
**Ανασκόπηση
Review**

Το φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών

Δ.Κ. Ρούκας, Β.Π. Κονταξάκης

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2005, 16:313–327

Τις τελευταίες δεκαετίες και κυρίως μέσα από κλινικές παρατηρήσεις, αναγνωρίστηκε ότι μια ομάδα ψυχικών, αλλά και άλλων διαταραχών εμφανίζει αρκετά κοινά χαρακτηριστικά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αυτή η ομάδα θεωρείται ότι αποτελεί το καλούμενο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών (obsessive compulsive spectrum disorders) και χαρακτηρίζεται από ομοιότητες που αφορούν την κλινική συμπτωματολογία, την επιδημιολογία, τη συννοσηρότητα, τους εμπλεκόμενους βιολογικούς συντελεστές και την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή. Στις διαταραχές που έχουν προταθεί και συγκροτούν το φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών περιλαμβάνονται η σωματοδυσμορφική διαταραχή, η υποχονδρίαση, η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία, η αυτιστική διαταραχή, η διαταραχή Tourette, η τριχοτιλλομανία, η παθολογική χαρτοπαξία, η κλεπτομανία και μια σειρά άλλων διαταραχών. Με βάση τα τελευταία διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, αναζητούνται πιθανοί κοινοί νευροχημικοί, νευρανατομικοί, γενετικοί και ανοσολογικοί δείκτες των παραπάνω διαταραχών, όπως επίσης και κλινικές φαινομενολογικές ομοιότητες.

Λέξεις ευρετηρίου: ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστικό φάσμα, συνεχές, ψυχαναγκαστικότητα, παρορμητικότητα.

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα από τις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας παρατηρείται αυξημένο ερευνητικό και κλινικό ενδιαφέρον από την πα-

γκόσμια ψυχιατρική κοινότητα για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ). Παράλληλα, αντίστοιχο ζωνρό ενδιαφέρον υπάρχει και για μια ομάδα διαταραχών, ψυχικών ή και άλλων, που, αν και ανήκουν σε διάφορες κατηγορίες διαταραχών (σύμφωνα με

Πίνακας 1. Το φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών.**Σωματόμορφες διαταραχές**

Σωματοδυσμορφική διαταραχή

Υποχονδρίαση

Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Ψυχογενής ανορεξία

Ψυχογενής βουλιμία

Ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής

Νευρολογικές διαταραχές

Αυτιστική διαταραχή

Διαταραχή Asperger

Διαταραχή Tourette

Χορεία Sydenham

Διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων

Τριχοτιλλομανία

Κλεπτομανία

Παθολογική χαρτοπαιξία

Πυρομανία

Διαλείπουσα εκρηκτική συμπεριφορά

Διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων μη άλλως προσδιοριζόμενες

Ονυχοφαγία

Τσίμπημα δέρματος-προσώπου (skin picking)

Καταναγκαστική αγορά αντικειμένων

Σεξουαλικοί καταναγκασμοί

Επαναληπτικοί αυτοτραυματισμοί (repetitive self-mutilation)

την ταξινόμηση των υπαρχόντων ταξινομικών συστημάτων), φαίνεται να σχετίζονται με την ΙΨΔ, ώστε να συγκροτούν μια ομάδα διαταραχών που συχνά αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως «φάσμα ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών». ¹⁻³

Η συγκρότηση της ομάδας των διαταραχών αυτών βασίζεται κυρίως σε κλινικές παρατηρήσεις. Φαίνεται ότι οι διαταραχές αυτές έχουν κοινά φαινομενολογικά χαρακτηριστικά με την ΙΨΔ και πιο συγκεκριμένα χαρακτηρίζονται, εκτός των άλλων, από ιδεοληπτικού τύπου σκέψεις και ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές. ⁴ Σε αυτή την ομάδα διαταραχών φαίνεται ότι υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά και σε άλλες παραμέτρους, όπως στη συννοσηρότητα, τους βιολογικούς αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες και τη φαρμακευτική ανταπόκριση στη θεραπεία, ειδικά με εκλεκτικούς αναστολείς επανα-

πρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). ^{5,6} Τα όρια του φάσματος των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών μπορούν να προσδιοριστούν μέσα από την αναγνώριση των παραπάνω αναφερόμενων κοινών χαρακτηριστικών. ⁴ Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στο καλούμενο φάσμα ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών (Πίνακας 1) μελετώνται και ερευνώνται σε μεγάλη έκταση. ⁷⁻¹⁸

Σε πιο ευρύτερα πλαίσια και όρια του φάσματος των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών έχει προταθεί να συμπεριληφθεί και σειρά άλλων διαταραχών, όπως η αποπροσωποποιητική διαταραχή, η παραληρητική διαταραχή (σωματικού και ζηλοτυπικού τύπου), η σχιζοτυπική και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Όμως, για τις παραπάνω διαταραχές δεν υπάρχει έως σήμερα επαρκής βιβλιογραφική τεκμηρίωση.

