσου, η οποία φάνηκε να διατηρείται (Abrantes, et al., 2009; Brown, et al., 2007; Panyi, et al., 2018; Rector, et al., 2015). Μάλιστα, η μείωση αυτή έχει παρατηρηθεί ακόμα και μετά το πέρας κάθε συνεδρίας άσκησης (Abrantes, et al., 2009; Panyi, et al., 2018).

Σημαντικό είναι, επίσης, το γεγονός πως η άσκηση δε φάνηκε να πυροδοτεί άλλους ψυχαναγκασμούς ή καταναγκασμούς (Abrantes, et al., 2009; Brown, et al., 2007; Panyi, et al., 2018; Rector, et al., 2015), καθώς και πως οι ίδιοι οι ψυχαναγκασμοί/καταναγκασμοί δεν αποτέλεσαν εμπόδιο για την ολοκλήρωση της άσκησης (Rector, et al., 2015; Panyi, et al., 2018), ενώ, τους ώθησε να έρθουν αντιμέτωποι και με κάποιους φόβους τους, όπως τη χρήση του εξοπλισμού και του μπάνιου στο γυμναστήριο. Ωστόσο, η ένταξη άσκησης πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε περιπτώσεις συνοσηρότητας, καθώς για παράδειγμα ένα άτομο με Νευρική Ανορεξία, είναι πιθανό να αυξήσει τις ψυχαναγκαστικές/καταναγκαστικές του τάσεις και να υιοθετηθεί ένα υπερβολικό/καταναγκαστικό πρόγραμμα προπόνησης, το οποίο προφανώς θα επιδεινώσει τη κατάσταση του ασθενούς (Panyi, et al., 2018).

Ακόμα και σε περιπτώσεις ύπαρξης καταναγκαστικής άσκησης, παρά το γεγονός ότι πιθανό να εμποδίζει την ανταπόκριση στη θεραπεία, μπορεί να έχει θεραπευτικό ρόλο. Σε μια ομάδα, λοιπόν, 32 διατροφικά διαταραγμένων γυναικών, εφήβων και ενηλίκων, εφαρμόστηκε ένα ολοκληρωτικό πρόγραμμα θεραπείας, το οποίο είχε κύριο στόχο την αύξηση του βάρους και συμπεριλάμβανε Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία και τη μέθοδο Έκθεσης και Παρεμπόδισης Αντίδρασης, αλλά και θεραπεία άσκησης με σκοπό να προαχθεί μια υγιής συμπεριφορά απέναντι σε αυτή, μέσω της μείωσης της καταναγκαστικής φύσεως και της υπερβολικής ποσότητας της (Dittmer, et al., 2018).

Πράγματι, τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση στη καταναγκαστική συμπεριφορά άσκησης και στα διατροφικά διαταραγμένα και καταθλιπτικά συμπτώματα. Σημειώθηκε, επίσης, και ανάκτηση βάρους. Τα άτομα, συγκεκριμένα, δήλωσαν πως ήταν ευχαριστημένα και από τη δομή αλλά και το περιεχόμενο της θεραπείας, και μάλιστα πως θα το σύστηναν και σε άλλους ασθενείς. Με αυτό το τρόπο αποδεικνύεται πως δεν είναι αναγκαία η διακοπή της άσκησης, αφού η αναδιαμόρφωση αυτής, δηλαδή η σταδιακή της επανένταξη με υγιή πλέον χαρακτηριστικά, μπορεί να καταστεί αποτελεσματική και αποδεχτή (Dittmer, et al., 2018).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Behavior Therapy, 27(4), 583-600.

Abrantes, A.M., Strong, D.R., Cohn, A., Cameron, A.Y., Greenberg, B.D., Mancebo, M.C., & Brown, R.A. (2009). Acute changes in obsessions and compulsions following moderate-intensity aerobic exercise among patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 23(7), 923-7.

Altman, S.E., & Shankman, S.A. (2009). What is the association between obsessive compulsive disorder and eating disorders? Clinical Psychology Review, 29(7), 638-46.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. American Journal of Psychiatry, 160(2), 242-7.

Ansell, E.B., Pinto, A., Crosby, R.D., Becker, D.F., Añez, L.M., Paris, M., & Grilo, C.M.

(2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41(3), 275-81.

Ansell, E.B., Pinto, A., Edelen, M.O., & Grilo, C.M. (2008). Structure of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Criteria for obsessive–compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder. The Canadian Journal of Psychiatry, 53(12), 863–867.

