



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ &
ΤΕΧΝΟΛ. ΤΡΟΦΙΜΩΝ**



**ΤΜΗΜΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ &
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας

**Βιβλιογραφική Συσχέτιση μεταξύ
Διατροφικών Διαταραχών και
Διαταραχών Προσωπικότητας**

**Πτυχιακή Μελέτη
του Μάμαλη Χαρίλαου**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Χαρωνιτάκη Αικατερίνη



**Technological
Educational
Institute of
Crete**



**Department of
Nutrition
and
Dietetics**

Department of Nutrition and Dietetics

**Bibliographical Interrelation between
Eating Disorders and
Personality Disorders**

**Senior Study
of Mamalis Charilaos**

Supervisor Professor : Charonitaki Aikaterinh

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Χαρωνιτάκη Αικατερίνη, για τη δυνατότητα που μου έδωσε να συνεργαστώ μαζί της, καθώς και για την πολύτιμη καθοδήγηση της σε όλη την διάρκεια της έρευνας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου δίχως την στήριξη της οποίας δεν θα είχα φτάσει ποτέ έως εδώ.

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	4
Περίληψη	6
Abstract	9
1. Διατροφικές Διαταραχές	12
1.1 Ψυχογενής Ανορεξία	12
1.1.1 Διαγνωστικά Κριτήρια	13
1.1.2 Συμπτώματα	14
1.1.3 Αιτιολογία	15
1.1.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	16
1.2 Νευρογενής Βουλιμία	16
1.2.1 Διαγνωστικά Κριτήρια	17
1.2.2 Συμπτώματα	19
1.2.3 Αιτιολογία	19
1.3 Επεισοδιακή Υπερφαγία	20
1.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια	20
1.3.2 Αιτιολογία	21
1.4 Άτυπες Διατροφικές Διαταραχές	21
1.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια	22
1.4.2 Αιτιολογία	22
1.5 Θεραπευτική Αντιμετώπιση	23
2. Διαταραχές Προσωπικότητας	24
2.1 Εισαγωγή	24
2.2 Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας	26
2.3 Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας	28
2.4 Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας	29
2.5 Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας	30

2.6	Μετ αιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας	32
2.7	Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας	34
2.8	Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας	35
2.9	Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας	36
2.10	Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας	37
2.11	Ψυχαναγκαστική και Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας	39
2.12	Τρόποι Αντιμετώπισης - Θεραπεία	40
3.	Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας για την Ύπαρξη Συσχέτισης Ανάμεσα στις δύο Ψυχογενείς Καταστάσεις	42
3.1	Θεωρητικό Μοντέλο για την σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας.....	44
3.1.1	Προδιαθετικό Μοντέλο (Predispositional Model)	44
3.1.2	Μοντέλο Πολυπλοκότητας (Complication Model)	45
3.1.3	Μοντέλο Κοινής Αιτίας (Common Cause Model)	45
3.1.4	Pathoplasty Model	46
3.2	Συμπεράσματα	46
3.2.1	Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Συμπεριφορά	47
3.2.2	Νευρωτισμός	48
3.2.3	Παρορμητικότητα της Διάθεσης	48
3.2.4	Επιδίωξη της Εντύπωσης – Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας	48
3.2.5	Ναρκισσισμός – Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας	49
3.2.6	Τελειομανία	49
3.3	Ερωτηματολόγιο Πολυδιάστατης Προσωπικότητας	50
3.4	Επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας όπως προσεγγίστηκαν από αυτοαξιολόγηση	51
3.5	Επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας όπως προσεγγίστηκαν από διαγνωστικές συνεντεύξεις	53
3.6	Διατομικές Μελέτες	57
3.7	Κλινικές Επιπτώσεις	58
3.8	Συμπέρασμα	64
4.	Βιβλιογραφία	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα πτυχιακή αποσκοπεί στο να διερευνήσει τη συνύπαρξη των διαταραχών προσωπικότητας με τις διατροφικές διαταραχές και να προτείνει εάν και εφόσον υπάρχουν, τους καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης .

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η προσωπικότητα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών. Εντοπίζοντας και δίνοντας μεγάλη έμφαση στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούμε να κατανοήσουμε τις διατροφικές διαταραχές, και επιπλέον οι θεραπευτές έχουν την δυνατότητα μέσα από αυτά να εντοπίσουν τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης και να διερευνήσουν την εξάρτηση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με το DSM – IV ως διαταραχή της προσωπικότητας ορίζεται ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου, είναι εκτεταμένος και άκαμπτος, αρχίζει στην εφηβεία ή στην νεαρή ενήλικη ζωή, είναι διαχρονικά σταθερός και οδηγεί σε υποκειμενική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση.³⁸ Διάφορες γενετικά επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι και οι δέκα διαταραχές που ταξινομούνται στον άξονα DSM-IV είναι μέτρια κληρονομήσιμες.³⁸ Στο DSM – IV περιλαμβάνονται δέκα διαταραχές της προσωπικότητας οι οποίες είναι :

1. Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας
2. Σχιζοειδής διαταραχή της Προσωπικότητας
3. Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας
4. Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας

5. Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας
6. Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας
7. Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας
8. Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας
9. Нарκисσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας
10. Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας

Οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν μια σειρά από σύνδρομα τα οποία καθορίζονται από σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ενδέχεται να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση, στις σχέσεις, στο οικογενειακό περιβάλλον, στην υγεία, και γενικότερα στην ζωή του ατόμου και η ανάρρωση από αυτές τις διαταραχές είναι πολύ δύσκολη.³⁹ Ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των διατροφικών διαταραχών είναι η καταθλιπτική διάθεση. Η θεραπευτική αγωγή των ατόμων με διατροφικές διαταραχές είναι εξαιρετικά μεταβλητή. Εν μέρει αυτό σχετίζεται με την έμφυτη αναποφασιστικότητα που χαρακτηρίζει τα άτομα με αυτές τις διαταραχές αλλά επίσης οφείλεται στην άνιση παροχή της ψυχιατρικής θεραπείας και στην έλλειψη γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειρίας.³⁹ Δυστυχώς τα άτομα αυτά θα αντιμετωπίσουν επιφυλακτική έως και αρνητική στάση από το οικογενειακό, κοινωνικό και κλινικό περιβάλλον γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα βασικό στοιχείο της προσωπικότητας αυτών των ατόμων να γίνει ο φόβος αποδοχής και κατανόησης από τον στενότερο και ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο.³⁹ Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή πολύ δύσκολα αναζητούν θεραπεία.

Ο Marlinsen και οι συνεργάτες του (2005), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα από τις διατροφικές διαταραχές έχουν άμεση σχέση με τις διαταραχές της προσωπικότητας.⁴⁰ Οι διατροφικές διαταραχές σε συνδυασμό με κάποια από τις διαταραχές προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από μεγάλη χρονική διάρκεια.⁴¹ Η προσωπικότητα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην διάγνωση των διατροφικών διαταραχών. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην πρόβλεψη των διατροφικών διαταραχών.⁴² Πιο συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές είναι: η υψηλή τελειομανία, η αποφυγή τραυματισμού, η αναζήτηση της επιβράβευσης, η έντονη παρορμητικότητα,

ο νευρωτισμός, η αυταρχικότητα και η μειωμένη επιθυμία για συνεργασία . Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι στενά συνδεδεμένα με τις διατροφικές διαταραχές π.χ. υψηλή τελειομανία είναι χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας και η έντονη και επίμονη παρόρμηση είναι χαρακτηριστικό των ατόμων που τρώνε ακατάσχετα.

Υπάρχουν επίσης αποδείξεις ότι χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής, της σχιζότυπης, και της δραματικής προσωπικότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.⁴³ Οι αποδείξεις αναφέρονται στις έρευνες αρκετών μελετητών οι οποίοι ασχολήθηκαν με τον εντοπισμό της αλληλεπίδρασης και της συσχέτισης μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας. Αρχικά ο Kennedy με τους συνεργάτες του (1995), αφού μελέτησε 43 ασθενείς που έπασχαν είτε από νευρική ανορεξία είτε από νευρογενή βουλιμία παρατήρησε ότι η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας εμφανιζόταν σε μεγάλο ποσοστό (51%) στα άτομα αυτά⁴⁴. Επίσης το 28% εμφάνιζε παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας και 21% ψυχαναγκαστική, ενώ διαταραχές της προσωπικότητας όπως η σχιζοειδής, η σχιζότυπη, η μεταιχμιακή, η ναρκισσιστική και η αντικοινωνική εμφανίζονταν σε ποσοστό <7%.⁴⁴ Ο Matsunaga και οι συνεργάτες του (1998), εξέτασαν 36 ασθενείς με τον περιοριστικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας οι οποίοι ακολούθησαν μόνο αυστηρή δίαιτα και φυσική δραστηριότητα, 30 άτομα με νευρική ανορεξία και νευρογενή βουλιμία και 42 άτομα με νευρογενή βουλιμία και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι από τους 108 ασθενείς το 51% εμφάνιζε τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας και το 34% εμφάνισε δύο ή περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας. Η πιο κοινή διαταραχή της προσωπικότητας ήταν η αποφευκτική (25%) και η ψυχαναγκαστική (19%) στους περιοριστικά ανορεκτικούς, η μεταιχμιακή (37%) και η αποφευκτική (27%) στους νευρικά ανορεκτικούς και βουλιμικούς και τέλος η μεταιχμιακή (19%) και η αποφευκτική (19%) στη νευρογενή βουλιμία.⁴⁵ Τέλος ο Braun και οι συνεργάτες του (1994), αφού μελέτησαν 105 άτομα με διατροφικές διαταραχές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το 69% των ασθενών εμφανίζουν τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας όπου οι πιο κοινές από αυτές ήταν: η μεταιχμιακή (17%), η αποφευκτική (14%) και η εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας (11%).⁴⁶

Γενικότερα η αποφευκτική και η εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιο συχνές στη νευρική ανορεξία ενώ η δραματική και η μεταιχμιακή είναι πιο συχνές στη νευρογενή βουλιμία. Μπορούμε να συμπεράνουμε έτσι ότι στις διατροφικές διαταραχές η προσωπικότητα έχει αποδειχθεί ότι παίζει πολύ σημαντικό

ρόλο ως παράγοντας κινδύνου, ως συντονιστής έκφρασης των συμπτωμάτων, συνεισφέρει ως παράγοντας πρόβλεψης του αποτελέσματος και συμβάλλει στην κατάλληλη επιλογή της θεραπείας.⁴³

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ : διαταραχές προσωπικότητας, διατροφικές διαταραχές, ψυχογενής ανορεξία, νευρογενής βουλιμία

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to explore the coexistence between personality disorders and eating disorders and suggest if there are better ways of dealing with them.

Introduction:

According to the DSM - IV a personality disorder is defined as a continuous type of inner lived experience and behavior that deviates significantly from the expectations of the individual's culture, is extensive and rigid, begins in adolescence or early adulthood, is stable over time and leads to subjective discomfort or functional impairment.³⁸ Several genetic epidemiological studies show that the ten disorders classified in the DSM-IV axis I is moderately heritable.³⁸ DSM - IV includes ten personality disorders which are:

1. Paranoid Personality Disorder
2. Schizoid Personality disorder
3. Schizotypal Personality Disorder
4. Dependent Personality Disorder
5. Obsessive, Compulsive Disorder of Personality
6. Antisocial Personality Disorder
7. Borderline Personality Disorder
8. Dramatic Personality Disorder
9. Narcissistic Personality Disorder
10. Avoidant Personality Disorder

Eating disorders include a range of syndromes that are determined by physical, psychological and social factors. They may cause adverse effects on employment, in relationships, in the family environment, health, and more generally in the life of the individual and the recovery from these disorders is very difficult.³⁹ A common feature of these eating disorders is depressed mood. Treatment of people with eating disorders is highly variable. Partly this is related to innate indecision that characterizes individuals with these disorders but also due to unequal provision of psychiatric treatment and the lack of knowledge, skills and experience.³⁹ Unfortunately these people will face cautious or even negative attitude of the family, society or clinical settings which will result in the fear of acceptance and understanding from the narrower and broader social environment.³⁹ Individuals suffering from an eating disorder seek for treatment very difficult.

Marlinsen and his partners (2005), concluded that the symptoms of eating disorders are directly associated with personality disorders.⁴⁰ Eating disorders in combination with any of the personality disorders are characterized by a long duration.⁴¹ The personality should be considered in the diagnosis of eating disorders. In a survey conducted personality traits played a key role in the provision of eating disorders.⁴² Personality traits directly related to eating disorders are: high perfectionism, avoidance of injury, the quest reward, intense impulsiveness, neuroticism and decreased desire for cooperation. Some of these characteristics are closely related to eating disorders such as high perfectionism is a characteristic of anorexia nervosa and intense and persistent impulse is characteristic of people who binge eat.

There is also evidence that features of borderline, schizotypal and dramatic personality contribute to the development of eating disorders.⁴³ The evidence referred to investigations of several scholars who were involved in identifying the interaction and correlation between eating disorders and personality disorders. Initially, Kennedy and his colleagues (1995), after studying 43 patients suffering from either anorexia nervosa or bulimia nervosa observed that avoidant personality disorder appeared at a large percentage (51%) in these individuals.⁴⁴ 28% of patients had paranoid personality disorder and 21% obsessive compulsive personality disorder while personality disorders such as schizoid, schizotypal, borderline, narcissistic and antisocial appeared in <7%.⁴⁴ Matsunaga and colleagues (1998) examined 36 patients with the restrictive type of anorexia nervosa who followed only strict diet and

physical activity, 30 people with anorexia nervosa and bulimia nervosa and 42 people with bulimia nervosa and concluded that of 108 patients, 51% had at least one personality disorder and 34% had two or more personality disorders. The most common personality disorders was avoidant (25%) and compulsive (19%) at restricting type of anorexia, borderline (37%) and avoidant (27%) at purging type of anorexia and bulimia and finally borderline (19%) and avoidant (19%) in anorexia nervosa.⁴⁵ Finally, Braun and colleagues (1994), after having studied 105 people with eating disorders have concluded that 69% of patients have at least one personality disorder where the most common of these were: borderline (17%), avoidant (14%) and dependent personality disorder (11%).⁴⁶

Generally avoidant and dependent personality disorder are more common in anorexia nervosa and dramatic and borderline are more common in bulimia nervosa. We can conclude that in such eating disorders personality has been shown to play an important role as a risk factor, as moderator in the expression of symptoms, contributes as predictor of the outcome and contributes to an appropriate treatment option.⁴³

Key Words: personality disorders, eating disorders, psychogenic anorexia, bulimia nervosa.

1. Διατροφικές Διαταραχές

Οι διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν μια σειρά από σύνδρομα τα οποία καθορίζονται από σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ενδέχεται να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση, στις σχέσεις, στο οικογενειακό περιβάλλον, στην υγεία και γενικότερα στην ζωή του ατόμου. Η ανάρρωση από αυτές τις διαταραχές είναι πολύ δύσκολη. Ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των διαταραχών είναι η καταθλιπτική διάθεση. Η θεραπευτική αγωγή των ατόμων με διατροφικές διαταραχές είναι εξαιρετικά μεταβλητή. Εν μέρει αυτό σχετίζεται με την έμφυτη αναποφασιστικότητα που χαρακτηρίζει τα άτομα με αυτές τις διαταραχές αλλά επίσης οφείλεται στην άνιση παροχή της ψυχιατρικής θεραπείας και στην έλλειψη γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειρίας.⁹ Δυστυχώς τα άτομα αυτά θα αντιμετωπίσουν επιφυλακτική έως και αρνητική στάση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αυτών των ατόμων να γίνει ο φόβος αποδοχής και κατανόησης από το στενότερο και ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή πολύ δύσκολα αναζητούν θεραπεία. Περίπου μία στις 250 γυναίκες και ένας στους 2000 άντρες θα εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές γενικά στην εφηβεία ή στην ενηλικίωση.⁹

1.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νευρική ανορεξία είναι ένα σύνδρομο στο οποίο το άτομο διατηρεί ένα χαμηλό βάρος ως αποτέλεσμα της ενασχόλησης με το σωματικό βάρος που ερμηνεύεται είτε ως φόβος πάχυνσης είτε ως επιδίωξη του αδυνατίσματος. Στη νευρική ανορεξία το βάρος διατηρείται 15% κάτω του αναμενόμενου και όσον αφορά

τον Δείκτη Μάζας Σώματος είναι $< 17,5 \text{ kg/m}^2$.⁴⁹ Στα άτομα με νευρική ανορεξία η απώλεια του βάρους βιώνεται σαν ένα θετικό αποτέλεσμα. Τα άτομα αυτά μπορούν να χαρακτηρισθούν από χαμηλή αυτοπεποίθηση και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Έτσι λοιπόν το άτομο θα αρνηθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης.⁹ Η ψυχογενής αυτή κατάσταση ξεκινάει συνήθως με την επιθυμία του ατόμου να αρχίσει δίαιτα και δεν προκαλεί καμία ανησυχία και μάλιστα πολλοί θα εισπράξουν αρκετές φιλοφρονήσεις για αυτόν τον λόγο.⁴⁹ Έπειτα από λίγο καιρό βέβαια η δέσμευση για τη συνέχιση της δίαιτας αυξάνεται συχνά συνοδευόμενη από δευτερεύοντα χαρακτηριστικά όπως την κοινωνική απόσυρση, την ακαμψία και την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Οι συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν : φυσικές αντίξοες συνθήκες, κοινωνική απομόνωση, συμβιβασμό, κατανόηση και υποστήριξη από τους εκπαιδευτικούς και ιδιαίτερη απασχόληση με αυτά τα άτομα στον ελεύθερο χρόνο τους. Συνήθως τα άτομα πείθονται να ζητήσουν βοήθεια από μέλη της οικογένειας, το εκπαιδευτικό ή ιατρικό προσωπικό. Ωστόσο μερικές φορές τα άτομα αρχίζουν να εκτιμούν τις βλαβερές συνέπειες της διαταραχής και ζητάνε βοήθεια από μόνα τους.⁹

Υπάρχουν δύο τύποι νευρικής ανορεξίας :

Ο περιοριστικός τύπος: Κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών το άτομο δεν έχει υποκύψει σε επεισόδιο αυτοπροκάλυσης εμετού ή χρησιμοποίηση διουρητικών και καθαρτικών. Ο περιοριστικός τύπος την νευρικής ανορεξίας σχετίζεται με αυστηρή δίαιτα και έντονη και υπερβολική άσκηση.⁴⁹

Ο υπερφαγικός – καθαρτικός τύπος: Κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών το άτομο έχει υποκύψει σε επεισόδια αυτοπροκάλυσης εμετού ή έχει χρησιμοποιήσει διουρητικά και καθαρτικά.⁴⁹

1.1.1 Διάγνωση

Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας στην τυπική της μορφή είναι σχετικά απλή σε μεγαλύτερους έφηβους και ενήλικες. Το μόνο εμπόδιο για τη διάγνωση της είναι η βούληση του ατόμου, η αποκάλυψη της συμπεριφοράς και η εκδήλωση των συμπτωμάτων του ατόμου.