Κλινική συμπτωματολογία

Η ΙΨΔ χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμούς. Οι ιδεοληψίες είναι επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις και εικόνες, οι οποίες βιώνονται ως παρείσακτες και απρόσφορες, προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία στον ασθενή που προσπαθεί να τις αγνοεί ή να τις καταστείλει ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. Οι ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες και συχνά υπερβολικές συμπεριφορές ή νοερές πράξεις, τις οποίες ο ασθενής αισθάνεται αναγκασμένος να εκτελέσει ως απάντηση σε μία ιδεοληψία ή ως τήρηση ενός κανόνα που πρέπει να εφαρμοστεί και αποσκοπούν στην αποτροπή του γεγονότος ή στη μείωση της ενόχλησης.¹⁹

Τα τρία πυρηνικά και πιο αντιπροσωπευτικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΙΨΔ είναι (α) η παθολογική αμφιβολία, (β) η αδυναμία ολοκλήρωσης (incompleteness) και (γ) η μη φυσιολογική αποτίμηση του βαθμού κινδύνου.²⁰

Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τέσσερις κύριες κατηγορίες συμπτωμάτων που απαντώνται συχνότερα σε ασθενείς με ΙΨΔ:

- α) Ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμοί επιθετικού, σεξουαλικού και θρησκευτικού περιεχομένου,
- β) ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμοί συμμετρίας και τάξης,
- γ) ιδεοληψίες μόλυνσης και ψυχαναγκασμοί πλυσίματος και
- δ) ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμοί θησαυρισμού.^{21,22}

Στο 41% ασθενών με ΙΨΔ κυριαρχούν τα ιδεοληπτικού τύπου συμπτώματα στην κλινική εικόνα, στο 31% κυριαρχούν τα ψυχαναγκαστικού τύπου, ενώ στο 28% των ασθενών αναγνωρίζονται τόσο ιδεοληψίες όσο και ψυχαναγκασμοί, σύμφωνα με μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες.^{23,24}

Η αναγνώριση, συχνά και με προεξάρχουσα βαρύτητα, επαναληπτικού, ενοχλητικού και παρείσακτου τύπου σκέψεων, όπως και οι επαναληπτικού τύπου συμπεριφορές, αναγνωρίζονται και σε μια σειρά

άλλων διαταραχών — όχι μόνο σε ασθενείς με διάγνωση ΙΨΔ.

Η σωματοδυσμορφική διαταραχή (body dysmorphic disorder) χαρακτηρίζεται από επίμονη ενασχόληση του ασθενούς με ένα φανταστικό (μη ρεαλιστικό) ελάττωμα που αφορά στην εμφάνιση (κυρίως στο πρόσωπο, αλλά και στα άκρα ή το μέγεθος του σώματος), προκαλεί σημαντική ενόχληση στον ασθενή και επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητά του.¹⁹

Η κλινική εικόνα των ασθενών με σωματοδυσμορφική διαταραχή κυριαρχείται από ιδεοληπτικού τύπου ενασχόληση του ατόμου σε ό,τι αφορά στην εμφάνιση (ερωτήσεις για το φανταστικό τους ελάττωμα στην εμφάνιση), όπως και από ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές (π.χ. κυττάζονται συχνά στον καθρέφτη).²⁵

Οι ασθενείς με σωματοδυσμορφική διαταραχή απασχολούν μεγάλο μέρος του χρόνου τους με το υποτιθέμενο ελάττωμα στην εμφάνισή τους· τους προκαλεί έντονο άγχος και δυσφορία, δυσκολεύονται να ελέγξουν και να αντισταθούν σε αυτή τη σκέψη και τις επακόλουθες συμπεριφορές, στοιχεία που αναγνωρίζονται πολύ συχνά και σε ασθενείς με ΙΨΔ.²⁶