Ansseau, M., Troisfontaines, B., Papart, P., & von Frenckell, R. (1991). Compulsive personality as predictor of response to serotoninergic antidepressants. The BMJ, 303(6805), 760–761.

Aouizerate, B., Guehl, 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(3), 195-221.

Arusoğlu, G., Kabakçi, E., Köksal, G., & Merdol T.K. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. Turkish Journal of Psychiatry, 19(3), 283-91.

Barber, J.P., Morse, J.Q., Krakauer, I.D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34(2), 133-143.

Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. Clinical Psychology Review, 27(3), 384-405.

Bastiani, A.M., Altemus, M., Pigott, T.A., Rubenstein, C., Weltzin, T.E., & Kaye, W.H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. Biological Psychiatry, 39(11), 966-9.

Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2016). Obsessional and eating disorder-related

intrusive thoughts: Differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. European Eating Disorders Review, 24(6), 446-454.

Bellodi, L., Cavallini, M.C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, C., & Smeraldi, E. (2001). Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. American Journal of Psychiatry, 158(4), 563-9.

Bernert, R.A., Timpano, K.R., Peterson, C.B., Crow, S.J., Bardone-Cone, A.M., Le Grange, D., Klein, M., Crosby, R.D., Mitchell, J.E., Wonderlich, S.A., & Joiner, T.E. (2013). Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. Personality and Individual Differences, 54(2), 231-235.

Beumont, C.C., Beumont P.J.V., & Touyz, S.W. (1995). Symptoms of obsessive-compulsive disorder in hospitalized eating disorder patients - A study using the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI). European Eating Disorders Review, 3(4), 217-227.

Black, D.W., Goldstein, R.B., Noyes, R., & Blum, N. (1994). Compulsive behaviors and obsessive-compulsive disorder (OCD): Lack of a relationship between OCD, eating disorders, and gambling. Comprehensive Psychiatry, 35(2), 145-149.

Boisseau, C.L., Thompson-Brenner, H., Caldwell-Harris, C., Pratt, E., Farchione, T., & Barlow, D.H. (2012). Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. Psychiatry Research, 200(2-3), 1062-6.

Boisseau, C.L., Thompson-Brenner, H., Pratt, E.M., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2013). The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44(3), 316-21.

Bolton, D, & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for

obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39(1), 11-22.

Brewerton, T.D., Stellefson, E.J., Hibbs, N., Hodges, E.L., & Cochrane, C.E. (1995).

Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. International Journal of Eating Disorders, 17(4), 413-6

Brooks, S.J., Solstrand Dahlberg, L, Swenne, I., Aronsson, M., Zarei, S., Lundberg, L.,

Jacobsson, J.A., Rask-Andersen, M., Salonen-Ros, H., Rosling, A., Larsson, E.M., & Schiöth, H.B. (2014). Obsessive-compulsivity and working memory are associated with differential prefrontal cortex and insula activation in adolescents with a recent diagnosis of an eating disorder. Psychiatry Research, 224(3), 246-53.

Brown, R.A., Abrantes, A.M., Strong, D.R., Mancebo, M.C., Menard, J., Rasmussen, S.A.,

& Greenberg, B.D. (2007). A pilot study of moderate-intensity aerobic exercise for obsessive compulsive disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195(6), 514-20.

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive

disorder or disturbed eating habit? Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1, 55–60.

Bulik, C.M., Beidel, D.C., Duchmann, E., Weltzin, T.E., & Kaye, W.H. (1992).

Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, 33(4), 262-8.

Cassidy, E., Allsopp, M., & Williams, T. (1999). Obsessive compulsive symptoms at initial

presentation of adolescent eating disorders. European Child & Adolescent Psychiatry, 8(3), 193-9.

Catalina, Z.M.L., Bote Bonaechea, B., García Sánchez, F., & Ríos Rial, B. (2005).

Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? Actas Espanolas De Psiquiatria, 33(1), 66-8.

Cavallini, M.C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, S., & Bellodi, L. (2000). Complex

segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. American Journal of Medical Genetics, 96(3), 384-91.

Cederlöf, M., Thornton, L.M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., Bulik, C.M., & Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. World Psychiatry, 14(3), 333-8.