Τα **Διαγνωστικά Κριτήρια** σύμφωνα με το DSM-IV είναι :

1. Άρνηση για τη διατήρηση του σωματικού βάρους σε ένα ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου
2. Έντονος φόβος αύξησης του βάρους ή πάχυνσης ακόμα και όταν κάποιος είναι ελλιποβαρής.
3. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς το βάρος και το σχήμα του σώματος του, υπερβολική επιρροή του σωματικού βάρους και σχήματος στην προσωπική του αυτοεκτίμηση ή άρνηση της σοβαρότητας της τρέχουσας κατάστασης του σωματικού του βάρους.
4. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες εμφανίζεται αμηνόρροια δηλαδή η απουσία εμμήνου ρύσεως τουλάχιστον για τρεις διαδοχικούς κύκλους. Μια γυναίκα έχει περίοδο μόνο αν ακολουθήσει ορμονική θεραπεία (π χ. οιστρογόνα).⁴⁹

Υπάρχουν τέσσερις μορφές της νευρικής ανορεξίας ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης:¹⁰

1. **Ήπια μορφή** : BMI ≥ 17 kg/m²
2. **Μέτρια μορφή** : BMI 16-16.99 kg/m²
3. **Σοβαρή μορφή** : BMI 15-15,99 kg/m²
4. **Ακραία μορφή**: BMI <15kg/ m²

1.1.2 Συμπτώματα - Συνέπειες Εμφάνισης

Τα συμπτώματα λοιπόν από τη νευρική ανορεξία είναι: η συναισθηματική διαταραχή, το άγχος και οι έντονες εναλλαγές στη διάθεση. Με τον καιρό εμφανίζονται κοινωνικές και κινητικές δυσκολίες συμπεριλαμβανομένης την αδυναμία του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του, την απώλεια της προσωπικής αυτονομίας του και την διακοπή των δραστηριοτήτων αναψυχής. Η πείνα επηρεάζει κάθε σύστημα του σώματος. Στο μυοσκελετικό σύστημα εμφανίζεται αδυναμία, απώλεια μυϊκής δύναμης και ελάττωση της οστικής πυκνότητας. Μια άλλη συνέπεια είναι η διάβρωση του σμάλτου των δοντιών που μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει στην καταστροφή ολόκληρης της οδοντοφυΐας και έτσι θα επηρεαστεί άμεσα η άνεση, η εμφάνιση και η αυτοεκτίμηση του ατόμου. Επιπρόσθετα στην νευρική ανορεξία θα μειωθεί και η

εγκεφαλική λειτουργία.⁹ Επίσης αποφεύγουν να καταναλώνουν τροφή σε δημόσιο χώρο και έχουν συχνά συναισθήματα απαισιοδοξίας.¹⁰ Επιπλέον η λευκοπενία είναι συχνή ασθένεια στα ανορεκτικά άτομα που χαρακτηρίζεται από απώλεια κάποιου τύπου κυττάρων και συνήθως συνοδεύεται από την εμφάνιση της λεμφοκυττάρωσης. Ήπια αναιμία μπορεί να προκύψει, καθώς και θρομβοκυτταροπενία και πιο σπάνια προβλήματα αιμορραγίας. Επιπλέον μπορεί να παρατηρηθούν: αφυδάτωση, υπερχοληστεριναιμία, υπομαγνησιαιμία, ελάττωση ψευδαργύρου, υποφωσφαταιμία, αύξηση της αμυλάσης. Η αυτό-προκάλεση εμετού μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση, υποχλωριαιμία και υποκαλιαιμία. Οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων και οι άντρες χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης. Η κολπική βραδυκαρδία είναι κοινή και συχνά παρατηρούνται και αρρυθμίες. Η οστική πυκνότητα είναι ιδιαίτερα μειωμένη με την οστεοπενία και την οστεοπόρωση να παρατηρούνται συχνά και ο κίνδυνος για κατάγματα να είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Η διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών είναι συχνό φαινόμενο στα ανορεκτικά άτομα. Επιπλέον η αμνηνοροία παρατηρείται συχνά η οποία συνοδεύεται από λίθαργο, κοιλιακό πόνο, έλλειψη ανεκτικότητας στο κρύο και έλλειψη ενέργειας. Τέλος τα ανορεκτικά άτομα έχουν υψηλές αυτοκτονικές τάσεις.¹⁰

1.1.3 Αιτιολογία

Αρχικά η νευρική ανορεξία είναι πιο συχνή σε κυκλοθυμικούς χαρακτήρες.⁹ Τα άτομα που αναπτύσσουν αγχώδεις διαταραχές ή επιδεικνύουν επιθετικά χαρακτηριστικά στην εφηβεία είναι σε μεγάλο κίνδυνο για εμφάνιση νευρικής ανορεξίας. Επιπλέον η νευρική ανορεξία οφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Η αντίληψη του να είσαι λεπτός έχει μεγάλη αξία σύμφωνα με την ιστορική και διαπολιτισμική μεταβλητότητα.⁴⁹ Η ενασχόληση και οι δραστηριότητες που ενθαρρύνουν την λεπτότητα όπως το μόντελινγκ και οι αθλητές υψηλής κλάσεως είναι επίσης παράγοντες αυξημένου κινδύνου εμφάνισης νευρικής ανορεξίας. Τέλος η νευρική ανορεξία οφείλεται σε φυσιολογικούς και γενετικούς παράγοντες. Με άλλα λόγια υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση νευρικής ανορεξίας ανάμεσα σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με αυτήν τη διαταραχή. Οι πιθανότητες εμφάνισης νευρικής ανορεξίας στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι πιο αυξημένες από τα διζυγωτικά δίδυμα. Τέλος η διπολική και η καταθλιπτική

διαταραχή αποτελεί αίτιο εμφάνισης νευρικής ανορεξίας και συγκεκριμένα του υπερφαγικού – καθαρκτικού τύπου.⁴⁹

1.1.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας θα μπορούσε να περιλαμβάνει μια συνέντευξη κινητοποίησης και συναισθηματικής υποστήριξης που θα μπορέσει να βοηθήσει το άτομο να αποκαλύψει τους φόβους του, να ακολουθήσει και να υιοθετήσει μια σωστή διαιτητική συμπεριφορά και να εξαλείψει οποιαδήποτε προσπάθεια για απώλεια βάρους.⁴⁹

1.2 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και επαναλαμβανόμενες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (εμετός, αναγωγή τροφής) ώστε να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους. Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από απώλεια του έλεγχου κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης της τροφής. Η αυτοπροκάλεση εμετού, η έντονη άσκηση, η χρησιμοποίηση καθαρκτικών, διουρητικών, θυροξίνης, αμφεταμίνης ή χρησιμοποίηση κάποιας άλλης φαρμακευτικής αγωγής είναι δυνατόν να παρατηρηθεί. Όπως και στην ανορεξία η αυτοεκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα ή το βάρος του σώματος. Τα άτομα με νευρογενή βουλιμία τείνουν να μην αποκαλύπτουν την συμπεριφορά τους και να μην αναζητούν θεραπεία εύκολα. Η ψυχογενής αυτή κατάσταση παρατηρείται συνήθως σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι η νευρική ανορεξία. Η υπερβολική κατανάλωση φαγητού χαρακτηρίζεται από έντονα αισθήματα ενοχής και ντροπής.⁴⁹ Η αναποφασιστικότητα ενός ατόμου για την έναρξη λήψης θεραπείας πηγάζει από τον φόβο ότι θα πρέπει να σταματήσει την αναγωγή της τροφής και την καθαρκτική συμπεριφορά και στην συνέχεια να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της υπερβολικής αύξησης του σωματικού βάρους.⁹ Η νευρογενής βουλιμία μερικές φορές προκύπτει από την προϋπάρχουσα ανορεκτική ασθένεια. Στη νευρογενή βουλιμία ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής δεν μπορεί

να διατηρηθεί και συνήθως διακόπτεται από επεισόδια υπερφαγίας τα οποία προκύπτουν από ένα συνδυασμό φυσιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων. Έπειτα από τέτοιες συμπεριφορές το άτομο καλείται να αντισταθμίσει τις συνέπειες από τα επεισόδια της λαιμαργίας. Τα βουλιμικά επεισόδια είναι συνήθως προγραμματισμένα με αγορασμένα τρόφιμα που έχουν σκοπό να καταναλωθούν άμεσα χωρίς διακοπή.⁴⁹ Η διαταραχή της διάθεσης είναι πολύ κοινό χαρακτηριστικό της νευρογενούς βουλιμίας όπως το άγχος και η ένταση που συχνά βιώνει το άτομο όπως επίσης η αυτοαπέχθεια . Αυτά τα άτομα παρόλη την υπερκατανάλωση της τροφής διατηρούν το σωματικό τους βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα αφού προκαλούν την αναγωγή της τροφής.⁹

Υπάρχουν δύο τύποι νευρογενούς βουλιμίας:

Ο καθαρκτικός τύπος: Κατά την διάρκεια του πρόσφατου επεισοδίου της νευρογενούς βουλιμίας ο ασθενής έχει εμπλακεί αναγκαστικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή χρησιμοποίηση καθαρκτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.¹⁰

Ο μη καθαρκτικός τύπος: Κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της νευρογενούς βουλιμίας ο ασθενής χρησιμοποιεί άλλες ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές χωρίς απαραίτητα να έχει εμπλακεί σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή χρησιμοποίηση διουρητικών, καθαρκτικών ή υποκλυσμών.⁴⁹

1.2.1 Διάγνωση

Παρά το γεγονός ότι τα άτομα με νευρογενή βουλιμία έχουν γενικά λιγότερο σοβαρές σωματικές επιπλοκές από ότι τα άτομα με νευρική ανορεξία συνήθως αναφέρουν περισσότερες σωματικές ενοχλήσεις.⁹ Γυμνάζονται συνεχώς προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού τους βάρους, η αυτοαξιολόγηση τους βασίζεται σε έναν πολύ μεγάλο βαθμό στο σχήμα του σώματος τους ή στο βάρος τους. Περιορίζουν την θερμιδική τους πρόσληψη και προτιμούν να καταναλώνουν τρόφιμα χαμηλών θερμίδων και αποφεύγουν τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας που θα αυξήσουν το σωματικό τους βάρος.⁴⁹

Τα **διαγνωστικά κριτήρια** της νευρογενούς βουλιμίας σύμφωνα με το DSM –V είναι και χαρακτηρίζονται από :

A) Πρόσφατα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

- Το να φάει κάποιος σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο(π.χ. διάστημα 2 ωρών) μία ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από την ποσότητα που θα μπορούσε να φάει κάποιος άλλος άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
- Την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου κατά την διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. η αίσθηση ότι το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει να καταναλώνει φαγητό ή να ελέγξει το τι ή την ποσότητα που τρώει).

B) Επαναλαμβανόμενη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτρέψει την αύξηση του βάρους του για παράδειγμα αυτοπροκάλεση εμετών, η χρησιμοποίηση καθαρκτικών, η χρήση διουρητικών, κλυσμάτων, φαρμάκων ή έντονη άσκηση.

Γ) Τα επεισόδια υπερφαγίας ή η επαναλαμβανόμενη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζεται τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα για μια χρονική περίοδο 3 μηνών.

Δ) Η αυτοεκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και βάρος του σώματος.

Ε) Η διαταραχή αυτή δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της ψυχογενούς ανορεξίας.⁴⁹

Υπάρχουν τέσσερις μορφές νευρογενούς βουλιμίας ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης:

- 1) **Ήπια μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 1-3 επεισόδια μη φυσιολογικής αντισταθμιστικής συμπεριφοράς.
- 2) **Μέτρια μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 4-7 επεισόδια μη φυσιολογικής αντισταθμιστικής συμπεριφοράς.
- 3) **Σοβαρή μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 8-13 επεισόδια μη φυσιολογικής αντισταθμιστικής συμπεριφοράς.
- 4) **Ακραία μορφή:** Κατά την διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 14 ή περισσότερα επεισόδια μη φυσιολογικής αντισταθμιστικής συμπεριφοράς.⁴⁹

1.2.2 Συμπτώματα

Τα άτομα αυτά παραπονιούνται για κούραση, λήθαργο, αισθήματα φουσκώματος και πρηξίματος και υποφέρουν επίσης από δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος και ορισμένες φορές από πρήξιμο χεριών ή ποδιών ή και ακανόνιστη έμμηνο ρύση. Το οίδημα είναι κοινό σύμπτωμα σε αυτούς που έχουν χρησιμοποιήσει καθαρτικά ή διουρητικά και έτσι μπορεί να προκύψει απώλεια υγρών, αφυδάτωση, και κατά συνέπεια μεταβολική αλκάλωση. Αυτό γενικά συνοδεύεται από υποχλωραιμία και υποκαλσιαιμία. Γενικότερα το 10% των ατόμων με νευρογενή βουλιμία έχουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Επιπλέον ασθενείς που κάνουν κατάχρηση καθαρτικών μπορεί να εμφανίσουν μεταβολική οξέωση ως αποτέλεσμα της έκκρισης διττανθρακικού υγρού από το έντερο. Όσον αφορά τώρα το γαστρεντερικό σύστημα μπορεί να προκύψει οισοφαγίτιδα και γαστρική διάταση η οποία ενέχει τον κίνδυνο γαστρικής ρήξης και θανάτου που είναι σπάνια αλλά μπορεί να είναι η πιο κοινή αιτία θνησιμότητας.⁴⁹

1.2.3 Αιτιολογία

Η νευρογενής βουλιμία οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως ανησυχία για το σωματικό βάρος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, συμπτώματα κατάθλιψης, κοινωνικός φόβος και η υπερβολική ανησυχία στην παιδική ηλικία. Επιπλέον η φαντασίωση ενός ιδανικού αδύνατου σώματος έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τις ανησυχίες του ατόμου και κατά αυτόν τον τρόπο συμβάλλει στην ανάπτυξη νευρογενούς βουλιμίας. Τα άτομα που έχουν βιώσει στην παιδική τους ηλικία σεξουαλική ή φυσική κακοποίηση είναι επίσης σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νευρογενούς βουλιμίας. Επιπρόσθετα οφείλεται σε γενετικούς και φυσιολογικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας ή η πρόωρη ωρίμανση μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη νευρογενούς βουλιμίας. Ένα άλλο αίτιο μπορεί να θεωρηθεί η οικογενειακή κληρονομικότητα και επίσης οι γενετικές αδυναμίες. Τέλος διάφοροι ψυχιατρικοί παράγοντες μπορούν να συνεισφέρουν στην εμφάνιση νευρογενούς βουλιμίας.⁴⁹

1.3 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑ

Στη διατροφική αυτή διαταραχή τα άτομα παρουσιάζουν ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας αλλά δεν χρησιμοποιούν μη φυσιολογικές αντισταθμιστικές συμπεριφορές.

1.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια

Τα διαγνωστικά κριτήρια της επεισοδιακής υπερφαγίας σύμφωνα με το DSM –V είναι και χαρακτηρίζονται από :

A). Ένα επεισόδιο ανεξέλεγκτης υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

1. Το να φάει κάποιος σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο μία ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από την ποσότητα που θα μπορούσε να φάει κάποιος άλλος άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
2. Μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου π.χ. το αίσθημα ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τις ποσότητες που τρώει.¹⁰

B) Αυτά τα επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. Η κατανάλωση του φαγητού γίνεται πολύ πιο γρήγορα από ότι γίνεται κανονικά.
2. Καταναλώνουν το φαγητό τους μέχρι να φτάσουν στον υπερπλήρη κορεσμό.
3. Καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού όταν δεν πεινάνε .
4. Τρώνε μόνοι τους επειδή ντρέπονται για την ποσότητα φαγητού που καταναλώνουν.
5. Αίσθημα αηδίας ή ακραίας ενοχής μετά το επεισόδιο υπερφαγίας.