Η ενασχόληση με τη «συμμετρία» της φυσικής εμφάνισης στους ασθενείς με σωματοδυσμορφική διαταραχή παρουσιάζει ομοιότητες με τις ιδεοληψίες της ανάγκης για συμμετρία που αναφέρεται σε κάποιους ασθενείς με ΙΨΔ.⁶

Η ψυχογενής ανορεξία (*anorexia nervosa*) χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ασθενούς να διατηρήσει το σωματικό βάρος του στα επίπεδα του ελάχιστου φυσιολογικού για την ηλικία και το ύψος του. Υπάρχει έντονος φόβος του ασθενούς ότι το βάρος του θα αυξηθεί ή ότι θα γίνει υπέρβαρος, ακόμη και αν το βάρος του είναι κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Υπάρχει επίσης διαταραχή του τρόπου, με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος από τον ασθενή.¹⁹

Ο υπερβολικός φόβος της αύξησης του σωματικού βάρους, η έντονη ενασχόληση με την εικόνα του σώματος, το σωματικό βάρος και την πρόσληψη της

τροφής έχουν χαρακτήρες που μοιάζουν με έναν ι-δεοληπτικό τρόπο σκέψης. Η αυστηρή δίαιτα, η σωματική άσκηση, οι πολλαπλές ιεροτελεστίες στο φαγητό και το επαναλαμβανόμενο κύτταγμα στον καθρέφτη παραπέμπουν σε ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές.

Μια σημαντική διαφορά της ψυχογενούς ανορεξίας σε σύγκριση με την ΙΨΔ είναι ότι στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία τα συμπτώματα αυτά δεν προκαλούν την ένταση και τη δυσφορία που προκαλούν τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα στους ασθενείς με ΙΨΔ.⁶

Η ψυχογενής βουλιμία (*bulimia nervosa*) χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας σε συγκεκριμένο χρόνο με συνοδό αίσθηση απώλειας του ελέγχου. Συχνά αναγνωρίζεται επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά, όπως π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι ή/και χρήση καθαρτικών, προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του σωματικού βάρους.¹⁹

Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια πρόσληψης τροφής, με χαρακτηριστικά την πρόσληψη της τροφής σε σύντομο χρόνο και με συνοδό απώλεια ελέγχου, όπως και οι επακόλουθες συμπεριφορές αποτροπής που υιοθετούν οι ασθενείς αυτοί, φαίνεται να έχουν χαρακτήρες επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς ψυχαναγκαστικού τύπου.⁶

Η διαταραχή Tourette χαρακτηρίζεται από πολλαπλά κινητικά και φωνητικά τικ, που εμφανίζονται πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας και προκαλούν έκδηλη ενόχληση στους ασθενείς και σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητάς τους.¹⁹ Τα κινητικά και φωνητικά τικ που εμφανίζουν οι ασθενείς φαίνεται να μοιάζουν με τις ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές που αναγνωρίζονται στους ασθενείς με ΙΨΔ. Στους ασθενείς με διαταραχή Tourette δεν είναι συχνή η αναγνώριση, σε προεξάρχουσα θέση, ιδεοληψιών.²⁵ Συχνή είναι η εκδήλωση παρορμητικού τύπου συμπεριφορών σε ασθενείς με διαταραχή Tourette και φαίνεται ότι η ένταση και η συχνότητα των κινητικών και φωνητικών τικ μπορεί να βελτιωθεί στη νεαρή ενήλικη περίοδο των ασθενών αυτών.⁶

Η αυτιστική διαταραχή ανήκει στις αναπτυξιακές

διαταραχές κατά DSM-IV και χαρακτηρίζεται από (α) ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, (β) έκπτωση στην επικοινωνία και (γ) περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς.¹⁹ Η επαναληπτικότητα και η στερεοτυπία στη συμπεριφορά των ασθενών αυτών φαίνεται να μοιάζουν με τις ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές των ασθενών με ΙΨΔ.

Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων περιλαμβάνονται εξ ολοκλήρου στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών. Οι διαταραχές του ελέγχου των παρορμήσεων περιλαμβάνουν τη διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, την κλεπτομανία, την πυρομανία, την παθολογική χαρτοπαιξία, την τριχοτιλλομανία και μη άλλως προσδιοριζόμενες διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η καταναγκαστική αγορά αντικειμένων, η ονυχοφαγία, οι σεξουαλικοί καταναγκασμοί, το τσίμπημα δέρματος (*skin picking*) και οι επαναληπτικοί αυτοτραυματισμοί (*repetitive self-mutilation*).