Celik, G., Tas, D.A., Varmıs, D.A., Tahiroglu, A., & Avci, A. (2016). Vitamin D insufficiency in a boy with obsessive-compulsive disorder. Pediatrics International, 58(7), 646-8.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. Personality and Individual Differences, 32(4), 707-714.

Crane, A.M., Roberts, M.E., & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. International Journal of Eating Disorders, 40(7), 581-8.

Cumella, E.J., Kally, Z., & Wall, A.D. (2007). Treatment responses of inpatient eating disorder women with and without co-occurring obsessive-compulsive disorder. Eating Disorders, 15(2), 111-24.

Davis, C., & Kaptein, S. (2005). Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 15, 142(2-3), 209-17.

Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A.S., Olmsted, M.P., & Woodside, D.B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise. Psychosomatic Medicine, 60(2), 192-7.

Davis, C., Kennedy, S.H., Ralevski, E., Dionne, M., Brewer, H., Neitzert, C., & Ratusny,

D. (1995). Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. Journal of Psychosomatic Research, 39(8), 967-76.

de Reus, R.J.M., & Emmelkamp, P.M.G. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder: A review of current empirical findings. Personality and Mental Health, 6(1), 1-21.

Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. Current Psychiatry Reports, 17(2), 2.

Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A., & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. Psychology and Psychotherapy, 84(1), 70-83, 98-110.

Dittmer, N., Jacobi, C., & Voderholzer, U. (2018). Compulsive exercise in eating disorders: proposal for a definition and a clinical assessment. Journal of Eating Disorders, 6, 42.

Dittmer, N., Voderholzer, U., von der Mühlen, M., Marwitz, M., Fumi, M., Mönch, C., Alexandridis, K., Cuntz, U., Jacobi, C., & Schlegl, S. (2018). Specialized group intervention for compulsive exercise in inpatients with eating disorders: feasibility and preliminary outcomes. Journal of Eating Disorders, 6, 27.

Drummond, L.M., & Kolb, P. (2008). Obsessive–compulsive contamination fears and anorexia nervosa: The application of the new psycho- educational treatment of Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT). Behaviour Change, 25(1), 44–50.

Engel, S.G., Corneliussen, S.J., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., le Grange, D., Crow, S., Klein, M., Bardone-Cone, A., Peterson, C., Joiner, T., Mitchell, J.E., & Steiger, H. (2005). Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 38(3), 244-51.

Erol, A., Yazici, F., & Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating

disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, 48(1), 47-50.

Fahy, T.A. (1991). Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. Behaviour Research and Therapy, 29(2), 113-116.

Fahy, T.A., Osacar, A., & Marks, I. (1993). History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. International Journal of Eating Disorders, 14(4), 439-43.

Farrow, C.V., & Blissett, J. (2009). Do obsessive compulsive symptoms mediate the relationship between maternal eating psychopathology and restrictive feeding practices? International Journal of Eating Disorder, 42(1), 76-80.

Fiore, D., Dimaggio, G., Nicoló, G., Semerari, A., & Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. Journal of Clinical Psychology, 64(2), 168-80.

Flament, M.F., Rapoport, J.L., Berg, C.J., Sceery, W., Kilts, C., Mellström, B., & Linnoila, M. (1985). Clomipramine treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. A double-blind controlled study. Archives Of General Psychiatry, 42(10), 977-83.

Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L., Davies, M., Berg, C.Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An Epidemiological Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27(6), 764-71.

Foa, E.B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience, 12(2), 199–207.

Foa, E.B., Franklin, M.E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? Biological Psychiatry, 52(10), 987-97.

Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E.,

Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Simpson, H.B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 162(1), 151-61.

Formea, G.M., & Burns, G.L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17(2), 167–176.

Franklin, M.E., Kozak, M.J., Cashman, L.A., Coles, M.E., Rheingold, A.A., & Foa, E.B. (1998). Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(4), 412-9.

Freid, C.M. (2007). Beliefs associated with eating disorders and obsessive compulsive disorder: the development of the Obsessive Beliefs about Body Size and Eating Survey (OBBSES). Dissertation, University of Vanderbilt.

Galanti, K., Gluck, M.E., & Geliebter, A. (2007). Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. International Journal of Eating Disorders, 40(8), 727-32.

Garcia, F.D., Houy-Durand, E., Thibaut, F., & Dechelotte, P. (2009). Obsessive compulsive disorder as a cause of Atypical eating disorder: a case report. European Eating Disorders Review, 17(6), 444-7.