Γ) Αξιοσημείωτη στενοχώρια σχετικά με το γεγονός ότι πραγματοποίησαν ένα επεισόδιο υπερφαγίας.

Δ) Τα επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

Ε) Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν σχετίζονται με την πρόσφατη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά όπως στην νευρογενή βουλιμία και δεν πραγματοποιούνται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της νευρογενούς βουλιμίας ή της νευρικής ανορεξίας.¹⁰

Υπάρχουν τέσσερις μορφές ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης:

- 1) **Ήπια μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 1-3 επεισόδια υπερφαγίας.
- 2) **Μέτρια μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 4-7 επεισόδια υπερφαγίας.
- 3) **Σοβαρή μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 8-13 επεισόδια υπερφαγίας.
- 4) **Ακραία μορφή:** Κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας το άτομο εμφανίζει 14 ή περισσότερα επεισόδια υπερφαγίας.¹⁰

1.3.2 Αιτιολογία

Τα επεισόδια υπερφαγίας δείχνουν να οφείλονται σε οικογενειακούς παράγοντες που πιθανόν αντανακλούν εθιστικές διατροφικές συνήθειες.¹⁰

1.4 ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι διαταραχές στις οποίες τα διαγνωστικά κριτήρια δεν είναι ακριβώς τα ίδια με της νευρογενούς βουλιμίας ή της ψυχογενούς ανορεξίας ονομάζονται άτυπες διατροφικές διαταραχές. Σε αυτές τις διαταραχές το άτομο πρέπει να είναι πλήρως συγκεντρωμένο στη διατήρηση του έλεγχου κατά τη διάρκεια κατανάλωσης των τροφών.⁹

Πολλοί άνθρωποι με άτυπες διατροφικές διαταραχές έχουν παρουσιάσει ψυχική ανορεξία ή νευρογενή βουλιμία στο παρελθόν. Πολλά από τα άτομα με άτυπες διατροφικές διαταραχές είναι παχύσαρκα. Η εμμονή με το βάρος και το σχήμα του σώματος είναι λιγότερο έντονη από ότι είναι στην νευρογενή βουλιμία. Όπως και με τις άλλες διατροφικές διαταραχές η διάγνωση γίνεται με βάση το ιστορικό και τις φυσικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται.⁹

1.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια:

Η διάγνωση περιλαμβάνει διατροφικές διαταραχές στις οποίες δεν συμπίπτουν τα κριτήρια των δύο παραπάνω διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με το DSM-V και είναι:¹⁰

1. Για τις ασθενείς που είναι γυναίκες ταυτοποιούνται όλα τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας εκτός από το ότι οι ασθενείς έχουν τακτική έμμηνο ρύση.
2. Εκπληρώνονται όλα τα κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας εκτός από το γεγονός ότι παρόλη τη σημαντική απώλεια βάρους το τωρινό βάρος του ασθενή είναι σε φυσιολογικά πλαίσια.
3. Εκπληρώνουν όλα τα κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας εκτός από το γεγονός ότι τα επεισόδια υπερφαγίας και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζεται λιγότερο από 2 φορές σε διάστημα 3 μηνών.
4. Ο ασθενής έχει φυσιολογικό σωματικό βάρος και χρησιμοποιεί συχνά μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά, αφού καταναλώσει μικρή ποσότητα φαγητού π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί μετά την κατανάλωση ενός μπισκότου.
5. Ο ασθενής υποκύπτει στην επαναλαμβανόμενη αναγωγή της τροφής, χωρίς να έχει καταναλώσει μεγάλες ποσότητες φαγητού.

1.4.2 Αιτιολογία

Η αιτιολογία των άτυπων διατροφικών διαταραχών οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Κανένας μεμονωμένος αιτιολογικός παράγοντας δεν μπορεί να

ευθύνεται για την ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής σε ένα άτομο. Αν ένα άτομο αναπτύξει μια διαταραχή θα εξαρτηθεί από την προσωπική του ευαισθησία, την παρουσία βιολογικών ή άλλων προδιαθετικών παραγόντων.⁴⁹

1.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι χρόνιες, υποτροπιάζουσες με σημαντικές ψυχιατρικές συνοσηρότητες όπως κατάθλιψη, αλκοολισμός, φοβίες, διαταραχή μετατραυματικού στρες και φυσικές επιπλοκές όπως γαστρεντερικές διαταραχές, απουσία εμμήνου ρύσης, διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών.⁹ Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε η νευρική ανορεξία είχε το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική πάθηση.⁹ Καταλαβαίνουμε έτσι ότι η εύρεση τρόπων και θεραπειών αντιμετώπισης είναι επιτακτική ανάγκη.⁹ Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελείται από ανάπαυση στο κρεβάτι συχνά σε ένα δωμάτιο μιας παθολογικής κλινικής. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής δεν αποτελεί την πρώτη επιλογή για τις διατροφικές διαταραχές αλλά έχει βοηθήσει για την αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων συνοσηρότητας. Στη νευρική ανορεξία η φαρμακευτική αγωγή δεν είχε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την αύξηση του σωματικού βάρους ή τη μείωση των εναλλαγών της διάθεσης. Όσον αφορά τη νευρογενή βουλιμία η πιο διαδεδομένη μέθοδος αντιμετώπισης παραμένει η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Στη νευρογενή βουλιμία και στην επεισοδιακή υπερφαγία παρόλο που τα φάρμακα δεν ήταν η πρώτη επιλογή υπάρχουν μερικές αποδείξεις ότι τα αντικαταθλιπτικά συγκεκριμένα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης συμβάλλουν στην ελάττωση των επεισοδίων υπερφαγίας.⁴⁹ Τα υπνωτικά παίζουν σημαντικό ρόλο στον υποθάλαμο ρυθμίζοντας την πείνα και τον κορεσμό.⁹ Για να επιλέξουμε την πιο αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για κάποιον με διατροφική διαταραχή θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας μια σειρά από παράγοντες όπως : φυσικούς και ψυχολογικούς κινδύνους, τα κίνητρα, την κοινωνική υποστήριξη και την ηλικία. Συγκεκριμένα στη νευρική ανορεξία η θεραπεία συχνά απαιτεί συντονισμένη, οργανωμένη φυσική και ψυχολογική παρέμβαση. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις θεωρούνται ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των βασικών αντιλήψεων που βρίσκονται πίσω από αυτές τις διαταραχές και επηρεάζουν την μακροπρόθεσμη έκβαση της νόσου . Η ψυχολογική θεραπεία που θα επιλεγεί πρέπει να εξαρτάται από την προτίμηση του ασθενή, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και το

στάδιο ανάπτυξης του ασθενή. Μερικοί ασθενείς ως τρόπο θεραπείας θα επιλέγανε την τέχνη, το θέατρο ή και τη μουσική. Οι νεότεροι ασθενείς θα αναζητήσουν βοήθεια από τους γονείς τους. Σε γενικές γραμμές τα άτομα με νευρογενή βουλιμία και επεισόδια υπερφαγίας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μια βάση εξωτερικών ασθενών είτε στην πρωτοβάθμια υγεία είτε σε δευτερεύουσες υπηρεσίες. Οι ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στη δευτεροβάθμια περίθαλψη.⁹

2. Διαταραχές Προσωπικότητας

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το DSM – IV ως διαταραχή της προσωπικότητας ορίζεται ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες του ατόμου, είναι εκτεταμένος και άκαμπτος, αρχίζει στην εφηβεία ή στη νεαρή ενήλικη ζωή, είναι διαχρονικά σταθερός και οδηγεί σε υποκειμενική ενόχληση ή λειτουργική έκπτωση.¹ Διάφορες γενετικά επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι και οι δέκα διαταραχές που ταξινομούνται στον άξονα DSM-IV είναι μέτρια κληρονομήσιμες.¹ Στο DSM – IV περιλαμβάνονται δέκα διαταραχές της προσωπικότητας που επηρεάζουν το 10-15% του γενικού πληθυσμού .

1. Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 0,5-2,5%
2. Σχιζοειδής διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 3,1-4,5%.
3. Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 3%
4. Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας
5. Ψυχαναγκαστική, Καταναγκαστική, Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 1%.
6. Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 3% για τους άντρες και 1% για τις γυναίκες

7. Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 2%.
8. Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 2-3%.
9. Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης <1%.
10. Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας με ποσοστό εμφάνισης 0,5-1%.

Οι διαταραχές της προσωπικότητας ομαδοποιούνται σε 3 κατηγορίες ανάλογα με τις ομοιότητες τους. Η **A κατηγορία** περιλαμβάνει την παρανοειδή, τη σχιζοειδή και τη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας. Τα άτομα σε αυτήν την ομάδα διαταραχών είναι συνήθως ιδιόρρυθμα ή εκκεντρικά και αναζητούν πολύ δύσκολα επιβράβευση. Η **B κατηγορία** περιλαμβάνει την αντικοινωνική, τη μεταιχμιακή, τη δραματική και τη ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας. Τα άτομα σε αυτήν την ομάδα διαταραχών είναι συνήθως συναισθηματικά, ασυνεπή και δραματικά αναζητούν καινοτόμες αλλαγές. Η **Γ κατηγορία** περιλαμβάνει την αποφευκτική, την εξαρτώμενη και τη ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας. Τα άτομα σε αυτήν την ομάδα διαταραχών είναι συνήθως ανήσυχα ή φοβισμένα για να μην πάθουν κάτι. Τα άτομα συχνά παρουσιάζουν συνυπάρχουσες διαταραχές της προσωπικότητας από διάφορες κατηγορίες. Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση κάθε κατηγορίας είναι 5,7 % στην A κατηγορία, 1,5% για διαταραχές του συμπλέγματος B, 6% για διαταραχές στην κατηγορία Γ και 9,1% στην συχνή συνύπαρξη διαταραχών από διάφορες κατηγορίες.⁴⁸

Γενικά διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή της προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-V είναι :

A. Ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς:

- Γνώση (δηλαδή τρόπος αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων)
- Τρυφερότητα (δηλαδή η ένταση, η μεταβλητότητα και η καταλληλότητα της συναισθηματικής απάντησης)

- Διαπροσωπική Λειτουργικότητα
- Έλεγχος των Παρορμήσεων

Β. Ο διαρκής τύπος είναι άκαμπτος και διαχέεται σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.

Γ. Ο διαρκής τύπος οδηγεί σε κλινικά σημαντική δυσφορία ή μείωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς όπως στον κοινωνικό και στον επαγγελματικό.

Δ. Ο διαρκής τύπος είναι σταθερός και μακράς διάρκειας και η έναρξη του μπορεί να αναχθεί στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή .

Ε. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν είναι εκδήλωση ή συνέπεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

ΣΤ. Ο διαρκής τύπος δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιπτώσεις της δράσης μίας ουσίας (π.χ. η κατάχρηση ενός ναρκωτικού ή κάποιου φαρμάκου) ή κάποιας άλλης ιατρικής κατάστασης (π.χ. κρανιοεγκεφαλική κάκωση).⁴¹

2.2 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

Α. Μια διάχυτη δυσπιστία και καχυποψία του ατόμου για τους άλλους, τέτοια ώστε τα κίνητρα τους να ερμηνεύονται ως κακόβουλα, που ξεκινά από την πρώιμη ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε διάφορα γεγονότα και χαρακτηρίζεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω :

1. Το άτομο χωρίς επαρκή δεδομένα υποπτεύεται ότι οι άλλοι το εκμεταλλεύονται, το βλάπτουν ή το εξαπατούν
2. Είναι προκατειλημμένο με αδικαιολόγητες αμφιβολίες για την πίστη ή την αξιοπιστία φίλων ή συνεργατών.
3. Είναι απρόθυμος να εμπιστευθεί τους άλλους, λόγω του αδικαιολόγητου φόβου του ότι οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν κακόβουλα εναντίον του.

4. Διαβάζει κρυμμένα εξευτελιστικά ή απειλητικά μηνύματα σε καλοήθεις παρατηρήσεις ή γεγονότα.
5. Κρατά επίμονα κακία δηλαδή δεν συγχωρεί προσβολές, τραυματισμούς ή υποτιμήσεις.
6. Αντιλαμβάνεται επιθέσεις κατά του χαρακτήρα ή της φήμης του που δεν είναι εμφανείς στους άλλους και αντιδρά με θυμό ή αντεπιτίθεται.
7. Έχει επανειλημμένες υποψίες, χωρίς λόγο, σχετικά με την πίστη του (της) συζύγου ή του σεξουαλικού συντρόφου.

B. Δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής ή μίας καταθλιπτικής διαταραχής με ψυχωτικά χαρακτηριστικά ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας άλλης ιατρικής πάθησης.⁴⁸

Αιτιολογία

Υπάρχουν αποδείξεις για αυξημένη συσχέτιση της παρανοειδούς διαταραχής της προσωπικότητας με την σχιζοφρένεια και πιο συγκεκριμένα με την παραισθητική διαταραχή διωκτικού τύπου. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες ενοχοποιούν την προβολή των αρνητικών εσωτερικών συναισθημάτων και των γονεϊκών προτύπων.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Το άτομο νοιώθει ότι οι άλλοι προσπαθούν να τον εξαπατήσουν ή να τον εκμεταλλευτούν.
- Οι φίλοι και οι συνεργάτες του είναι αναξιόπιστοι.
- Θεωρεί ότι οι πληροφορίες και οι συμβουλές που θα του παρέχουν άλλοι θα είναι κακόβουλες.
- Θεωρεί ότι υπάρχουν κακοπροαίρετα πράγματα σε γεγονότα που είναι αβλαβή.
- Πιστεύει ότι δέχεται επιθέσεις στον χαρακτήρα ή στην φήμη του χωρίς να υπάρχουν αποδείξεις για αυτό.
- Θεωρεί ότι ο/η σύζυγος ή ερωτικός σύντροφος είναι άπιστος.⁴⁸

2.3 ΣΧΙΖΟΕΙΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

A. Ένας εκτεταμένος τύπος αποστασιοποίησης του ατόμου από κοινωνικές σχέσεις και περιορισμένη εκδήλωση συναισθημάτων σε διαπροσωπικό επίπεδο που αρχίζουν στην πρώιμη ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μία ποικιλία καταστάσεων, και χαρακτηρίζεται από τέσσερα (ή περισσότερα από τα παρακάτω):

1. Το άτομο ούτε επιθυμεί, ούτε απολαμβάνει τις στενές σχέσεις συμπεριλαμβανομένου του να είναι μέρος της οικογένειας.
2. Σχεδόν πάντα επιλέγει μοναχικές δραστηριότητες.
3. Ενδιαφέρεται ελάχιστα, αν όχι καθόλου για σεξουαλικές εμπειρίες με κάποιο άλλο άτομο.
4. Απολαμβάνει ελάχιστες έως και καμία δραστηριότητες.
5. Στερείται στενούς ή έμπιστους φίλους εκτός από συγγενείς πρώτου βαθμού.
6. Αδιαφορεί στον έπαινο ή στην κριτική των άλλων.
7. Είναι απόμακρος και δείχνει συναισθηματική ψυχρότητα.⁴⁸

Αιτιολογία

Η κληρονομικότητα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία αυτής της διαταραχής.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Το άτομο δεν έχει διάθεση για κλειστές σχέσεις και επιλέγει συνήθως μοναχικές δραστηριότητες.
- Η ζωή του χαρακτηρίζεται από λίγη ή ελάχιστη ευχαρίστηση στις ενασχολήσεις του ή στην σεξουαλική ζωή του.
- Το άτομο είναι απόμακρο από τους άλλους.¹⁰

2.4 ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

A. Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικών και διαπροσωπικών ανεπαρκειών που χαρακτηρίζεται από έντονη δυσφορία και ελαττωμένη ικανότητα για στενές σχέσεις όπως επίσης και από γνωστικές ή αντιληπτικές διαταραχές και εκκεντρικότητες της συμπεριφοράς, ο οποίος αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων και χαρακτηρίζεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Ιδέες συσχέτισης.
2. Παράδοξες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και είναι ασύμβατες με τις πολιτισμικές σταθερές (π.χ. μαντική ικανότητα, τηλεπάθεια).
3. Ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες συμπεριλαμβανομένων και σωματικών παραισθήσεων.
4. Παράδοξος τρόπος σκέψης και παράδοξος λόγος (π.χ. ασαφής, περιστασιακός).
5. Καχυποψία ή παρανοειδής ιδεασμός.
6. Απρόσφορο συναίσθημα.
7. Συμπεριφορά ή εμφάνιση που είναι παράξενη, εκκεντρική ή περίεργη.
8. Έλλειψη στενών ή έμπιστων φίλων εκτός από συγγενείς πρώτου βαθμού.
9. Υπερβολικό κοινωνικό άγχος που δεν ελαττώνεται με την οικειότητα και τείνει να συνδέεται περισσότερο με παρανοειδείς φόβους παρά με αρνητική εκτίμηση για τον εαυτό του.

B. Δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά την διάρκεια της πορείας της σχιζοφρένειας, μιας διπολικής διαταραχής ή μιας καταθλιπτικής διαταραχής με ψυχωτικά χαρακτηριστικά.⁴⁸

Αιτιολογία

Η σχιζοτυπη διαταραχής της προσωπικότητας είναι γενετικά συνδεδεμένη με την σχιζοφρένεια.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Εκκεντρικές ιδέες ή μαγικός τρόπος σκέψης
- Ασαφής, λεπτομερής ή στερεοτυπικός διάλογος
- Υπερβολική κοινωνική ανησυχία που δεν μειώνεται ακόμα και αν τα άτομα είναι οικεία .
- Ιδιόμορφες αντιλήψεις ή σωματικές παραισθήσεις.
- Τα άτομα πιστεύουν ότι τα δημόσια μηνύματα απευθύνονται άμεσα σε αυτούς.⁴⁸

2.5 ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

A. Υπάρχει ένας εκτεταμένος τύπος περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων από την ηλικία των 15 ετών, και χαρακτηρίζεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Αδυναμία του ατόμου να συμμορφωθεί με τα κοινωνικά πρότυπα που σχετίζονται με νομότυπη συμπεριφορά όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης.
2. Εξαπάτηση με επανειλημμένα ψέματα, χρήση πλαστών ονομάτων ή εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση.
3. Παρορμητικότητα ή αδυναμία να κάνει σχέδια εκ των προτέρων.
4. Ευερεθιστικότητα και επιθετικότητα με επανειλημμένους καβγάδες ή βιαιοπραγίες.
5. Αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού του ή των άλλων.
6. Σταθερή ασυνέπεια όπως φαίνεται από επανειλημμένη αδυναμία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις.
7. Έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλον.

B. Το άτομο είναι τουλάχιστον 18 ετών.

Γ. Υπάρχει απόδειξη για επίδειξη κακής διαγωγής με έναρξη πριν την ηλικία των 15 ετών.

Δ. Η αντικοινωνική συμπεριφορά δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της σχιζοφρένειας ή ενός μανιακού επεισοδίου.

Αιτιολογία

Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιο κοινή ανάμεσα στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με τη διαταραχή από ότι στο γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος για τις γυναίκες που ανήκουν στους βιολογικούς συγγενείς φαίνεται να είναι μεγαλύτερος από τους άντρες που ανήκουν στους βιολογικούς συγγενείς. Οι βιολογικοί συγγενείς των ατόμων με αυτήν τη διαταραχή είναι σε αυξημένο κίνδυνο για σωματοποιητική διαταραχή και για διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών . Σε μία οικογένεια στην οποία το ένα μέλος της εμφανίζει αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας οι άντρες έχουν την τάση να εμφανίζουν διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες ενώ οι γυναίκες έχουν την τάση να εμφανίζουν σωματοποιητική διαταραχή. Παρόλο αυτά σε τέτοιες οικογένειες υπάρχει αύξηση του επιπολασμού όλων αυτών των διαταραχών και στους άντρες και στις γυναίκες. Γενικά έρευνες δείχνουν ότι τόσο περιβαλλοντικοί όσο και γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής. Τα βιολογικά και τα υιοθετημένα παιδιά μιας οικογένειας που οι γονείς εμφανίζουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, σωματοποιητικής διαταραχής και διαταραχής σχετιζόμενη με ουσίες.¹⁰

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Επαλειμμένες παραβιάσεις του νόμου
- Εκτεταμένα ψέματα και εξαπάτηση
- Φυσική επιθετικότητα
- Απερίσκεπτη αδιαφορία για την προσωπική του ασφάλεια ή των άλλων.

- Συνεχόμενη ανευθυνότητα στην εργασία του και στο οικογενειακό περιβάλλον.
- Έλλειψη τύψεων.⁴⁸

2.6 ΜΕΤΑΙΧΜΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Διαγνωστικά Κριτήρια

Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της αυτοεικόνας και των συναισθημάτων και έντονης παρορμητικότητας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων. Χαρακτηρίζεται από πέντε (ή περισσότερα από τα παρακάτω) :

1. Ξέφρενες προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη (Σημείωση: Σε αυτό το κριτήριο δεν συμπεριλαμβάνεται η αυτοκτονική συμπεριφορά ή οι απόπειρες αυτοτραυματισμού που ανήκουν στο πέμπτο κριτήριο).
2. Ένας τύπος ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγές μεταξύ των ακραίων περιπτώσεων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης.
3. Διατάραξη της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αυτοεκτίμηση.
4. Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί (π.χ. ξόδεμα χρημάτων, σεξ, χρήση τοξικών ουσιών, οδήγηση).
5. Επανελημμένη αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά.
6. Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έντονη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονη επεισοδιακή υπερφαγία, δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος διούρησης λίγων ωρών).
7. Χρόνια αισθήματα κενού.

8. Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία έλεγχου του θυμού (π.χ. συνεχής θυμός, επανειλημμένα το άτομο έρχεται στα χέρια).
9. Παροδικός, σχετιζόμενος με στρες παρανοϊκός ιδεασμός ή σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα.¹⁰

Αιτιολογία

Η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι περίπου 5 φορές πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διαταραχή από ότι στον γενικό πληθυσμό. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, για αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και για καταθλιπτικές ή διπολικές διαταραχές. Η πιθανή κακοποίηση ενός ατόμου στην νεαρή ηλικία του μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Επιπλέον μια άλλη πιθανή αιτία εμφάνισης είναι ότι λόγω διαταραχών στην σχέση μητέρας-παιδιού είτε από ευθραυστότητα της μητέρας είτε από εγγενή δυσκολία του παιδιού να αντέξει το παιδί παραμένει ευάλωτο στον αποχωρισμό και δεν αναπτύσσει καλά συντεθειμένο εαυτό. Μερικοί μελετητές υποστήριξαν ότι η αιτιολογία της μεταιχμιακής διαταραχής προέρχεται από την οικογενειακή κατάσταση. Από αυτήν την άποψη σημαντικά αιτιολογικά στοιχεία είναι λανθασμένη τοποθέτηση ορίων και περιορισμών στα παιδιά, απρόβλεπτη και ανάρμοστη συμπεριφορά μεταξύ των μελών της οικογένειας και έλλειψη μιας σωστής ιεραρχικής οργάνωσης. Επιπλέον πιθανές αιτίες θεωρούνται ψυχολογικά τραύματα, αμέλεια και παραμέληση, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, απώλεια κάποιου γονιού ή αποχωρισμός από τους γονείς ή ασταθής και ασυνεπής γονεϊκή φροντίδα.¹⁰

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις.
- Αισθητή και έντονα ασταθής εικόνα του εαυτού.
- Συναισθηματική αστάθεια.
- Προσωρινή παράνοια.

2.7 ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

Ένας εκτεταμένος τύπος υπερβολικής συναισθηματικότητας και επιζήτησης της προσοχής, που αρχίζει νωρίς στην νεαρή ή στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μία ποικιλία καταστάσεων και χαρακτηρίζεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω :

1. Το άτομο δεν νοιώθει άνετα σε καταστάσεις όπου δεν είναι το κέντρο της προσοχής.
2. Η διαντίδραση με τους άλλους χαρακτηρίζεται συχνά από απρόσφορη σεξουαλικά σαγηνευτική ή προκλητική συμπεριφορά.
3. Επιδεικνύει ταχέως μεταβαλλόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων.
4. Συστηματικά χρησιμοποιεί την εξωτερική εμφάνιση για να προσελκύσει την προσοχή στον εαυτό του.
5. Έχει έναν τρόπο ομιλίας που είναι υπερβολικά ιμπρεσιονιστικός και στερούμενος λεπτομερειών.
6. Επηρεάζεται εύκολα από άλλους ή περιστάσεις.
7. Θεωρεί τις σχέσεις με τους άλλους περισσότερο στενές από ότι είναι στην πραγματικότητα.
8. Εμφανίζεται δραματικός, θεατρικός και με υπερβολική έκφραση συναισθημάτων.⁴⁸

Αιτιολογία

Λίγη έρευνα έχει διεξαχθεί για να καθοριστούν οι βιολογικές αιτίες αυτής της διαταραχής. Ωστόσο ψυχαναλυτικές θεωρίες ενοχοποιούν την σαγηνευτική και την αυταρχική συμπεριφορά των πατέρων των ασθενών αυτών.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Ανάρμοστη σεξουαλική σαγηνευτικότητα.
- Το άτομο θέλει να είναι το κέντρο της προσοχής.
- Ο τρόπος έκφρασης του στερείται από λεπτομέρειες.
- Το άτομο επηρεάζεται εύκολα.⁴⁸

2.8 ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

Ένας εκτεταμένος τύπος μεγαλειώδους (στη φαντασία ή στη συμπεριφορά), ανάγκης για θαυμασμό και έλλειψης <<εμπάθειας>> που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων, και χαρακτηρίζεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Το άτομο έχει μια μεγαλειώδη αίσθηση σπουδαιότητας για τον εαυτό του (π.χ. διογκώνει τα επιτεύγματα και τα ταλέντα του).
2. Έχει έντονη ενασχόληση με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, εξυπνάδας, ομορφιάς ή ιδανικής αγάπης.
3. Πιστεύει ότι είναι «σπέσιαλ» και μοναδικό και μπορούν να το καταλάβουν μόνο άλλα σπέσιαλ ή υψηλής περιωπής άτομα (ή θεσμοί).
4. Απαιτεί υπερβολικό θαυμασμό.
5. Έχει μια αίσθηση ιδιαίτερων δικαιωμάτων δηλαδή αυτόματη συμμόρφωση των άλλων με τις προσδοκίες του.
6. Εκμεταλλεύεται διαπροσωπικά, δηλαδή εκμεταλλεύεται τους άλλους για να πετύχει τους στόχους του.
7. Του λείπει η <<εμπάθεια>> είναι απρόθυμος να αναγνωρίσει ή να ταυτοποιηθεί με τα αισθήματα και τις ανάγκες των άλλων.
8. Συχνά φθονεί τους άλλους ή πιστεύει ότι οι άλλοι τον φθονούν.
9. Εμφανίζει αλαζονική, υπεροπτική συμπεριφορά ή στάση.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της ναρκισσιστικής διαταραχής της προσωπικότητας συχνά αποδίδεται στο γεγονός ότι το άτομο έχει μια απόμακρη και αδιάφορη μητέρα η οποία ασκεί έντονη κριτική και υποτιμά συνεχώς το παιδί της. Σαν μηχανισμό άμυνας από αυτήν την έλλειψη αγάπης και φροντίδας και για αντιμετωπίσει τον συναισθηματικό πόνο,

το άτομο δημιουργεί μια μεγαλειώδη άποψη για τον εαυτό του. Αυτή η μεγαλειώδης άποψη χαρακτηρίζεται από 3 στοιχεία:

- Το άτομο διαθέτει θετικά χαρακτηριστικά.
- Μια φανταστική και υπεροπτική εικόνα του εαυτού του.
- Μια εξιδανικευμένη εκδοχή μιας στοργικής μητέρας.

Τέλος εάν οι γονείς δεν προσφέρουν κάποια αποτελεσματική υποστήριξη το άτομο θα παραμείνει κολλημένο στην αρχική μεγάλη ιδέα για τον εαυτό του, θα έχει μια φανταστική και ψευδή αντίληψη του εαυτού του και στο τέλος θα καταλήξει στην ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Υπερεκτίμηση των ταλέντων ή των στόχων τους.
- Ενασχόληση με την επιτυχία, την ομορφιά και την αγάπη.
- Αίσθημα δικαιοσύνης.
- Εκμετάλλευση των άλλων.
- Έλλειψη ενσυναίσθησης.
- Ζηλεύει τους άλλους.
- Υπεροπτική αλαζονική συμπεριφορά.⁴⁸

2.9 ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικής δυσκολίας, αισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην αρνητική εκτίμηση, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων και χαρακτηρίζεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Το άτομο αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας, ή απόρριψης.

2. Είναι απρόθυμο να εμπλακεί με ανθρώπους εκτός αν είναι βέβαιο ότι θα είναι αρεστό.
3. Εμφανίζει περιορισμούς μέσα στις στενές σχέσεις εξαιτίας του φόβου μήπως ντροπιαστεί ή γελοιοποιηθεί.
4. Έχει υπερβολική ενασχόληση με το μήπως το κριτικάρουν ή το απορρίψουν στις κοινωνικές καταστάσεις.
5. Είναι ανεσταλμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις εξαιτίας συναισθημάτων ανεπάρκειας.
6. Θεωρεί τον εαυτό του κοινωνικά αδέξιο, προσωπικά μη ελκυστικό ή κατώτερο από τους άλλους.
7. Είναι συνήθως απρόθυμο να διακινδυνέψει προσωπικά ή να εμπλακεί σε νέες δραστηριότητες, διότι αυτές μπορεί να αποδειχθεί ότι το φέρνουν σε δύσκολη θέση.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της αποφευκτικής διαταραχής της προσωπικότητας φαίνεται να είναι μια έκφραση των ακραίων χαρακτηριστικών της εσωστρέφειας και του νευρωτισμού.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Έλλειψη κοντινών φίλων και τάση του ατόμου να ανήκει σε μια ομάδα μόνο με την προϋπόθεση ότι θα είναι αρεστό.
- Αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων και φόβος της κριτικής.
- Τα άτομα είναι ανήσυχα και ντροπαλά μπροστά σε άλλους.⁴⁸

2.10 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

A. Μια εκτεταμένη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν, που οδηγεί σε υποτακτική και προσκολλημένη συμπεριφορά και φόβους αποχωρισμού, η οποία αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων, και χαρακτηρίζεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Το άτομο έχει δυσκολία να παίρνει καθημερινές αποφάσεις χωρίς συμβουλές και διαβεβαίωση από τους άλλους σε υπερβολικό επίπεδο.
2. Έχει ανάγκη να αναλαμβάνουν οι άλλοι την ευθύνη για τους περισσότερους από τους μείζονες τομείς της ζωής τους.
3. Έχει δυσκολία να εκφράζει διαφωνία με τους άλλους, επειδή φοβάται ότι θα χάσει την υποστήριξη ή την αποδοχή τους. (Σημείωση: Μη συμπεριλαμβάνετε ρεαλιστικούς φόβους ανταπόδοσης.)
4. Έχει δυσκολία να ξεκινάει σχέδια και προγράμματα ή να κάνει πράγματα μόνος του (εξαιτίας έλλειψης αυτοπεποίθησης για τις ικανότητες του).
5. Κάνει υπέρμετρες προσπάθειες για να πάρει φροντίδα και υποστήριξη από τους άλλους, μέχρι το σημείο να προσφέρεται να κάνει εθελοντικά πράγματα που του είναι δυσάρεστα.
6. Δεν νοιώθει άνετα ή νοιώθει ανήμπορος όταν είναι μόνος του, εξαιτίας υπερβολικών φόβων ότι είναι ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του.
7. Όταν μια στενή σχέση τελειώνει, αναζητά επειγόντως μια άλλη σχέση σαν πηγή φροντίδας και υποστήριξης.
8. Ασχολείται έντονα και εξωπραγματικά με φόβους ότι θα το εγκαταλείψουν και θα φροντίζει μόνος του τον εαυτό του.

Αιτιολογία

Δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες για τα βιολογικά ή γενετικά χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών. Ωστόσο η ανασφάλεια και ο φόβος που αισθάνονται στον τρόπο που προσπαθούν να γνωρίσουν και να προσεγγίσουν άλλα άτομα μπορεί να είναι αποτέλεσμα της γονικής συμπεριφοράς.⁵⁴

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Δυσκολία λήψης αποφάσεων χωρίς καθοδήγηση.
- Έχει ανάγκη να αναλαμβάνουν οι άλλοι την ευθύνη για τα περισσότερα θέματα της ζωής του ατόμου.
- Δυσκολία διαφωνίας με τις απόψεις των άλλων.
- Δυσκολία ενασχόλησης με δραστηριότητες λόγω έλλειψης αυτοπεποίθησης.¹⁰

- Ακραίες προσπάθειες για να κερδίσουν την υποστήριξη των άλλων.
- Άμεση αναζήτηση άλλης προσωπικής σχέσης όταν τελειώνει η μία.
- Φανταστική ενασχόληση με φόβους ότι θα μείνουν μόνο τους.

2.11 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Τα Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V είναι:

Ένας εκτεταμένος τύπος έντονης ενασχόλησης του άτομου με την τάξη, την τελειοθηρία και τον ψυχικό και τον διαπροσωπικό έλεγχο, σε βάρος της ευελιξίας και της αποδοτικότητας, ο οποίος αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και εμφανίζεται σε μια ποικιλία καταστάσεων και χαρακτηρίζεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Το άτομο ασχολείται συνέχεια με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, την τάξη, την οργάνωση ή τα προγράμματα, σε βαθμό που το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται
2. Εμφανίζει τελειοθηρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας (π.χ. το άτομο είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μια προγραμματισμένη δουλειά επειδή δεν πληρούνται οι δικές του υπερβολικά αυστηρές απαιτήσεις).
3. Είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και στην παραγωγικότητα με αποκλεισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου και των φιλικών σχέσεων (που δεν εξηγείται από φανερή οικονομική ανάγκη).
4. Είναι υπερβολικά ευσυνείδητο, λεπτολόγο και άκαμπτο σε θέματα ηθικής, ηθών ή αξιών (που δεν εξηγείται από πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση).
5. Είναι ανίκανο να πετάξει φθαρμένα ή χωρίς αξία αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία .
6. Είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός εάν αυτοί υποταχθούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα διάφορα πράγματα.

7. Υιοθετεί έναν τσιγκούνικο τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους τα χρήματα θεωρούνται σαν κάτι που πρέπει να συσσωρεύει και να διαφυλάσσει για μελλοντικές καταστροφές.
8. Εμφανίζει ακαμψία και ισχυρογνωμοσύνη.