Η διαλείπουσα εκρηκτική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από αποτυχία του ατόμου να αντισταθεί σε επιθετικές παρορμήσεις, με αποτέλεσμα σοβαρές επιθετικές πράξεις και συμπεριφορές ή/και καταστροφή περιουσίας. Η κλεπτομανία χαρακτηρίζεται από αποτυχία του ατόμου να αντισταθεί να κλέψει αντικείμενα που δεν τα χρειάζεται. Η πυρομανία χαρακτηρίζεται από προμελετημένους και σκόπιμους εμπρησμούς, σε περισσότερες της μιας περιστάσεις. Η παθολογική χαρτοπαιξία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη δυσπροσαρμοστική χαρτοπαικτική συμπεριφορά, την οποία αδυνατεί να ελέγξει ή να περιορίσει.

Η τριχοτιλλομανία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη απόσπαση τριχών από το τριχωτό της κεφαλής, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αισθητή απώλεια τριχών.¹⁹

Οι παρορμήσεις όπως και οι ιδεοληψίες βιώνονται συχνά ως επαναλαμβανόμενες, παράλογες, αποκρουστικές, παρείσακτες, με δυσκολία του ατόμου να αντισταθεί σε αυτές και συνοδεύονται από άγχος και ψυχική τάση. Στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων αναγνωρίζονται συμπεριφορές που μοιά-

ζουν με αυτές των ψυχαναγκασμών στους ασθενείς με ΙΨΔ, όπως για παράδειγμα η επιθετική συμπεριφορά σε άτομα με διαλείπουσα εκρηκτική συμπεριφορά η οποία έχει ομοιότητες με τις ιδεοληψίες βίαιου περιεχομένου ασθενών με ΙΨΔ.

Έχουν περιγραφεί εξ άλλου στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις (α) με ψυχαναγκαστικές μορφές διαταραχών ελέγχου παρορμήσεων,²⁷ (β) ασθενείς με ΙΨΔ και υψηλού βαθμού παρορμητικότητα²⁸ και (γ) ασθενείς με διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές.²⁹

Βέβαια, δεν μπορούν να αγνοηθούν και οι σημαντικές διαφορές. Οι παρορμήσεις οδηγούν συχνά σε επιζήμιες συμπεριφορές, προσφέρουν αίσθημα ευχαρίστησης και συχνά εκτελούνται χωρίς προσπάθεια αντίστασης, ενώ τα άτομα αυτά εμφανίζουν χαμηλού βαθμού εναισθησία, στοιχεία που δεν είναι συχνά σε ασθενείς με ΙΨΔ.

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με μία μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, ο διά βίου επιπολασμός της ΙΨΔ είναι 2,5%, ενώ ο επιπολασμός έξι μηνών προσδιορίστηκε στο 1,6% του γενικού πληθυσμού.²⁰⁻³⁰ Με βάση τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία, η ΙΨΔ είναι η τέταρτη συχνότερη ψυχική διαταραχή στις ΗΠΑ μετά τις φοβικές διαταραχές, τη χρήση τοξικών ουσιών και τη μείζονα κατάθλιψη. Φαίνεται επίσης ότι ο επιπολασμός της ΙΨΔ είναι διπλάσιος σε σχέση με διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η διαταραχή πανικού. Τα παραπάνω ευρήματα φαίνεται ότι επιβεβαιώνονται και σε άλλες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες.^{31,32}

Με βάση τις επιδημιολογικές μελέτες που έως τώρα έχουν πραγματοποιηθεί, φαίνεται ότι η επίπτωση της ΙΨΔ είναι περίπου ίδια στα δύο φύλα (αναφέρεται μικρή υπεροχή στο γυναικείο φύλο) και η τυπική ηλικία έναρξης της διαταραχής προσδιορίζεται κατά τη διάρκεια της όψιμης εφηβείας.^{33,34} Όπως προκύπτει από μια σειρά μελετών, η μέση ηλικία έναρξης είναι περίπου στα 21 χρόνια.³⁴ Η ηλικία έ-

ναρξης της διαταραχής είναι μικρότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ αναφέρεται ότι σε ένα ποσοστό που αγγίζει το 21% των ασθενών η ηλικία έναρξης της διαταραχής προσδιορίζεται σε ηλικίες μικρότερες των 14 ετών.³⁵ Η μικρή ηλικία έναρξης της διαταραχής έχει συσχετισθεί στατιστικά με θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΙΨΔ.³⁴

Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια με εξάρσεις και υφέσεις στη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Φαίνεται ότι στους άνδρες αναφέρονται πιο συχνά ιδεοληψίες ακρίβειας, ανάγκης για συμμετρία και σεξουαλικού περιεχομένου, ενώ στις γυναίκες φαίνεται να είναι πιο συχνές οι ιδεοληψίες με επιθετικό περιεχόμενο και οι τελετουργίες καθαριότητας.³⁶

Οι διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος που χαρακτηρίζονται από ιδεοληπτικού τύπου σκέψη και ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφορές, φαίνεται ότι μπορεί να αφορούν έως και το 10% του πληθυσμού στις ΗΠΑ.^{4,37}

Η σωματοδυσμορφική διαταραχή αναφέρεται να έχει επιπολασμό 0,1–1% στον γενικό πληθυσμό και η επίπτωσή της είναι περίπου ίδια στα δύο φύλα (αναφέρεται ελαφρά υπεροχή στο ανδρικό φύλο).^{38,39} Η ηλικία έναρξης προσδιορίζεται μεταξύ 16–23 ετών και χαρακτηριστικό στοιχείο είναι ότι η διάγνωση της διαταραχής γίνεται αρκετά χρόνια μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια και σε πολλές περιπτώσεις προοδευτικά επιδεινούμενη.³⁷

Η υποχονδρίαση φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στα άτομα του γυναικείου φύλου και η πορεία της διαταραχής να είναι χρόνια. Η έναρξή της συχνά τοποθετείται μεταξύ 20 και 30 ετών. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν μεγαλύτερη επίπτωση σε άτομα της μαύρης φυλής.⁴⁰

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται 10–20 φορές συχνότερα στα άτομα του γυναικείου φύλου, η έναρξή της τοποθετείται στην εφηβεία (κυρίως στις ηλικίες μεταξύ 14 και 18 ετών) και η πορεία της μπορεί να είναι χρόνια. Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5–1% των έφηβων κοριτσιών.⁴⁰

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζει υψηλότερο επιπολασμό σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία. Ανα-

φέρεται ότι εμφανίζεται στο 1–3% των νεαρών γυναικών. Πιο συχνά εμφανίζεται σε άτομα του γυναικείου φύλου και η έναρξη της διαταραχής προσδιορίζεται συνήθως στην νεαρή ενήλικη ζωή. Στις ανεπτυγμένες χώρες φαίνεται ότι η επίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας αγγίζει έως και το 1% του γενικού πληθυσμού.⁴⁰

Η διαταραχή Tourette εμφανίζει επιπολασμό στη διάρκεια ζωής 4–5 ατόμων ανά 10000 στον γενικό πληθυσμό. Η ηλικία έναρξης τοποθετείται περίπου στην ηλικία των 7 ετών και η επίπτωσή της είναι περίπου τριπλάσια στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια.⁴⁰ Η αυτιστική διαταραχή περιλαμβάνεται στις αναπτυξιακές διαταραχές και αναφέρεται επιπολασμός 4–15 ατόμων ανά 10000 στον γενικό πληθυσμό. Αναγνωρίζεται 4–5 φορές πιο συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια.³⁷

Όσον αφορά στην επιδημιολογία των διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων, εμφανίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία λίγα επιδημιολογικά δεδομένα. Η διαλείπουσα εκρηκτική συμπεριφορά είναι πιο συχνή σε άτομα του ανδρικού φύλου. Η κλεπτομανία φαίνεται να είναι πιο συχνή στις γυναίκες και αναφέρεται τριπλάσια επίπτωση σε σχέση με τους άνδρες. Φαίνεται ότι ο επιπολασμός της κλεπτομανίας αγγίζει το 0,6% στον γενικό πληθυσμό. Η πυρομανία είναι σπάνια διαταραχή· αναφέρεται ότι είναι πιο συχνή στους άνδρες. Η παθολογική χαρτοπαιξία εμφανίζει επίπτωση 3% στον γενικό πληθυσμό και φαίνεται να είναι πιο συχνή στους άνδρες. Η τριχοτιλλομανία αναγνωρίζεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού και φαίνεται ότι η διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Η καταναγκαστική αγορά αντικειμένων εμφανίζει επιπολασμό μεταξύ 1,1–5,9% του γενικού πληθυσμού και αναγνωρίζεται πιο συχνά σε άτομα του γυναικείου φύλου.⁴⁰ Φαίνεται ότι, όσον αφορά στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, η κλεπτομανία, η τριχοτιλλομανία και η καταναγκαστική αγορά αντικειμένων εμφανίζονται με μεγαλύτερη επίπτωση στα άτομα του γυναικείου φύλου, ενώ η διαλείπουσα εκρηκτική συμπεριφορά, η παθολογική χαρτοπαιξία και η πυρομανία εμφανίζονται με μεγαλύτερη επίπτωση στα άτομα του ανδρικού φύλου.²³