García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: a differential analysis. European Eating Disorders Review, 22(3), 191-9.

Gee, R.L., & Telew, N. (1999). Obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa in a high school athlete: a case report. Journal of Athletic Training, 34(4), 375-8.

Ghiz, L., & Chrisler, J.C. (1995). Compulsive eating, obsessive thoughts of food, and their

relation to assertiveness and depression in women. Journal of Clinical Psychology, 51(4), 491-9.

Godier, L.R., & Park, R.J. (2014). Compulsivity in anorexia nervosa: a transdiagnostic concept. Frontiers in Psychology, 5, 778.

Goodman, W.K., Kozak, M.J., Liebowitz, M., & White, K.L. (1996). Treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine: a multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. International Clinical Psychopharmacology, 11(1), 21-9.

Goodman, W.K., McDougle, C.J., & Price, L.H. (1992). Pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, 53, 29-37.

Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A.M., & Meyer, C. (2011). Compulsive exercise: the role of personality, psychological morbidity, and disordered eating. International Journal of Eating Disorders, 44(7), 655-60.

Grabe, H.J., Thiel, A., & Freyberger, H.J. (2000). Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102(6), 449-53.

Grados, M.A., & Riddle, M.A. (2001). Pharmacological treatment of childhood obsessive compulsive disorder: from theory to practice. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 30(1), 67-79.

Grant, J.E., Mooney, M.E., & Kushner, M.G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Psychiatric Research, 46(4), 469-75.

Greist, J.H., Jefferson, J.W., Kobak, K.A., Chouinard, G., DuBoff, E., Halaris, A., Kim, S.W., Koran, L., Liebowtiz, M.R., Lydiard, B., McElroy, S., Mendels, J., Rasmussen, S., White, K., & Flicker, C. (1995). A 1 year double-blind placebo-controlled fixed dose study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. International Clinical Psychopharmacology, 10(2), 57-65.

Greve, K.W., & Adams, D. (2002). Treatment of features of Obsessive-Compulsive Personality Disorder using carbamazepine. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 56(2), 207-8.

Grilo, C.M. (2004). Factor structure of DSM-IV criteria for obsessive compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(1), 64-9.

Gulker, M.G., Laskis, T.A., & Kuba, S.A. (2001). Do excessive exercisers have a higher rate of obsessive-compulsive symptomatology? Psychology, Health & Medicine, 6(4), 387-398.

Halmi, K.A. (2005). Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders. Eating Disorders, 13(1), 85-92.

Halmi, K.A., Sunday, S.R., Klump, K.L., Strober, M., Leckman, J.F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W.H., Al Shabboat, M., Bulik, C.M., & Kaye, W.H. (2003). International Journal of Eating Disorders, 33(3), 308-19.

Halmi, K.A., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M.M., Kaplan, A.S., Keel, P., Klump, K.L., Lilenfeld, L.R., Mitchell, J.E., Plotnicov, K.H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D.B., Berrettini, W.H., Kaye, W.H., & Bulik, C.M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 38(4), 371-4.

Hartmann, A.S., Cordes, M., Hirschfeld, G., & Vocks, S. (2018). Affect and worry during a checking episode: A comparison of individuals with symptoms of obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body dysmorphic disorder, illness anxiety disorder, and panic disorder. Psychiatry Research, 272, 349-358.

Hembree, E.A., Riggs, D.S., Kozak, M.J., Franklin, M.E., & Foa, E.B. (2003). Long-term efficacy of exposure and ritual prevention therapy and serotonergic medications

for obsessive-compulsive disorder. CNS Spectrums, 8(5), 363-71, 381.

Henninghausen, K., Rischmüller, B., Heseker, H., Remschmidt, H., & Hebebrand, J. (1999). Low body mass indices in adolescents with obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 99(4), 267-73.

Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Rüchle, H., Hand, I., König, A., Münchau, N., Hiss, H., Geiger-Kabisch, C., Käppler, C., Schramm, P., Rey, E., Aldenhoff, J., & Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. The British Journal of Psychiatry, (35), 71-8.

Holden, N.L. (1990). Is Anorexia Nervosa an Obsessive Compulsive Disorder? British Journal of Psychiatry, 157, 1-5.

Hollander, E., Kaplan, A., Allen, A., & Cartwright, C. (2000). Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 23(3), 643-56.

Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. European Child & Adolescent Psychiatry, 14(2), 106-10.