Αιτιολογία

Η κύρια σύγκρουση θεωρείται ότι είναι ανάμεσα στην προσπάθεια για αυτονομία και αυτοέλεγχο του ατόμου και την εξωτερική επιβολή ελέγχου από μέρους των γονιών και της κοινωνίας . Άκαμπτοι και εξουσιαστικοί γονείς θεωρούνται ότι βοηθούν στην ανάπτυξη ατόμων με αυτήν τη διαταραχή. Τα παραπάνω όμως δεν έχουν επιβεβαιωθεί ερευνητικά με μακράς διάρκειας προοπτικές μελέτες.

Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Ενασχόληση με την τάξη, την τελειομανία και τον έλεγχο.
- Έλλειψη προσαρμοστικότητας.
- Δισταγμός ανάθεσης καθηκόντων.
- Μια υπερβολική αφοσίωση στην δουλειά, με τον αποκλεισμό ενασχόλησης με άλλες δραστηριότητες.
- Συχνά τσιγκουνιά και ισχυρογνωμοσύνη.⁴⁸

2.12 Τρόποι Αντιμετώπισης – Θεραπεία

Τα άτομα που ανήκουν στην Α κατηγορία των διαταραχών προσωπικότητας (παρανοειδής, σχιζοειδής, σχιζότυπη) σπάνια αναζητούν θεραπεία. Όταν αναζητηθεί θεραπεία ο υπεύθυνος θα πρέπει να επιδείξει σεβασμό, να είναι ευγενικός και να παρέχει σαφείς εξηγήσεις. Όσον αφορά τα άτομα που ανήκουν στην Β κατηγορία των διαταραχών προσωπικότητας (αντικοινωνική, μεταιχμιακή, ναρκισσιστική, δραματική) θα πρέπει να ακολουθήσουν τα παρακάτω:

Πιο συγκεκριμένα:

Στην αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας θα πρέπει να τεθούν περιορισμοί και όρια της συμπεριφοράς όταν είναι αναγκαίο. Εφαρμογή εμπειρικής προσέγγισης δίχως την υποβολή τιμωρίας.

Στη μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας θα πρέπει ο υπεύθυνος να εξηγεί ειλικρινά και απλά χωρίς άγχος. Συχνά αυτοί οι ασθενείς χρησιμοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς «σπασίματος» περιγράφοντας τους εαυτούς τους είτε ως πολύ καλούς είτε ως πολύ κακούς. Τέτοιοι ασθενείς είναι ειδικοί στο να χειραγωγούν το προσωπικό και να στρέφουν τους θεραπευτές τον έναν εναντίον του άλλου. Ο υπεύθυνος θα πρέπει να είναι ενημερωμένος ότι η συναισθηματική αστάθεια του ασθενή μπορεί να δυσχεραίνει και άλλο. Θα πρέπει να συμπεριλάβει τον ασθενή στην αξιολόγηση του με το να τον ρωτάει να προβλέψει τα αποτελέσματα ή να εκφράσει τις ελπίδες που έχει για αυτήν την θεραπεία. Επιπλέον θα ήταν χρήσιμο να ζητήσει από τον ασθενή να σημειώνει σε ένα ημερολόγιο τα συμπτώματα του (αδυναμίες, πονοκεφάλους ή ζαλάδα) συμπεριλαμβάνοντας ώρα και ημερομηνία. Ο κύριος στόχος είναι να έχει ο ασθενής κατανόηση τα παρόντα συμπτώματα του και να συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση τους παρά να μεταφέρει ή να αποδίδει ευθύνες στους παρέχοντες ιατρικής βοήθειας. Στη δραματική διαταραχή της προσωπικότητας ο υπεύθυνος θα πρέπει να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή αλλά να προβάλλει και αντίσταση σε μια κλειστή διαπροσωπική σχέση. Στη ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας ο ιατρικός πάροχος υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίσει τις συχνές εναλλαγές στα συναισθήματα του ασθενή χωρίς όμως να υποτιμήσει τον ασθενή. Ο πάροχος υγείας θα πρέπει να αποφεύγει να είναι ανεκτικός στα λάθη. Από έρευνες που έχουν γίνει η ναρκισσιστική διαταραχή έχει πολλές ομοιότητες με την αντικοινωνική η μόνη διαφορά φαίνεται να εντοπίζεται στον βαθμό της τάσης επίδειξης με τους ασθενείς που υποφέρουν από ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας να υπερβάλλουν λίγο πιο πολύ. Όσον αφορά τις διαταραχές της προσωπικότητας της Γ ομάδας δηλαδή στην αποφευκτική διαταραχή θα πρέπει να αποφεύγεται η κριτική στον πελάτη και να δημιουργείται μια ευχάριστη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του υπεύθυνου. Στην εξαρτώμενη διαταραχή θα πρέπει να τεθούν όρια και περιορισμοί όσον αφορά τις ανησυχίες του ασθενή για την φροντίδα που παρέχεται. Και τέλος στην ψυχαναγκαστική καταναγκαστική θα πρέπει να μοιραστεί ο έλεγχος της θεραπείας με τον ασθενή επιτρέποντας του κατά αυτόν τον τρόπο να συμμετέχει ενεργά στην λήψη των αποφάσεων. Επιπρόσθετα ο

θεραπευτής θα πρέπει να αποφεύγει να είναι απολογητικός και αυταρχικός με τον ασθενή. Γενικότερα οι ιατρικοί πάροχοι υγείας θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση σε τυχόν απόπειρα αυτοκτονίας και θα πρέπει να καταγράφουν τις παρατηρήσεις τους σε ένα φυλλάδιο σε κάθε επίσκεψη τους. Ελλειπής έλεγχος σε ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας ειδικά σε αυτούς που εμφανίζουν διαταραχή της προσωπικότητας της ομάδας Β σε περίπτωση κάποιου ατυχήματος επιφέρει μεγάλο ποσοστό ευθύνης στον πάροχο υγείας. Εάν ένας ασθενής απειλήσει κάποιον άλλον με τραυματισμό ο πάροχος είναι υπεύθυνος είτε να προειδοποιήσει το απειλούμενο άτομο είτε άμεσα ή μέσω νομικών προσώπων. Η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι σε καμία περίπτωση θεραπευτική σε άτομα με διαταραχή προσωπικότητας. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα θα πρέπει να εξετασθούν σαν προσθήκη στην ψυχοθεραπεία έτσι ώστε ο ασθενής δυναμικά να ενδώσει στην ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία είναι ο πυρήνας για την αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας. Επειδή οι διαταραχές προσωπικότητας προξενούν διάφορα συμπτώματα ως αποτέλεσμα των μειωμένων ή περιορισμένων ικανοτήτων η ψυχοθεραπεία συμβάλλει στην ανάπτυξη αντιλήψεων για την κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου.¹⁰

3. Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας για την Ύπαρξη Συσχέτισης Ανάμεσα σε αυτές τις δύο Ψυχογενείς Καταστάσεις

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

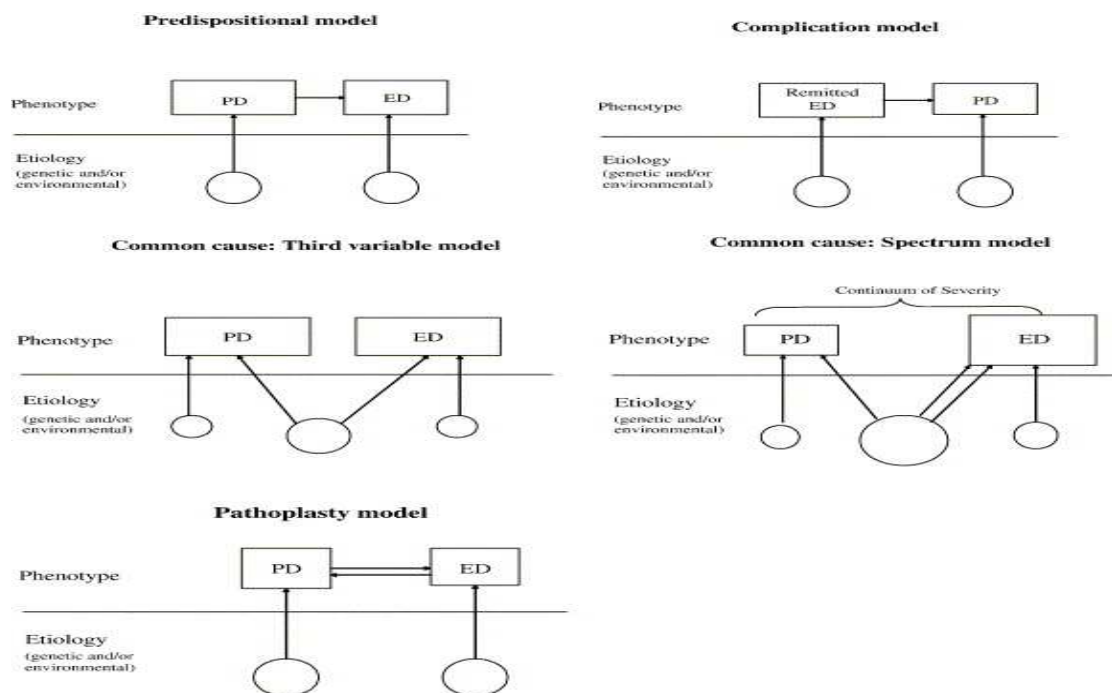
Ο Marlinsen και οι συνεργάτες του (2005), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα από τις διατροφικές διαταραχές έχουν άμεση σχέση με τις διαταραχές της προσωπικότητας.² Οι διατροφικές διαταραχές σε συνδυασμό με κάποια από τις διαταραχές προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από μεγάλη χρονική διάρκεια.⁸ Η προσωπικότητα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην πρόβλεψη των διατροφικών

διαταραχών.⁸ Πιο συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές είναι: η υψηλή τελειομανία, η αποφυγή τραυματισμού, η αναζήτηση της επιβράβευσης, η έντονη παρορμητικότητα, ο νευρωτισμός, η αυταρχικότητα και η μειωμένη επιθυμία για συνεργασία. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι στενά συνδεδεμένα με συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές π.χ. η υψηλή τελειομανία είναι χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας και η έντονη και επίμονη παρόρμηση είναι χαρακτηριστικό των ατόμων με υπερφαγία.

Υπάρχουν επίσης αποδείξεις ότι χαρακτηριστικά της μεταιχμιακής, της σχιζότυπης, και της δραματικής προσωπικότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.⁴ Οι αποδείξεις αναφέρονται στις έρευνες αρκετών μελετητών οι οποίοι ασχολήθηκαν με τον εντοπισμό της αλληλεπίδρασης και της συσχέτισης μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας. Αρχικά ο Kennedy με τους συνεργάτες του (1995), αφού μελέτησε 43 ασθενείς που έπασχαν είτε από νευρική ανορεξία είτε από νευρογενή βουλιμία παρατήρησε ότι η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας εμφανιζόταν σε μεγάλο ποσοστό (51%) στα άτομα αυτά.⁶ Έπειτα το 28% εμφάνιζε παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας και 21% ψυχαναγκαστική, ενώ διαταραχές της προσωπικότητας όπως η σχιζοειδής, η σχιζότυπη, η μεταιχμιακή, η ναρκισσιστική και η αντικοινωνική εμφανίζονταν σε ποσοστό <7%.⁶ Ο Matsunaga και οι συνεργάτες του (1998), εξέτασαν 36 ασθενείς με τον περιοριστικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας οι οποίοι ακολούθησαν μόνο αυστηρή δίαιτα και φυσική δραστηριότητα, 30 άτομα με νευρική ανορεξία και νευρογενή βουλιμία και 42 άτομα με νευρογενή βουλιμία και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι από τους 108 ασθενείς το 51% εμφάνιζε τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας και το 34% εμφάνισε δύο ή περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας. Η πιο κοινή διαταραχή της προσωπικότητας ήταν η αποφευκτική (25%) και η ψυχαναγκαστική (19%) στους περιοριστικά ανορεκτικούς, η μεταιχμιακή (37%) και η αποφευκτική (27%) στους νευρικά ανορεκτικούς και βουλιμικούς και τέλος η μεταιχμιακή (19%) και η αποφευκτική (19%) στην νευρογενή βουλιμία.⁷ Τέλος ο Braun και οι συνεργάτες του (1994), αφού μελέτησαν 105 άτομα με διατροφικές διαταραχές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το 69% των ασθενών εμφάνιζαν τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας όπου οι πιο κοινές από αυτές ήταν: η μεταιχμιακή (17%), η αποφευκτική (14%) και η εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας (11%).⁵

Γενικότερα η αποφευκτική και η εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιο συχνές στη νευρική ανορεξία ενώ η δραματική και η μεταιχμιακή είναι πιο συχνές στη νευρογενή βουλιμία. Μπορούμε να συμπεράνουμε έτσι ότι στις διατροφικές διαταραχές η προσωπικότητα έχει αποδειχθεί ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ως παράγοντας κινδύνου, ως συντονιστής έκφρασης των συμπτωμάτων, συνεισφέρει σαν παράγοντας πρόβλεψης του αποτελέσματος και συμβάλλει στην κατάλληλη επιλογή της θεραπείας.⁴

3.1 Θεωρητικά Μοντέλα για τη σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας



3.1.1 Προδιαθετικό Μοντέλο (Predispositional Model)

Το μοντέλο αυτό παρουσιάζει μια σχέση στην οποία ένα γνώρισμα της προσωπικότητας αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η αυξημένη αναζήτηση επιβράβευσης μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για εμφάνιση νευρικής ανορεξίας.

3.1.2 Μοντέλο Πολυπλοκότητας (Complication Model)

Αυτό το μοντέλο δεν υποστηρίζει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν ή αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών όπως το προδιαθετικό μοντέλο. Μάλλον η μεταβολή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας πιστεύεται ότι είναι το προϊόν ή η επιπλοκή της ίδιας της διατροφικής διαταραχής. Ένα συγκεκριμένο παράδειγμα σε αυτήν τη γενική κατηγορία των μοντέλων είναι το μοντέλο κατάστασης – αποτελέσματος το οποίο αναφέρει ότι τα συμπτώματα από τις διατροφικές διαταραχές δημιουργούν βραχυπρόθεσμες αλλαγές στην προσωπικότητα ως αποτέλεσμα της διατροφικής διαταραχής.³ Με άλλα λόγια αν ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας δεν υπήρχε και προκύπτει μετά από την εμφάνιση μιας διατροφικής διαταραχής θα επιδείκνυε υποστήριξη προς αυτό το μοντέλο.

3.1.3 Μοντέλο Κοινής Αιτίας (Common Cause Model)

Το μοντέλο αυτό αναφέρεται στο γεγονός ότι οι διαταραχές προσωπικότητας και οι διατροφικές διαταραχές είναι διαφορετικές συνθήκες που και οι δύο προκαλούνται από τον ίδιο υποκείμενο παράγοντα ή παράγοντες.

Ο πρώτος τύπος του μοντέλου κοινής αιτίας μπορεί να αναφερθεί ως μοντέλο τρίτης μεταβλητής. Σε αυτό το μοντέλο οι δυο διαταραχές θεωρούνται ανεξάρτητες και εκδηλώνονται αρχικά για τον ίδιο υποκείμενο σκοπό. Για παράδειγμα μπορεί να υποστηριχθεί ότι κάποιος γενετικός παράγοντας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο και για νευρική ανορεξία και για ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας. Εναλλακτικά θα μπορούσε να υποστηρίξει ότι ένας ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου αυξάνει τον κίνδυνο και για μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας και για νευρική βουλιμία.