Houben, K., & Jansen, A. (2017). When food becomes an obsession: Overweight is related to food-related obsessive-compulsive behavior. Journal of Health Psychology, 1-8.

Hsu, L.K., Kaye, W., & Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? International Journal of Eating Disorders, 14(3), 305-18.

Humphreys, J.D., Clopton, J.R., & Reich, D.A. (2007). Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: cognitive and affective similarities. Eating Disorders, 15(3), 247-59.

Jarry, J.L., & Vaccarino, F.J. (1996). Eating disorder and obsessive-compulsive disorder:

neurochemical and phenomenological commonalities. Journal of Psychiatry & Neuroscience, 21(1), 36-48.

Jenike, M.A., Buttolph, L., Baer, L., Ricciardi, J., & Holland, A. (1989). Open trial of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 146(7), 909-11.

Jenkins, P.E. (2013). Using an OCD formulation in the treatment of anorexia nervosa: a useful way to understand the illness? The Cognitive Behaviour Therapist. 6, e8, 1-16.

Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Raich, R.M., Alonso, P., Krug, I., Jaurrieta, N., Alvarez-Moya, E., Labad, J., Menchón, J.M., & Vallejo, J. (2007). Obsessive-compulsive and eating disorders: comparison of clinical and personality features. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61(4), 385-91.

Josephson, S.C., Hollander, E., & Sumner, J. (2007). Comprehensive treatment of three patients with comorbid OCPD and ADHD. CNS Spectrums, 12(5), 338-42.

Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., & Burnam, M.A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Archives Of General Psychiatry, 45(12), 1094-9.

Kasvikis, Y.G., Tsakiris, F., Marks, I.M, Basoglu, M., & Noshirvani, H.F. (1986). Past History of Anorexia Nervosa in Women with Obsessive-compulsive Disorder. International Journal of Eating Disorders, 5(6), 1069-1075.

Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K.G., Bulik, C., McConaha, C., & Sobkiewicz, T. (1992). Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. International Journal of Eating Disorders, 12(1), 57-62.

Koponen, H., Lepola, U., Leinonen, E., Jokinen, R., Penttinen, J., & Turtonen, J. (1997). Citalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder: an open pilot study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96(5), 343-6.

Lamer, K.G. (1996). An examination of the relationship between excessive exercise, obsessive-compulsive tendencies, eating disorders and body image. Emporia State University.

Lawson, R., Waller, G., & Lockwood, R. (2007). Cognitive content and process in eating disordered patients with obsessive-compulsive features. Eating Behaviors, 8(3), 305-10.

Leckman, J.F., Grice, D.E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B.S., Cohen, D.J., Rasmussen, S.A., Goodman, W.K., McDougle, C.J., & Pauls, D.L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 154(7), 911-7.

Levitan, R.D., Kaplan, A.S., Masellis, M., Basile, V.S., Richter, M.A., & Ken, J.L. (2006). The serotonin-1DB receptor gene and severity of obsessive-compulsive disorder in women with bulimia nervosa. European Neuropsychopharmacology, 16, 1-6.

Lewin, A.B, Menzel, J., & Strober, M. (2013). Assessment and treatment of comorbid anorexia nervosa and obsessive–compulsive disorder. Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders, Springer Science & Business Media, New York.

Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M., & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. Archives of General Psychiatry, 55(7), 603-10.

Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. The British Journal of Psychiatry, 171, 135-9.

Maia, B.R., Soares, M.J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A.T., Cabral, A., Valente, J.,

Bos, S.C., Pato, M., Pocinho, F., Azevedo, M.H., & Macedo, A. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. Revista Brasileira de Psiquiatria, 31(4), 322-7.

March, J.S., Biederman, J., Wolkow, R., Safferman, A., Mardekian, J., Cook, E.H., Cutler, N.R., Dominguez, R., Ferguson, J., Muller, B., Riesenberg, R., Rosenthal, M., Sallee, F.R., Wagner, K.D., & Steiner. H. (1998). Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a multicenter randomized controlled trial. JAMA, 280(20), 1752-6.

Mas, S., Plana, M.T., Castro-Fornieles, J., Gassó, P., Lafuente, A., Moreno, E., Martinez, E., Milà, M., & Lazaro, L. (2013). Journal of Psychiatric Research, 47(6), 747-54.

Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? Journal of the American Dietetic Association, 105(10), 1510-2.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W.H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Psychological Medicine, 29(2), 407-14.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., Kasai, S., & Kaye, W.H. (1999). Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53(6), 661-6.

Matsunaga, H., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., & Kiriike, N. (1999). A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry. 40(5), 337-42.

McElroy, S.L., Mitchell, J.E., Wilfley, D., Gasior, M., Ferreira-Cornwell, M.C., McKay, M., Wang, J., Whitaker, T., & Hudson, J.I. (2016). Lisdexamfetamine dimesylate effects on binge eating behaviour and obsessive-compulsive and impulsive features in adults with binge eating disorder. European Eating Disorders Review, 24(3), 223-31.

McLaughlin, N.C., Didie, E.R., Machado, A.G., Haber, S.N., Eskandar, E.N., & Greenberg, B.D. (2013). Improvements in anorexia symptoms after deep brain stimulation for intractable obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry, 73(9), e29-31.

Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. European Eating Disorders Review, 19(3), 174-189.

Micali, N., Hilton, K., Nakatani, E., Heyman, I., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2011). Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. Psychological Medicine, 41(12), 2507-13.

Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 31(3), 284-9.

Montazeri, M.S, Neshatdoost, H., Abedi, M.R., & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder, Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16(5): 92-94.

Montgomery, S.A., McIntyre, A., Osterheider, M., Sarteschi, P., Zitterl, W., Zohar, J., Birkett, M., & Wood, A.J. (1993). A double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in patients with DSM-III-R obsessive-compulsive disorder. The Lilly European OCD Study Group. European Neuropsychopharmacology, 3(2), 143-52.

Morgan, J.C., Wolfe, B.E., Metzger, E.D., & Jimerson, D.C. (2007). Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 40(4), 381-5.

Mount, R., Neziroglu, F., & Taylor, C.J. (1990). An obsessive-compulsive view of obesity and its treatment. Journal of Clinical Psychology, 46(1), 68-78.

Naylor, H., Mountford, V., & Brown, G. (2011). Beliefs about excessive exercise in eating

disorders: the role of obsessions and compulsions. European Eating Disorders Review. 19(3), 226-36.

Ng, R.M.K. (2005). Cognitive Therapy for Obsessive-compulsive Personality Disorder – A Pilot Study in Hong Kong Chinese Patients. Hong Kong Journal of Psychiatry, 15(2), 50-53.

Noetel, M., Miskovic-Wheatley, J., Crosby, R.D., Hay, P., Madden, S., & Touyz, S. (2016). A clinical profile of compulsive exercise in adolescent inpatients with anorexia nervosa. Journal of Eating Disorders, 4, 1.

O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. The Canadian Journal of Psychiatry, 44(1), 64-71.

Olatunji, B.O., Tart, C.D., Shewmaker, S., Wall, D., & Smits, J.A. (2010). Mediation of symptom changes during inpatient treatment for eating disorders: the role of obsessive-compulsive features. Journal of Psychiatric Research, 44(14), 910-6.

O'Rourke, D.A., Wurtman, J.J., Wurtman, R.J., Tsay, R., Gleason, R., Baer, L., & Jenike, M.A. (1994). Aberrant snacking patterns and eating disorders in patients with obsessive compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 55(10), 445-7.

Panyi, L.K, Reissmann, A., Stollberg, E., Hauser, J., Guo, J., & Lange, K.W. (2018). Physical exercise and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. Movement and Nutrition in Health and Disease, 2, 1–10.

Pascual-Vera, B., & Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. International Journal of Clinical and Health Psychology, 18, 43-51.

Piacentini, J., & Langley, A.K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology, 60(11), 1181-94.

Plana, M.T., Torres, T., Rodríguez, N., Boloc, D., Gassó, P., Moreno, E., Lafuente, A., Castro-Fornieles, J., Mas, S., & Lazaro, L. (2019). Genetic variability in the serotoninergic system and age of onset in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 271, 554-558.

Pollack, L.O., & Forbush, K.T. (2013). Why do eating disorders and obsessive Compulsive disorder co-occur? Eating Behaviors, 14(2), 211–215.

Popa, C.O, Nireştean, A., Ardelean, M., & Buicu, G., & Ile, L. (2013). Dimensional personality change after combined therapeutic intervention in the obsessive - compulsive personality disorders. Acta Medica Transilvanica, 2(1), 290-292.

Readdy, T., & Ebbeck, V. (2012). Obsessive-compulsive disorder symptoms and correlates in community exercisers. Psychology of Sport & Exercise, 14(3), 316-322.

Rector, N.A., Richter, M.A., Lerman, B., & Regev, R. (2015). A pilot test of the additive benefits of physical exercise to CBT for OCD. Cognitive Behaviour Therapy, 44(4), 328-40.

Riddle, M.A., Reeve, E.A., Yaryura-Tobias, J.A., Yang, H.M., Claghorn, J.L., Gaffney, G., Greist, J.H., Holland, D., McConville, B.J., Pigott, T., & Walkup, J.T. (2001). Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, controlled, multicenter trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(2), 222-9.

Riddle, M.A., Scahill, L., King, R.A., Hardin, M.T., Anderson, G.M., Ort, S.I., Smith, J.C., Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (1992). Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(6), 1062-9.

Roberts, M.E. (2006). Disordered eating and Obsessive-Compulsive symptoms in a sub clinical student population. New Zealand Journal of Psychology, 35(1), 45-54.

Roncero, M., Perpiñá, C., & García-Soriano, G. (2011). Study of obsessive compulsive

beliefs: relationship with eating disorders. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39(4), 457-70.

Rubenstein, C.S, Altemus, M., Pigott, T.A., Hess, A., & Murphy, D.L. (1993). Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa, Journal of Anxiety Disorders, 9(1), l-9.

Rubenstein, C.S, Pigott, T.A., Altemus, M., L'heureux, F., Gray, J.J., & Murphy, D.L. (1993). High rates of comorbid OCD in patients with bulimia nervosa, Eating Disorders, 1(2), 147-155.

Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T., & Kessler, R.C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular Psychiatry, 15(1), 53-63.

Safer, D.L., & Arnow, K.D. (2012). Suprathreshold duloxetine for treatment-resistant depression, anorexia nervosa binge-purging type, and obsessive-compulsive disorder: a case report. Innovations in Clinical Neuroscience, 9(3), 13-6.

Sağlam, T., Poyraz, C.A., Poyraz, B.C., & Tosun, M. (2018). Successful use of electroconvulsive therapy in a patient with anorexia nervosa and severe acute-onset obsessive–compulsive disorder. International Journal of Eating Disorders, 51, 1026–1028.

Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Psychiatry, 6(6), 229-233.

Sallet, P.C., de Alvarenga, P.G., Ferrão, Y., de Mathis, M.A., Torres, A.R., Marques, A., Hounie, A.G., Fossaluza, V., do Rosario, M.C., Fontenelle, L.F., Petribu, K., & Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. International Journal of Eating Disorders, 43(4), 315-25.

Schruers, K., Koning, K., Luermans, J., Haack, M.J., & Griez, E. (2005). Obsessive compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives. Acta Psychiatrica Scandinavica, 111(4), 261-71.

Serpell, L., Hirani, V., Willoughby, K., Neiderman, M., & Lask, B. (2006). Personality or pathology?: Obsessive–compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. European Eating Disorders Review, 14, 404–413.

Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? Clinical Psychology Review, 22(5), 647-69.

Simpson, H.B., Liebowitz, M.R., Foa, E.B., Kozak, M.J., Schmidt, A.B., Rowan, V., Petkova, E., Kjernisted, K., Huppert, J.D., Franklin, M.E., Davies, S.O., & Campeas, R. (2004). Post-treatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. 19(4), 225-33.

Simpson, H.B., Wetterneck, C.T., Cahill, S.P., Steinglass, J.E., Franklin, M.E., Leonard, R.C., Weltzin, T.E., & Riemann, B.C. (2013). Treatment of obsessive-compulsive disorder complicated by comorbid eating disorders. Cognitive Behaviour Therapy, 42(1), 64-76.

Solanto, M.V., Urrutia, V., & Morales, A. (1995). Serotonin dysregulation and psychopathology in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 3(1), 56-73.

Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P., & Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. Eating Behaviors, 2(3), 193-207.

Speranza, M., Corcos, M., Levi, G., & Jeammet, P. (1999). Obsessive-compulsive symptoms as a correlate of severity in the clinical presentation of eating disorders: measuring the effects of depression. Eating and Weight Disorders, 4(3), 121-7.

Stein, D.J. (2002). Obsessive-compulsive disorder, Lancet, 360, 397–405.