Ο δεύτερος τύπος του μοντέλου κοινής αιτίας είναι το μοντέλο φάσματος. Σε αυτόν τον τύπο του μοντέλου υποστηρίζεται ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι διατροφικές διαταραχές δεν είναι ανεξάρτητες. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι και οι δύο αυτές ψυχογενείς καταστάσεις συνυπάρχουν. Παρόλο που αυτό το μοντέλο χρησιμοποιείται για την σχέση μεταξύ σχιζότυπης διαταραχής της προσωπικότητας και της σχιζοφρένειας μπορεί να εφαρμοστεί το ίδιο και στις διατροφικές διαταραχές. Για παράδειγμα μπορούμε να σκεφτούμε ότι ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι παραλλαγή της ίδιας ψυχοπαθολογίας και σχετίζεται με ορισμένες διατροφικές διαταραχές.³

3.1.4 Pathoplasty Model

Το μοντέλο αυτό αναφέρεται στο ότι μόλις τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι διατροφικές διαταραχές εξακριβωθούν μπορεί να αλληλεπιδράσουν με έναν τρόπο που μπορεί να τροποποιήσει την πορεία κάθε κατάστασης. Για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής διαταραχής της προσωπικότητας μπορεί να έχουν μια σημαντικά διαφορετική επίδραση στην κλινική πορεία της νευρογενούς βουλιμίας από ότι θα είχαν τα χαρακτηριστικά της αυθόρμητης προσωπικότητας. Για παράδειγμα αν ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας λειτουργεί σαν προδιαθετικός παράγοντας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών τότε είναι πιθανόν να συνεχίζει να λειτουργεί κατά αυτόν τον τρόπο παρόλο που μπορεί να ασκεί διαφορετικές επιρροές όσο περνάνε τα χρόνια.³

3.2 Συμπεράσματα

Προοπτικές μελέτες και άλλες αναζητήσεις έχουν αναφέρει ότι τα αρνητικά συναισθήματα, η τελειομανία, η επιδίωξη του αδυνατίσματος, η αναποτελεσματικότητα και τα χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής διαταραχής της προσωπικότητας μπορεί να λειτουργήσουν σαν προδιαθετικοί παράγοντες για την αύξηση του κίνδυνου εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών. Η προσωπικότητα είναι ένα μόνο κομμάτι του πάζλ διατροφική διαταραχή αλλά πιθανόν πολύ

σημαντική. Νέες έρευνες πραγματοποιούνται συνεχώς για την εύρεση της συνύπαρξης αυτών των δυο καταστάσεων και ελπίζουμε ότι στο μέλλον θα αποσαφηνιστεί η εξάρτηση μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα το ίδιο μοτίβο των αποτελεσμάτων εμπλέκουν μια κοινή αιτία για τον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας και για την ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας. Περισσότερη έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να προσδιοριστούν οι διαταραχές της προσωπικότητας και τα χαρακτηριστικά τους που μπορεί να έχουν κοινή αιτιολογία με τις διατροφικές διαταραχές.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν άμεση σχέση στην έναρξη, στην χαρακτηριστική έκφραση και στην διατήρηση των διατροφικών διαταραχών. Σε μία μετά - ανάλυση⁸ που πραγματοποιήθηκε συσχετίστηκαν οι διαταραχές προσωπικότητας με τη νευρογενή ανορεξία, τη νευρογενή βουλιμία και την υπερφαγία. Η νευρογενής ανορεξία και βουλιμία χαρακτηρίζονται και οι δυο από τελειομανία, νευρωτισμό, αρνητικά συναισθήματα, χαμηλά επίπεδα συνεργασίας και άλλα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την αποφευκτική και την ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας. Η μετά - ανάλυση βρίσκει στοιχεία προσέγγισης των διαταραχών προσωπικότητας στις διατροφικές διαταραχές σε ποσοστό που κυμαίνεται από 0 έως και 58%. Πριν από δυο δεκαετίες ο Vitousek και ο Manke (1994) είχαν δημοσιεύσει μια ανασκόπηση που αφορούσε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στη νευρογενή ανορεξία, στη νευρογενή βουλιμία και στην υπερφαγία. Καμία ανασκόπηση ή αξιολόγηση δεν έχει πραγματοποιηθεί από τότε. Η παρούσα ανασκόπηση⁸ έχει σαν στόχο να διερευνήσει την συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών ανασκοπώντας μελέτες που έχουν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαετία.⁸

Τα ευρήματα έχουν άμεση συσχέτιση με τα παρακάτω:

3.2.1 Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Συμπεριφορά

Οι μελετητές εξέτασαν τη συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών με έναν αριθμό ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών χαρακτηριστικών που περιλαμβάνουν συναισθήματα αμφισβήτησης, έλεγχου και ανάγκης για συμμετρία και ακρίβεια. Η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας έχει συσχετισθεί

με άτομα με διατροφικές διαταραχές τόσο σε πανεπιστήμια¹¹ αλλά και σε κλινικές μελέτες.¹² Άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα εμφανίζουν πιο συχνά διατροφικές διαταραχές.¹⁴ Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες η επιθετική – ψυχαναγκαστική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της νεανικής ηλικίας συμβάλλει στην πρόβλεψη των διατροφικών διαταραχών¹². Ωστόσο πιο σύγχρονες μελέτες τονίζουν ότι τόσο τα άτομα με νευρική ανορεξία όσο και τα άτομα με νευρική βουλιμία δεν διαφέρουν όσον αφορά την ψυχαναγκαστική τους συμπεριφορά και ότι επιπλέον αυτή η συμπεριφορά συνεχίζει να υπάρχει ακόμα και μετά τη θεραπεία από τη νευρική ανορεξία¹⁴ είτε από τη νευρογενή βουλιμία.¹⁵

3.2.2 Νευρωτισμός

Ο νευρωτισμός χαρακτηρίζεται από έντονη συναισθηματικότητα, υπερευαισθησία, έντονο άγχος και κατάθλιψη.¹⁶ Ο νευρωτισμός συνδέεται άμεσα με τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών σε γυναίκες τόσο του πανεπιστημίου αλλά και σε κοινοτικά δείγματα, ενώ τα συμπτώματα της βουλιμίας σε ένα μικρό δείγμα αντρών πανεπιστημίου.¹⁷ Αυτές οι μελέτες συνδέουν γενικά το νευρωτισμό με τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών.

3.2.3 Παρορμητικότητα της Διάθεσης

Η παρορμητικότητα χαρακτηρίζεται από την έλλειψη της σκέψης και της εξέτασης και την αποτυχία αναλογισμού των κινδύνων και των συνεπειών πριν εκτελεστεί μια ενέργεια (ξαφνική απόφαση ενός ατόμου να πραγματοποιήσει βουλιμικό επεισόδιο χωρίς να αναλογιστεί την δυσφορία που μπορεί να νοιώθει μετά).¹⁸ Η παρορμητικότητα της διάθεσης εμφανίζεται πιο πολύ σε άτομα με νευρογενή βουλιμία από ότι στη νευρική ανορεξία. Παρόλα αυτά η παρορμητικότητα αντί να αντανakλά ένα διαρκές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας θα μπορούσε να βοηθήσει στα ακανόνιστα διαιτολογικά μοτίβα και στη συναισθηματική αστάθεια των ατόμων που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία.¹⁹ Προς την υποστήριξη αυτών των σχολίων η συναισθηματική επιβάρυνση και οποιεσδήποτε άλλες ενδείξεις αδυναμίας αυτοσυγκράτησης του ατόμου γενικά μειώνουν τα επεισόδια λαιμαργίας και τα βουλιμικά επεισόδια.

3.2.4 Επιδίωξη της Εντύπωσης – Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Η επιδίωξη της εντύπωσης ορίζεται ως η ανάγκη για διάφορα καινοτόμα, σύνθετα συναισθήματα και εμπειρίες και η προθυμία για να πάρει το άτομο κάποια ρίσκα είτε φυσικά είτε κοινωνικά. Τα άτομα με νευρογενή βουλιμία εμφανίζουν πιο συχνά από τα ανορεκτικά άτομα δραματική διαταραχή της προσωπικότητας.²⁰

3.2.5 Ναρκισσισμός – Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Ο ναρκισσισμός αντανακλά την παθολογική ανησυχία για τη φυσική εικόνα και παρουσίαση και την ανάγκη ενός ατόμου για επιβράβευση από το κοινωνικό περιβάλλον και εκπροσωπεί επίσης την έντονη διαπροσωπική ευαισθησία.²¹ Η ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας είναι πιο συχνή στα άτομα με νευρογενή ανορεξία και νευρογενή βουλιμία από ότι στα άτομα με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές υπαινίσσοντας έτσι ότι μπορεί να αποτελεί αυξημένο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Επιπρόσθετα η ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να εμφανιστεί και μετά την υποχώρηση της νευρογενούς βουλιμίας.²²

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι και η νευρογενής βουλιμία και ανορεξία χαρακτηρίζονται από τελειομανία, αυτονομία και νευρωτισμό και συνδέονται άμεσα με τη ναρκισσιστική και την ψυχαναγκαστική –καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας, ενώ η έντονη παρορμητικότητα της διάθεσης και η επιδίωξη της εντύπωσης αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό της λαιμαργίας.

3.2.6 Τελειομανία

Η τελειομανία χαρακτηρίζεται από την τάση του ατόμου να θέτει και να κυνηγάει μη ρεαλιστικούς στόχους παρόλο των δυσμενών συνθηκών (συνεχής ενασχόληση με το φαγητό και το σωματικό βάρος, έντονη πείνα). Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές δείχνουν πιο υψηλά ποσοστά νευρωτικής τελειομανίας (υπερβολική ανησυχία για τυχόν λάθη που θα κάνουν, αγωνία για την απόδοση τους σε διάφορους τομείς). Η πολυδιάστατη κλίμακα κατατάσσει την τελειομανία σε 3 κατηγορίες: της αυτό-προσαρμογής, της διαφορετικής προσαρμογής και της κοινωνικά προβλεπόμενης τελειομανίας. Οι δύο πρώτες κατηγορίες σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία, τη νευρογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία. Άτομα με διατροφικές διαταραχές θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους για τους εαυτούς τους και πιστεύουν ότι

οι άλλοι τους αξιολογούν αυστηρά και έχουν μεγάλες απαιτήσεις από αυτούς. Συμπερασματικά η τελειομανία μπορεί να προβλέψει την έναρξη των συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας και έχει άμεση συσχέτιση με τη νευρογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία.⁸

3.3 Ερωτηματολόγιο Πολυδιάστατης Προσωπικότητας

Οι μελέτες που έχουν γίνει χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο πολυδιάστατης προσωπικότητας δηλώνουν ότι τα θετικά συναισθήματα (η επιβράβευση, η ευτυχία, η διάθεση για αισθήματα απόλαυσης) συνδέονται αρνητικά με τις διατροφικές διαταραχές ενώ τα αρνητικά συναισθήματα (αποστροφή για αισθήματα απόλαυσης, η τιμωρία, η κατάθλιψη και το άγχος) συνδέονται άμεσα και θετικά με τις διατροφικές διαταραχές και μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα πρόβλεψης για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.²³ Διάφορες μελέτες που έχουν εξετασθεί αποδεικνύουν ότι τα άτομα με νευρογενή ανορεξία είναι πιο εύκολο να ελεγχθούν και να περιοριστούν από ότι τα άτομα με νευρογενή βουλιμία που είναι πιο παρορμητικά.²⁴ Τόσο η νευρογενής βουλιμία όσο και η νευρική ανορεξία μπορούν να χαρακτηρίζονται από υψηλή αντιδραστικότητα και χαμηλή ευημερία.²⁵

Σύμφωνα με αυτό μια μελέτη²⁴ αποδεικνύει ότι τα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν την τάση να έχουν ένα καταθλιπτικό προφίλ ενώ τα άτομα με τη νευρογενή βουλιμία έχουν ένα προφίλ που σχετίζεται με την δραματική διαταραχή της προσωπικότητας.²⁴ Σύμφωνα με μια ποικιλία ερευνών τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών προσωπικότητας σχετίζονται άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές. Οι τρίτης κατηγορίας διαταραχές προσωπικότητας (ψυχαναγκαστική, εξαρτώμενη, αποφευκτική) είναι οι πιο κοινές σε άτομα με διατροφικές διαταραχές ακολουθούμενες από τις δεύτερης κατηγορίας (μεταιχμιακή, δραματική, ναρκισσιστική, αντικοινωνική) και της πρώτης κατηγορίας (παρανοειδής, σχιζοειδής, σχιζότυπη). Οι μελέτες που έχουν εξετάσει τη συνύπαρξη μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας καταλήγουν σε ευρύ φάσμα ποσοστού συνύπαρξης που κυμαίνεται από 27 % έως και 93%.²⁵ Σε μια μετά-ανάλυση²⁶ που εξετάζει την επίδραση των διατροφικών διαταραχών στις διαταραχές προσωπικότητας στη νευρική ανορεξία και στη νευρογενή βουλιμία υποστηρίζεται ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας που εμφανίζονται πιο πολύ στην νευρική ανορεξία είναι η αποφευκτική (53%), εξαρτώμενη (37%), ψυχαναγκαστική –

καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας (33%) και η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας (29%).²⁶ Η μεταιχμιακή (31%), η εξαρτώμενη (31%) και η αποφευκτική (30%) διαταραχή της προσωπικότητας συνυπήρχαν επίσης στην νευρογενή βουλιμία, ενώ η ψυχαναγκαστική ήταν λιγότερο εμφανής στην νευρογενή βουλιμία (14%). Η μετά-ανάλυση υποστήριξε επίσης ότι η δοκιμή σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς έδειξε υψηλότερα ποσοστά συσχέτισης των διατροφικών διαταραχών με τις διαταραχές προσωπικότητας από ότι στους εξωτερικούς ασθενείς και επιπλέον ότι οι ασθενείς που εμφανίζουν παραπάνω από ένα διαγνωστικό κριτήριο μιας διαταραχής προσωπικότητας θα αναζητήσουν πιο εύκολα την θεραπεία από τα άτομα που εμφανίζουν μόνο ένα διαγνωστικό κριτήριο.²⁷

3.4 Επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας όπως προσεγγίστηκαν από αυτοαξιολόγηση

Η συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών από τα συμπεράσματα 6 μελετών φαίνεται από τον πίνακα 1.

Αυτές οι μελέτες ουσιαστικά υποστηρίζουν ότι οι πιο κοινές διαταραχές προσωπικότητας που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία είναι η αποφευκτική, η εξαρτώμενη, η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική και η μεταιχμιακή. Όσον αφορά τη νευρογενή βουλιμία οι πιο κοινές διαταραχές προσωπικότητας ήταν η εξαρτώμενη, η αποφευκτική, η δραματική και η μεταιχμιακή. Όσον αφορά τη διαταραχή της υπερφαγίας υπήρχαν μόνο δυο μελέτες που είναι ελάχιστες για να συμπεριληφθούν στην έρευνα.⁸

Πίνακας 1

Prevalence rates (in percent) of personality disorders as assessed by self-report in individuals with eating disorders

Study	Participants	Cluster A			Cluster B				Cluster C		
		PA	SZ	SC	AN	BO	HI	NA	DE	AV	OC
<i>Anorexia nervosa, restricting type</i>											
Dowson (1992)	55 female outpatients	49	27	40	11	60	73	45	40	64	44
Inceoglu, Backmund, & Gerlinghoff (2000)	31 female outpatients	32	23	0	0	32	19	23	23	19	16
Norman, Blais and Herzog	17 female	6	35	24	0	35	12	12	41	47	6

(1993)	outpatients										
Pryor & Wiederman (1998)	26 female outpatients	nr	15	nr	4	nr	19	27	62	46	65
Overall		25	26	21	7	39	35	26	47	50	42
<i>Bulimia nervosa</i>											
Inceoglu et al.. (2000)	34 female outpatients	35	21	9	3	35	27	18	30	27	18
Norman et al.. (1993)	58 female outpatients	2	10	5	0	25	35	10	41	19	0
Pryor & Wiederman (1998)	30 female outpatients	nr	3	nr	23	nr	13	7	23	50	33
Ristvedt, Mackenzie and Mitchell (1996)	50 female outpatients	52	14	24	4	40	58	26	42	42	32
Wiederman & Pryor (1997)	105 female outpatients	3	24	12	15	30	27	15	49	52	42
Overall		17	17	12	9	32	33	16	41	40	28

Όπου:

PA: Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

SZ: Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

SC: Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας

AN: Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας

BO: Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας

HI: Δραματική - Οιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας

NA: Нарκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

DE: Εξαρτώμενη Διαταραχή της Προσωπικότητας

AV: Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας

OC: Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

nr: not reported

Σύμφωνα με τον Dowson (1992), η φύση και ο βαθμός των διαταραχών προσωπικότητας μπορεί να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση των διατροφικών διαταραχών και να συμβάλλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση τους. Σύμφωνα με αυτήν την έρευνα η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας ήταν κοινή σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον υποστηρίζει ότι η νευρογενής

βουλιμία σχετίζεται με την αντικοινωνική, τη δραματική, τη μεταιχμιακή, τη σχιζοειδή, τη σχιζότυπη, τη ναρκισσιστική, την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική, την αποφευκτική και την εξαρτώμενη διαταραχή της προσωπικότητας.

3.5 Επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας όπως προσεγγίστηκαν από διαγνωστικές συνεντεύξεις.

Η συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών όπως φάνηκε από 15 διαγνωστικές συνεντεύξεις φαίνεται από τον πίνακα 2. Αυτές οι συνεντεύξεις ουσιαστικά υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές προσωπικότητας που συνδέονται με την νευρική ανορεξία είναι η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική, η αποφευκτική και η εξαρτώμενη. Η μεταιχμιακή, η αποφευκτική, η εξαρτώμενη και η παρανοειδής είναι οι πιο κοινές σε άτομα με νευρογενή βουλιμία. Και τέλος στη διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας οι πιο κοινές διαταραχές προσωπικότητας ήταν η αποφευκτική, η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική και η μεταιχμιακή.