Stein, M.B., Forde, D.R., Anderson, G., & Walker, J.R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. American Journal of Psychiatry, 154(8), 1120-6.

Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau, J.P., & Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(2), 337-45.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., & Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. International Journal of Eating Disorders, 40, S46–S51.

Suda, M., Brooks, S.J., Giampietro, V., Uher, R., Mataix-Cols, D., Brammer, M.J., Williams, S.C., Treasure, J., Campbell, I.C. (2014). Provocation of symmetry/ordering symptoms in Anorexia nervosa: a functional neuroimaging study. PLOS One, 9(5), e97998.

The Clomipramine Collaborative Study Group. (1991). Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Archives Of General Psychiatry, 48(8), 730-8.

Thiel, A., Züger, M., Jacoby, G.E., & Schüssler, G. (1998). Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 155(2), 244-9.

Thomsen, P.H. (1997). Child and adolescent obsessive-compulsive disorder treated with citalopram: findings from an open trial of 23 cases. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7(3), 157-66.

Thomsen, P.H. (2000). Obsessive-compulsive disorder: pharmacological treatment. European Child & Adolescent Psychiatry, 9(1), I76-84.

Thorén, P., Asberg, M., Cronholm, B., Jörnestedt, L., & Träskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. Archives Of General Psychiatry, 37(11), 1281-5.

Thornton, C., & Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. International Journal of Eating Disorders, 21(1), 83-7.

Tobiassen, L.G. (2013). Eating disorders in obsessive-compulsive disorder: prevalence and effect on treatment outcome. Running Head: Eating Disorders in OCD.

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. Archives Of General Psychiatry, 58(6), 590-6.

Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. American Journal of Psychiatry, 163(11), 1978-85.

Tyagi, H., Patel, R., Rughooputh, F., Abrahams, H., Watson, A.J., & Drummond, L. (2015). Comparative prevalence of eating disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. Psychiatry Journal

van Balkom, A.J.L.M., van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A, van Dyck, R., Nauta, M.C.E., & Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. Clinical Psychology Review, 14(5), 359-381.

van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 32(1), 79-87.

van Passel, B., Danner, U., Dingemans, A., van Furth, E., Sternheim, L., van Elburg, A., van Minnen, A., van den Hout, M., Hendriks, G.J., & Cath, D. (2016). Cognitive remediation therapy (CRT) as a treatment enhancer of eating disorders and obsessive compulsive disorders: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 16(1), 393.

von Ranson, K.M., Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Rao, R., & Matsunaga, H. (1999).

Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 156(11), 1703-8.

Vythilingum, B., Cartwright, C., & Hollander, E. (2000). Pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder: experience with the selective serotonin reuptake inhibitors. International Clinical Psychopharmacology, 15(2), S7-13.

Wilson, S., Aardema, F., & O'Connor, K. (2017). Doubt and fear of self in bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 50(12), 1437-1441.

Wu, K.D. (2008). Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach to purported relations. Journal of Anxiety Disorders, 22(8), 1412-20.

Yahghoubi, H., & Mohammadzadeh, A. (2015). Comparison of perfectionism and related positive-negative dimension in people with high traits on obsessive compulsive and eating disorder characteristics. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 9(3), 264.

Yaryura-Tobias, J.A., Neziroglu, F.A., & Kaplan, S. (1995). Self-mutilation, anorexia, and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder. International Journal of Eating Disorders,17(1), 33-8.

Yaryura-Tobias, M.A., Pinto, A., & Neziroglu, F. (2001). The integration of primary anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Eating and Weight Disorders, 6(4), 174-80.

Young, S., Rhodes, P., Touyz, S., & Hay, P. (2013). The relationship between obsessive compulsive personality disorder traits, obsessive-compulsive disorder and excessive exercise in patients with anorexia nervosa: a systematic review. Journal of Eating Disorders, 1, 16.

Young, S., Touyz, S., Meyer, C., Arcelus, J., Rhodes, P., Madden, S., Pike, K., Attia, E., Crosby, R.D., & Hay, P. (2018). Relationships between compulsive exercise, quality of life, psychological distress and motivation to change in adults with anorexia nervosa. Journal of Eating Disorders, 6, 2.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 162(10), 1911-8.

Zubieta, J.K., Demitrack, M.A., Fenick, A., & Krahn, D.D. (1995). Obsessionality in eating-disorder patients: relationship to clinical presentation and two-year outcome. Journal of Psychiatric Research, 29(4), 333-42.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.