Πίνακας 2

Prevalence rates (in percent) of personality disorders as assessed by diagnostic interview in individuals with eating disorders

Study	Participants	Cluster A			Cluster B				Cluster C		
		PA	SZ	SC	AN	BO	HI	NA	DE	AV	OC
<i>Anorexia nervosa, restricting type</i>											
Diaz – Marsa et al. (2000)	25 female outpatients	10	nr	nr	nr	nr	nr	nr	5	25	20
Gillberg et al. (1995)	48 female community 3male community	6	0	2	0	6	0	14	8	14	30
Godt (2002)	48 female outpatients	2	2	0	0	4	2	2	4	10	2
Herzog, Keller, et al. (1992)	31 female in/outpatients	3	0	0	0	0	0	0	3	10	10
Karwautz et al. (2002)	43 female in/outpatients	2	9	nr	nr	nr	0	nr	14	nr	nr
Maranon et al.. (2004)	16 female outpatients	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
Overall		4	3	1	0	3	1	6	7	14	15

<i>Bulimia nervosa</i>											
Ames-Frankle et al. (1992)	83 female in/outpatients	4	0	2	0	23	10	7	12	11	4
Bulik et al. (1995)	76 female in/outpatients	28	nr	nr	nr	37	nr	nr	nr	36	nr
Carroll et al. (1996)	30 female outpatients	7	0	3	0	10	0	3	7	10	7
Diaz- Marsa et al. (2000)	30 female outpatients	5	10	nr	nr	33	14	nr	24	19	14
Godt (2002)	81 female outpatients	4	1	0	0	6	7	1	14	19	4
Herzog, et al. (1992)	91 female in/outpatients	2	0	2	0	8	7	1	1	2	3
Maranon et al. (2004)	21 female outpatients	0	0	0	0	24	0	0	0	19	14
Mulder et al. (1999)	130 female outpatient	23	2	5	5	28	17	5	13	30	18
Rossiter et al. (1993)	71 female outpatients	3	0	1	11	21	7	10	14	14	10
van Hanswijck de Jonge et al. (2003)	35 female outpatient	3	3	0	6	26	0	0	0	23	9
Overall		10	1	2	3	21	9	4	10	19	9
<i>Binge Eating Disorder</i>											
Telch & Stice (1998)	61 female community	5	0	0	0	7	0	0	3	7	5
Wilfley et al. (2000)	134 female outpatient 28male outpatients	4	1	1	1	9	0	3	1	12	14
Yanovski et al. (1993)	33 female community 10male community	0	nr	nr	nr	14	nr	nr	nr	9	7
van Hanswijck de Jonge et al. (2003)	15 female outpatients	13	0	0	0	0	0	0	0	13	0
Overall		4	1	1	1	9	0	2	1	11	10

Όπου:

PA: Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

SZ: Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

SC: Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας

AN: Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας

BO: Μεταχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας

HI: Δραματική- Οιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας

NA: Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

DE: Εξαρτώμενη Διαταραχή της Προσωπικότητας

AV: Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας

OC: Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

nr: not reported

Σύμφωνα με τον Diaz-Marsa M, (2000) το 61,8% των ατόμων με τις διατροφικές διαταραχές εμφάνιζαν τουλάχιστον μια διαταραχή της προσωπικότητας. Η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας εμφανιζόταν πιο συχνά στον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας ενώ η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας ήταν πιο κοινή στην νευρογενή βουλιμία και στον καθαρκτικό τύπο της νευρικής ανορεξίας. Οι ανορεκτικοί ασθενείς είχαν υψηλές τιμές στον τομέα που αφορά την επιμονή και την αντοχή ενώ οι βουλιμικοί ασθενείς στον τομέα της αποφυγής τραυματισμού και στην έντονη παρορμητικότητα της διάθεσης. Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές έχουν ετερογενή γνωρίσματα του ταμπεραμέντου και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Οι διαταραχές της προσωπικότητας που ανήκουν στην τρίτη κατηγορία είναι πιο συχνά εμφανιζόμενες στον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας και τα παρορμητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με τα συμπτώματα της βουλιμίας.⁵⁰ Επιπλέον σύμφωνα με τους Hergoz, et.al. (1992), από τα 210 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα το 27% εμφάνιζε τουλάχιστον μια διαταραχή της προσωπικότητας, με τη μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας να είναι η πιο συχνά παρατηρούμενη με ποσοστό 9%. Η επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στην υποκατηγορία των ανορεκτικών με ποσοστό 22% από ότι στην υποκατηγορία των βουλιμικών που ήταν 21%. Οι διαταραχές της προσωπικότητας που ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία των διαταραχών προσωπικότητας και συγκεκριμένα η δραματική και η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας ήταν πιο κοινές στη νευρογενή βουλιμία από ότι στη νευρική ανορεξία.⁵¹ Τέλος σύμφωνα με τον Yanoski, (1993) τα άτομα με την επεισοδιακή υπερφαγία έχουν υψηλότερες τιμές συσχέτισης με τη μεταιχμιακή και την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας.⁵²

Σύμφωνα με έρευνα¹³ η οποία συμπεριέλαβε μεγάλο δείγμα από γυναίκες με διατροφικές διαταραχές που βρίσκονταν τόσο σε κλινικές όσο και στην κοινότητα έδειξε πως ασθενείς με καλή συμπεριφορά και διατροφή τείνουν να έχουν

χαμηλότερο δείκτη ειλικρίνειας και διάθεση για συνεργασία σε σχέση με ανθρώπους που απέχουν από την τροφή. Το χαμηλό ποσοστό ειλικρίνειας και διάθεσης για συνεργασία φαίνεται να αποτελεί σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής προσωπικότητας. Αυτό το συμπέρασμα βοηθάει στο να διαγνώσουμε γιατί οι άνθρωποι με νευρική ανορεξία και νευρογενή βουλιμία βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής προσωπικότητας.

Παρόλη την τεράστια σημαντικότητα των οργάνων αυτοαξιολόγησης αξίζει να αναφέρουμε ότι μερικές φορές τείνουν να υπερεκτιμούν τη συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των διατροφικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα στη νευρική ανορεξία έγινε μεγαλύτερη υπερεκτίμηση από ότι στη νευρογενή βουλιμία. Τα νευρικά ανορεκτικά άτομα που εμφάνιζαν σχιζοειδή και σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας παρουσίασαν μεγαλύτερη υπερεκτίμηση από βουλιμικά άτομα που εμφάνιζαν μεταιχμιακή και δραματική διαταραχή προσωπικότητας.²⁸ Πιο σύγχρονες έρευνες αναφέρουν ότι οι διαταραχές προσωπικότητας της τρίτης κατηγορίας είναι οι πιο συχνές σε άτομα με νευρική ανορεξία ενώ τα άτομα με νευρογενή βουλιμία ή υπερφαγία εμφανίζουν διαταραχές προσωπικότητας δεύτερης και τρίτης κατηγορίας. Συμπερασματικά, η μετά-ανάλυση υποστηρίζει ότι η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας είναι η πιο κοινή στις διατροφικές διαταραχές το οποίο επιβεβαιώνει έρευνες ότι άτομα με διατροφικές διαταραχές τείνουν να είναι πολύ ανήσυχοι με την έγκριση και την αποδοχή και φοβούνται την απόρριψη και την κριτική²⁸. Η καταναγκαστική – ψυχαναγκαστική είναι πιο κοινή σε άτομα με νευρική ανορεξία και υπερφαγία και είναι εξίσου κοινή στη νευρογενή βουλιμία που υποστηρίζει το γεγονός ότι άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι τελειομανή και θέτουν υψηλά στάνταρ για τους εαυτούς τους. Η εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική ανάγκη για φροντίδα είναι κοινή τόσο σε άτομα με νευρογενή βουλιμία αλλά και νευρική ανορεξία. Η μεταιχμιακή που χαρακτηρίζεται από έντονη παρορμητικότητα της διάθεσης και αστάθεια είναι η πιο κοινή σε άτομα που κάνουν επεισόδια υπερφαγίας.²⁹ Σύμφωνα με τον Cloninger τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν τον τύπο των διαταραχών προσωπικότητας που υποφέρουν τα άτομα. Επιπρόσθετα με τη χαμηλή ειλικρίνεια και τη χαμηλή διάθεση για συνεργασία που χαρακτηρίζει όλες τις διαταραχές προσωπικότητας οι διαταραχές της κατηγορίας A χαρακτηρίζονται από χαμηλή αναζήτηση επιβράβευσης, της κατηγορίας B από

αναζήτηση καινοτόμων αλλαγών και της τρίτης κατηγορίας από μεγάλη ανησυχία και φόβο μην πάθουν κάτι κακό.³⁰ Το γεγονός είναι ότι όλες οι διατροφικές διαταραχές συνδέονται με υψηλές τιμές των διαταραχών προσωπικότητας.

3.6 Διατομικές Μελέτες

Αρκετές νοητικές μελέτες που έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας ισχυρίζονται ότι μια διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να προδιαθέτει για την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (predisposition model) αλλά θα μπορούσε επίσης να αποτελεί μια επιπλοκή ή συνέπεια των διατροφικών διαταραχών.³¹ Επιπρόσθετα ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας όπως η παρορμητικότητα της διάθεσης μπορεί να δημιουργήσει διαιτολογική αστάθεια και συναισθηματική αναταραχή και να συμβάλλει στη δημιουργία διατροφικών διαταραχών.²¹ Τέλος οι μελέτες αναφέρουν ότι οι διατροφικές διαταραχές και η άμεση συσχέτιση τους με τις διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να οφείλονται ή να προκαλούνται από έναν τρίτο παράγοντα (co-occurrence model). Για παράδειγμα μπορεί να οφείλονται σε καθυστέρηση της ανάπτυξης, σε οικογενειακούς παράγοντες (ιστορικό πιθανής κακοποίησης), σε νευροβιολογικούς παράγοντες (επίπεδα σεροτονίνης) και κληρονομικούς παράγοντες. Επιπλέον σε άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν εκτεταμένες περιόδους πείνας ανέπτυξαν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, επιθετικής συμπεριφοράς, ακαμψία και έντονα συναισθήματα θυμού.³² Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της ακαμψίας και της επιθετικής συμπεριφοράς μπορεί να επιδεινώνουν τα συναισθήματα της πείνας²⁵. Παρόλα αυτά το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά επιμένουν και μετά από την πιθανή θεραπεία από μια διατροφική διαταραχή¹⁴ υποστηρίζει την υπόθεση ότι αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι παράγοντες που είχαν συμβάλει στην έναρξη των διατροφικών διαταραχών. Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι λιγότερο συνηθισμένες σε ασθενείς που έχουν αναρρώσει από ότι σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς. Παρόλα αυτά η κλινική κατάσταση της ασθένειας φαίνεται να επηρεάζει την εκτίμηση των διαταραχών προσωπικότητας. Τα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας συχνά καλυτερεύουν μαζί με τη βελτίωση των διατροφικών διαταραχών, αποδεικνύοντας κατά αυτόν τον τρόπο τα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας μπορεί να σχετίζονται με τις συνέπειες των διατροφικών διαταραχών²⁶. Παρότι το γεγονός ότι η θεραπεία από μια διατροφική

διαταραχή μπορεί να έχει μια σχετική επίδραση στα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας η διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας επιμένει σε μερικά θεραπευμένα άτομα και πιο συγκεκριμένα σε αυτά με ιστορικό νευρικής ανορεξίας⁷. Οι ερευνητές και οι κλινικοί θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους στην εκτίμηση και στη διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας και τη διάρκεια των διατροφικών διαταραχών.

3.7 Κλινικές Επιπτώσεις

Ουσιαστικά, η μελέτη της προσωπικότητας στις διατροφικές διαταραχές είναι χρήσιμη εάν διευκρινίζει την αιτιολογία, τη συστηματική έκφραση, τους τρόπους αντιμετώπισης και την πρόγνωση των διατροφικών διαταραχών. Συνοψίζοντας, η τελειομανία είναι παράγοντας κινδύνου για νευρική ανορεξία και νευρογενή βουλιμία και ότι η ψυχαναγκαστική -καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας είναι παράγοντας κινδύνου για νευρική ανορεξία³². Επιπρόσθετα μελέτες που έχουν εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας συσχετίζεται με μια γενικευμένη ψυχοπαθολογία και ανεπαρκείς λειτουργίες, αλλά όχι συγκεκριμένα με τη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών στη νευρογενή βουλιμία²¹. Σε αντίθεση, μια μελέτη αναφέρει ότι η παρουσία των διαταραχών προσωπικότητας σχετίζεται με τη γενικότερη συμπτωματολογία της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας. Άλλες μελέτες συμπεραίνουν ότι η συσχέτιση μεταξύ διαταραχών προσωπικότητας και των συμπτωμάτων από τις διατροφικές διαταραχές συγκεντρώνεται κυρίως στις διαταραχές προσωπικότητας της δεύτερης κατηγορίας³³. Η παρουσία της μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας και γενικότερα οι διαταραχές της προσωπικότητας της δεύτερης κατηγορίας σχετίζονται με χαμηλή θεραπευτική αντιμετώπιση στη νευρική ανορεξία και στη νευρογενή βουλιμία³¹ και στη διαταραχή της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας³⁵. Παρόλα αυτά μια πρόσφατη έρευνα υποστηρίζει ότι τα φυσικά αίτια της νευρογενούς βουλιμίας και των άτυπων διατροφικών διαταραχών δεν επηρεάζονται από την παρουσία της μεταιχμιακής, της ψυχαναγκαστικής -καταναγκαστικής ή της αποφευκτικής διαταραχής της προσωπικότητας³⁶ ισχυρίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο ότι η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί να συσχετίζεται πιο πολύ με διάφορα ψυχιατρικά

συμπτώματα ή ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία σε άτομα με διατροφικές διαταραχές. Συμπερασματικά, η βιβλιογραφία που εξετάζει την επίδραση της προσωπικότητας στα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών, στον τρόπο αντιμετώπισης και την πρόγνωση, είναι περιορισμένη και δημιουργεί ασύμφωνα αποτελέσματα, αλλά ισχυρίζεται ότι οι διαστάσεις της προσωπικότητας όπως η έντονη παρορμητικότητα της διάθεσης³⁴ και η τελειομανία³⁷ μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες πρόβλεψης των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών. Ίσως η προσωπικότητα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών. Σε μία μελέτη τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (υψηλή τελειομανία και η έντονη συναισθηματική αστάθεια) είχαν αυξημένη ισχύ στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών (έλεγχος βάρους, συχνότητα των βουλιμικών επεισοδίων). Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με διάφορες μελέτες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών²¹, επειδή μπορεί συγκεκριμένα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών να εξυπηρετούν διαφορετικές λειτουργίες ή να έχουν διαφορετικές έννοιες που εξαρτώνται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Επιπρόσθετα σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε⁴⁷ η οποία είχε σαν σκοπό να καθορίσει τη συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας με τη νευρική ανορεξία και τη νευρογενή βουλιμία και να καθορίσει τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των διαταραχών προσωπικότητας που εμφανίζονται στις διατροφικές διαταραχές κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 51,5 % από όλους τους ασθενείς εμφάνιζαν τουλάχιστον μια διαταραχή προσωπικότητας γεγονός που αποτελεί σημαντικό εύρημα και πρόκληση για την κλινική πράξη και ότι οι πιο κοινές διαταραχές προσωπικότητας ήταν: η ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή, η αποφευκτική, η εξαρτημένη και η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 66 εξωτερικοί ασθενείς με διατροφικές διαταραχές στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η διεθνής εξέταση των διαταραχών της προσωπικότητας και εξέτασε τα προφίλ της προσωπικότητας τους. Τα άτομα που εμφάνιζαν τον καθαρικό τύπο της νευρικής ανορεξίας ήταν τα πιο επηρεασμένα. Το ποσοστό συσχέτισης των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι γενικά υψηλό και κυμαίνεται από 20 μέχρι 80%³¹. Ένας από τους λόγους στους οποίους οφείλονται αυτές οι αποκλίσεις είναι τα διάφορα εργαλεία που

χρησιμοποιούνται για να εξετάσουν τις διαταραχές προσωπικότητας. Στην περίπτωση που χρησιμοποιείται ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης τα ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με διατροφικές διαταραχές κυμαίνονται από 72 μέχρι 100%⁵¹. Ωστόσο τα ποσοστά συσχέτισης είναι χαμηλότερα όταν οι διαταραχές προσωπικότητας διερευνούνται χρησιμοποιώντας διακανονισμένες συνεντεύξεις.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν⁴⁷: 16 άτομα με τον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας (ANr), 10 άτομα με τον καθαρκτικό τύπο της νευρικής ανορεξίας (ANp), 21 άτομα με νευρογενή βουλιμία (BNp) και 19 άτομα με άτυπη διατροφική διαταραχή (EDNOS). Οι συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές είχαν διαγνωσθεί χρησιμοποιώντας τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Όσον αφορά τα αποτελέσματα οι διαταραχές προσωπικότητας διαγνώστηκαν σε ποσοστό 80% σε άτομα με τον καθαρκτικό τύπο της νευρικής ανορεξίας, σε ποσοστό 67% σε άτομα με τη νευρογενή βουλιμία, σε ποσοστό 42% σε άτομα με άτυπη διατροφική διαταραχή και 25% σε άτομα με τον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας. Οι διαταραχές προσωπικότητας ήταν πιο συχνά διαγνωσμένες σε ασθενείς με τον υπερφαγικό - καθαρκτικό τύπο της νευρικής ανορεξίας και της νευρογενούς βουλιμίας από ότι στους ασθενείς με τον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3

Συχνότητα των διαταραχών προσωπικότητας σε άτομα με διατροφικές διαταραχές				
Διαταραχές Προσωπικότητας				
ANr	ANp	BNp	EDNOS	Total
N=16	N=10	N=21	N=19	N=66
N=4 25%	N=8 80%	N=14 66,7%	N=8 42,1%	N=34 51,5%

Όπου:

ANr: Ο περιοριστικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

ANp: Ο καθαρκτικός/υπερφαγικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

BNp: Η νευρογενής βουλιμία

EDNOS: Οι άτυπες διατροφικές διαταραχές

Τα άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη επηρεάστηκαν από διαφορετικό αριθμό διαταραχών προσωπικότητας συμπεράσμα που προκύπτει από τον μέσο όρο των διαταραχών προσωπικότητας. Ο μέσος όρος των διαταραχών προσωπικότητας στα άτομα με τον καθαρκτικό - υπερφαγικό τύπο της νευρικής ανορεξίας ήταν υψηλότερος από το μέσο όρο των διαταραχών προσωπικότητας των ατόμων με τον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας αλλά και υψηλότερος από το μέσο όρο των διαταραχών προσωπικότητας στις άτυπες διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον ο μέσος όρος των διαταραχών προσωπικότητας στη νευρογενή βουλιμία ήταν επίσης υψηλότερος από το μέσο όρο των διαταραχών προσωπικότητας στον περιοριστικό τύπο της νευρικής ανορεξίας όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα.⁴⁷

Πίνακας 4

Number of personality disorders in different eating disorders					
No. of personality disorders	ANr N=16	ANp N=10	BNp N=21	EDNOS N=19	Total N=66
0	12(75%)	2(20%)	7(33%)	11(57.9%)	32(48,5%)
1	3(18,8%)	4(40%)	12(57,1%)	6 (31,6%)	24(37,9%)
2	1 (6,3%)	3(30%)	1(4,8%)	2(10,5%)	7(10,6%)
3		1(10%)	1(4,8%)		2(3%)
Personality disorders mean	0,31	1,30	0,81	0,53	0,68

Όπου:

ANr: Ο περιοριστικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

ANp: Ο καθαρκτικός/υπερφαγικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

BNp: Η νευρογενής βουλιμία

EDNOS: Οι άτυπες διατροφικές διαταραχές

Όταν λήφθηκαν όλοι υπόψη οι ασθενείς η ψυχαναγκαστική -καταναγκαστική διαταραχή ήταν η πιο κοινή (19,7%), ακολούθησε η αποφευκτική (16,7%), η μεταιχμιακή (13,6%) καθώς και η άτυπη διαταραχή της προσωπικότητας με ποσοστό 13,6%. Δεν υπήρχε καμία διάγνωση για σχιζοειδή και σχιζότυπη διαταραχή της

προσωπικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών τα άτομα με τον καθαρκτικό τύπο της νευρικής ανορεξίας ήταν πιο επηρεασμένα από τις διαταραχές προσωπικότητας.⁴⁷ Επιπρόσθετα σε αυτήν τη μελέτη άτομα που εμφάνιζαν τον καθαρκτικό - υπερφαγικό τύπο της νευρικής ανορεξίας εμφάνιζαν πιο συχνά την ψυχαναγκαστική -καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας. Το ίδιο αποτέλεσμα έχει εξακριβωθεί και από άλλες μελέτες.⁴⁶ Παρόλα αυτά σε άλλες μελέτες³⁶ η πιο κοινή διαταραχή της προσωπικότητας σε άτομα με τον καθαρκτικό-υπερφαγικό τύπο της νευρικής ανορεξίας ήταν η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. Τέλος άτομα με άτυπες διατροφικές διαταραχές εμφάνιζαν 29% πιθανότητα εμφάνισης τουλάχιστον μιας διαταραχής προσωπικότητας.⁴⁷ Όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα 5 και την εικόνα 1:

Πίνακας 5

Personality disorders profile in different eating disorders										
Personality Disorders	ANr		ANp		BNp		EDNOS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Paranoid	0	0	0	0	0	0	1	5,3	1	1,5
Schizoid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schizotypal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Histrionic	0	0	0	0	0	0	0	5,3	1	1,5
Antisocial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narcissistic	0	0	0	0	0	0	1	5,3	1	1,5
Borderline	0	0	2	20	5	23,8	2	10,5	9	13,6
Compulsive	2	12,5	6	60	3	14,3	2	10,5	13	19,7
Dependent	0	0	2	20	0	0	0	0	2	3
Avoidant	2	12,5	3	30	4	19	2	10,5	11	16,7
Not-specified	2	12,5	0	0	5	23,8	2	10,5	9	13,6

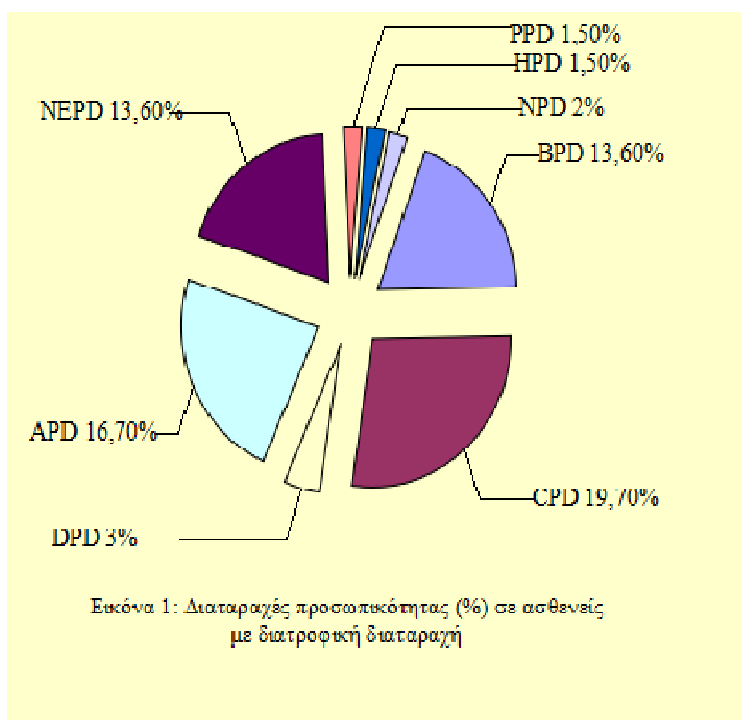
Όπου:

ANr: Ο περιοριστικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

ANp: Ο καθαρκτικός/υπερφαγικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

BNp: Η νευρογενής βουλιμία

EDNOS: Οι άτυπες διατροφικές διαταραχές



PPD: Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας

NEPD: Μη Καθορισμένη Διαταραχή της Προσωπικότητας

BPD: Μεταιχμακή Διαταραχή της Προσωπικότητας

HPD: Δραματική - Οιστριονική Διαταραχή της Προσωπικότητας

NPD: Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

DPD: Εξαρτώμενη Διαταραχή της Προσωπικότητας

APD: Αποφενκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας

CPD: Ψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας

Όσον αφορά τώρα τις τρεις κατηγορίες των διαταραχών προσωπικότητας οι διαταραχές προσωπικότητας της τρίτης κατηγορίας ήταν πιο συχνά διαγνωσμένες (30%), στη συνέχεια ακολουθούσαν της δεύτερης κατηγορίας (15,2%). Συγκρίνοντας τις 4 κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών οι ασθενείς με τον υπερφαγικό-καθαρκτικό τύπο ήταν πιο συχνά διαγνωσμένοι από μία διαταραχή προσωπικότητας που ανήκε στην τρίτη κατηγορία από ότι οι ασθενείς που ανήκαν στις κατηγορίες άλλων διατροφικών διαταραχών, όπως φαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα.⁴⁷

Πίνακας 6

Personality disorders types profile in different eating disorders										
Personality disorders type	ANr		ANp		BNp		EDNOS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Type A	0	0	0	0	0	0	1	5,3	1	1,5
Type B	0	0	2	20	5	23,8	3	15,8	10	15,2
Type C	3	18,8	8	80	6	28,6	3	15,8	20	30,3

Όπου :

ANr: Ο περιοριστικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

ANp: Ο καθαρκτικός/υπερφαγικός τύπος της νευρικής ανορεξίας

BNp: Η νευρογενής βουλιμία

EDNOS: Οι άτυπες διατροφικές διαταραχές

3.8 Συμπεράσματα

Συνοπτικά λοιπόν όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ διαταραχών προσωπικότητας και της νευρικής ανορεξίας καταλήγουμε στο ότι:

- Σύμφωνα με 8 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 49%.
- Σύμφωνα με 9 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 10 έως και 47%, ενώ υπάρχει μια μελέτη του Dowson, (1992) που υποστηρίζει ποσοστό συσχέτισης 64%.
- Σύμφωνα με 8 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 6 έως και 44% ενώ υπάρχει μια μελέτη του Pryor, (1998) που δείχνει ποσοστό συσχέτισης 65%.
- Σύμφωνα με 5 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με τη σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 35%.
- Σύμφωνα με 2 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με τη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 40%.
- Σύμφωνα με 4 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 4 έως και 35% ενώ υπάρχει μια έρευνα του Dowson, (1992) που εμφανίζει ποσοστό συσχέτισης 60%.
- Σύμφωνα με 6 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 45%.
- Σύμφωνα με 4 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 0 έως και 11%.

- Σύμφωνα με 7 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 3 έως και 41% ενώ υπάρχει μια έρευνα του Pryor, (1998) που έδειξε ποσοστό συσχέτισης 62%.
- Σύμφωνα με 4 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρική ανορεξία συνδέεται με την δραματική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 19% ενώ υπάρχει μια έρευνα του Dowson, (1992) που δείχνει ποσοστό συσχέτισης 73%.⁵³

Όσον αφορά τα συμπεράσματα για την νευρογενή βουλιμία ήταν τα εξής:

- Σύμφωνα με 13 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με τη παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 49%.
- Σύμφωνα με 15 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως και 52%.
- Σύμφωνα με 14 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με την ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 3 έως και 42%.
- Σύμφωνα με 9 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με τη σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 1 έως και 24%.
- Σύμφωνα με 9 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με τη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 1 έως και 24%.
- Σύμφωνα με 14 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με τη μεταχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 6 έως και 40%.
- Σύμφωνα με 11 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με τη ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 0 έως και 15%.

- Σύμφωνα με 8 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 0 έως και 23%.
- Σύμφωνα με 12 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με την εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 1 έως και 49%.
- Σύμφωνα με 11 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η νευρογενής βουλιμία συνδέεται με τη δραματική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 7 έως και 58%.⁵³

Όσον αφορά τα συμπεράσματα για την επεισοδιακή υπερφαγία ήταν τα εξής:

- Σύμφωνα με 3 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με την παρανοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 4 έως και 13%.
- Σύμφωνα με 4 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 7 έως και 13%.
- Σύμφωνα με 3 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με την ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 5 έως και 14%.
- Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με τη σχιζοειδή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό 1%.
- Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με τη σχιζότυπη διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό 1%.
- Σε τρεις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με τη μεταχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 7 έως και 14%.
- Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με τη ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό 1%.

- Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό 1%.
- Σε δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η επεισοδιακή υπερφαγία συνδέεται με την εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 1 έως και 3%.⁵³

Διαχρονικά η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών καθορίζεται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Νέες έρευνες πραγματοποιούνται συνεχώς για την ανακάλυψη της συνύπαρξης αυτών των δύο καταστάσεων ώστε στο μέλλον να αποσαφηνιστεί πληρέστερα η εξάρτηση μεταξύ τους και να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα οι διατροφικές διαταραχές. Υπάρχουν όμως ήδη αρκετά για να θεμελιώσουν την άποψη ότι στην περίπτωση συνύπαρξης η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση απαιτεί υποστήριξη και στα δύο είδη διαταραχών.

4. Βιβλιογραφία

- 1) American Psychiatric Association, (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC, Donnelly and Sons Company
- 2) Martinsen E.W, et al. (2005), The interaction of personality disorders and eating disorders: A two year prospective study of patients with longstanding eating disorders, *International journal of eating disorders*, **38**, 106-111
- 3) Lilenfeld LR, et al.. (2006), Eating Disorders and personality: a methodological and empirical review, *Clinical. Psychology Review*, **3**, 299-320.

- 4) Villaeiro C, et al. (2012), Lifetime obesity in patients with eating disorders increasing prevalence, clinical and personality correlates, *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association* , **3**, 250-254.
- 5) Braun DL, et al. (1994), Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders, *Psychological Medicine*, **24**, 859-867.
- 6) Kennedy SH, et al. (1995), Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **183**, 358-364.
- 7) Matsunaga H, et al. (1998), Personality disorders in patients with eating disorders in Japan, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **23**, 399-408.
- 8) Cassin S.E, von Ramson K.M, (2005), Personality and eating disorders: A decade in review, *Clinical. Psychology Review*, **7**, 895-916.
- 9) British Psychological. Society, (2004), Eating Disorders Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, Leicester, UK.
- 10) American Psychiatric Association, (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC.
- 11) Rogers, R.L & Petrie, T.A. (2001), Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology, *Journal of Counseling and Development*, **79**, 178-187.
- 12) Anderluh, et al. (2003), Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype, *American Journal of Psychiatry*, **160**, 242-247.

- 13) Cassidy E, et al. (1999) Obsessive- Compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders, *European Child and Adolescent Psychiatry*, **8**, 193-199.
- 14) Srinivasagam N. M, et al. (1995), Persistent perfectionism symmetry and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, **152**, 1630-1634.
- 15) von Ranson K.M, et al. (1999), Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, **156**, 1703-1708.
- 16) Costa P.T, et al. (1985), The NEO Personality inventory manual. Odessa.
- 17) Brookings J.B, et al. (1994), Personality and Family environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors, *Journal of Personality Assessment*, **63**, 313-326.
- 18) Fahy, et al. (1993), Impulsivity and eating disorders, *British Journal of Psychiatry*, **162**, 193-197.
- 19) Ames- Frankel J, et al. (1992), Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa Clinical correlates and changes in treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*, **53**, 90-96.
- 20) Rossier V, et al. (2000), Sensation seeking :A personality trait characteristic of adolescent girls and young women with eating disorders, *European Eating Disorders Review*, **8**, 245-252.
- 21) Steiger H, et al. (2004), Personality traits and disorders in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder, *Clinical handbook of eating disorders: An intergrated approach* (pp. 209-230).

- 22) Lehoux P.M, et al. (2000), State/trait distinctions in bulimic syndromes, *International Journal of Eating Disorders*, **27**, 36-42.
- 23) Leon G,R, et al. (1999), Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk status for eating disorders in adolescent girls, *Journal of Abnormal Psychology*, **102**, 438-444.
- 24) Casper, R.C, et al. (1992), Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**, 830-840.
- 25) Lilenfeld, L, et al. (2000), Personality traits among current eating disordered, recovered and never ill first - degree relatives of bulimic and control women, *Psychological Medicine*, **30**, 1399-1410.
- 26) Bornstein R.F, et al. (2001), A meta-analysis of the dependency – eating disorders relationship Strength, specificity, and temporal stability, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **23**, 151-162.
- 27) Rosenvinge J, et al. (2000), The comorbidity of eating disorders and personality disorders A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998, *Eating and Weight Disorders*, **5**, 52-61.
- 28) Narduzzi K.J, et al. (2000), Personality differences between eating disordered women and a nonclinical comparison sample A discriminant classification analysis, *Journal of Clinical Psychology*, **56**, 699-710.
- 29) Bulik, et al. (2003), The relation between eating disorders and components of perfectionism, *American Journal of Psychiatry*, **160**, 366-368.

- 30) Battaglia M, et al. (1996), Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders, *Comprehensive Psychiatry*, **37**, 292-298.
- 31) Wonderlich S.A, et al. (2001), The role of personality in the onset of eating disorders and implications of treatment, *The Psychiatric Clinics of North America*, **24**, 249-258.
- 32) Stice E, (2002), Risk and maintenance factors for eating pathology A meta – analytic review, *Psychological. Bulletin*, **128**, 825-848.
- 33) Keys, et al. (1950), *The biology of human starvation*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 34) Keel P.K et al. (1997), Outcome in bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, **154**, 313-321.
- 35) Wilfley D.E, et al. (2000), Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 641-649.
- 36) Grilo C.M, (2003), Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, **33**, 155-164.
- 37) Joiner T.E, et al. (2000), Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms, *International Journal of Eating Disorders*, **27**,191-197.
- 38) American Psychiatric Association, (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC, Donnelly and Sons Company.

- 39) British Psychological Society, (2004), Eating Disorders Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, *Leicester, UK*.
- 40) Martinsen E.W, et al. (2005), The interaction of personality disorders and eating disorders: A two year prospective study of patients with longstanding eating disorders, *International journal of eating disorders*, **38**, 106-111
- 41) Skodol A. E, et al. (1993), Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders, *International journal of eating disorders*, **4**, 403-416.
- 42) Cassin S.E, von Ramson K.M, (2005), Personality and eating disorders: A decade in review, *Clinical. Psychology Review*, **7**, 895-916.
- 43) Villaeiro C, et al. (2012), Lifetime obesity in patients with eating disorders increasing prevalence, clinical and personality correlates, *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, **3**, 250-254.
- 44) Kennedy SH, et al. (1995), Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **183**, 358-364. In Mototake M, Ohmori T, (2002), *Personality Profiles in patients with eating disorders*, Department of Psychiatry, The University of Tokushima School of Medicine Tokushima, Japan.
- 45) Matsunaga H, et al. (1998), Personality disorders in patients with eating disorders in Japan, *Journal of Nervous and Mental Disease*, **23**, 399-408. In Mototake M, Ohmori T, (2002), *Personality Profiles in patients with eating disorders*, Department of Psychiatry, The University of Tokushima School of Medicine Tokushima, Japan.

- 46) Braun DL, et al. (1994), Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders, *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- 47) Izaksun M, et al. (2004) Prevalence of Personality Disorders in Patients with Eating Disorders: A Pilot Study Using the IPDE, *European Eating Disorders*, 12, 1-6.
- 48) Morcos N, et al. (2016), Personality disorders: A measured response, *The Journal of Family Practice*, 2, 90-97.
- 49) American Psychiatric Association, (2006), Practice Guideline for Treatment of Patients with Eating Disorders, Washington DC.
- 50) Diaz - Marsa M, et al. (2000), A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa, *Journal of Personality Disorders*, 4, 352-359.
- 51) Herzog DB, et al. (1992), The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 147-157.
- 52) Yanoski SZ, et al. (1993), Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects, *The American journal of psychiatry*, 10, 1472-1479.
- 53) Dowson JH, et al. (1992), Associations between self-induced vomiting and personality disorders with a history of anorexia nervosa, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 5, 399-404.
- 54) Mc Crue RR, et al.(1992), An introduction to the five-factor model and its applications , *Journal of Personality*, 2, 175-215.