Συννοσηρότητα

Από διάφορες μελέτες έχει προκύψει ότι ποσοστό 50–64% των ασθενών με ΙΨΔ πληροί ταυτόχρονα τα κριτήρια για κάποια από τις διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος.⁴¹ Το 40–50% των ασθενών με ΙΨΔ εμφανίζει συννοσηρότητα με κάποια από τις διαταραχές του άξονα II κατά DSM-IV.⁴² Στους ασθενείς με ΙΨΔ αναγνωρίζονται πιο συχνά διαταραχές προσωπικότητας που περιλαμβάνονται στην κατηγορία Γ των διαταραχών προσωπικότητας (*Αποφευκτική, Εξαρτητική, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας*) με πιο συχνή την εξαρτητική, ακολουθούμενη από την αποφευκτική και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Η συννοσηρότητα ΙΨΔ και σχιζοτυπικής διαταραχής προσωπικότητας έχει συσχετισθεί θετικά με χειρότερη πρόγνωση.²³

Οι ασθενείς με ΙΨΔ έχουν αυξημένη συννοσηρότητα με τη μείζονα κατάθλιψη. Το 67% των ασθενών με ΙΨΔ θα αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής μείζονα κατάθλιψη, ενώ το 31% των ασθενών με ΙΨΔ πληροί ταυτόχρονα τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη.³⁴ Αυξημένο επιπολασμό εμφανίζουν οι ασθενείς με ΙΨΔ για κοινωνική φοβία και γενικευμένη διαταραχή άγχους.⁴³ Στους άνδρες ασθενείς φαίνεται ότι αναγνωρίζεται συχνότερα συννοσηρότητα με κοινωνική φοβία και χρήση ουσιών, ενώ στις γυναίκες αναγνωρίζεται συχνότερα συννοσηρότητα με μείζονα κατάθλιψη, διαταραχές πρόσληψης τροφής και διαταραχής πανικού.

Όσον αφορά στη συννοσηρότητα ασθενών με ΙΨΔ με άλλες διαταραχές που περιλαμβάνονται στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών, φαίνεται ότι η ΙΨΔ συχνά συνυπάρχει με υποχονδρίαση (με επιπολασμό στη διάρκεια της ζωής στο 23%), τριχοτιλλομανία (στο 26% των γυναικών και στο 5% των ανδρών ασθενών), διαταραχές πρόσληψης τροφής (στο 8% των ασθενών), σωματοδυσμορφική διαταραχή (στο 7,7% των ασθενών) και διαταραχή Tourette στο 5% των ασθενών με ΙΨΔ.^{44,45}

Ο επιπολασμός στη διάρκεια ζωής, συννοσηρότητας ΙΨΔ σε ασθενείς με διάγνωση κάποιας από

Πίνακας 2. Επιπολασμός διάρκειας ζωής της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στις διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος.(*) (**)

Κλεπτομανία	45%
Ψυχογενής ανορεξία	25–37%
Σωματοδυσμορφική διαταραχή	30%
Καταναγκαστική αγορά αντικειμένων	30%
Καταναγκαστικό τσίμπημα προσώπου	22,4%
Διαταραχή Tourette	20%
Παθολογική χαρτοπαιξία	20%
Τριχοτιλλομανία	15%
Σεξουαλικοί καταναγκασμοί	12–14%
Υποχονδρίαση	8%
Διαλείπουσα εκρηκτική συμπεριφορά	8%
Ψυχογενής βουλιμία	3%

(*) Βιβλιογραφικές αναφορές 46–55.

(**) Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την αυτιστική διαταραχή, την πυρομανία, την ονυχοφαγία και τη διαταραχή των επαναληπτικών αυτοτραυματισμών.

τις διαταραχές που περιλαμβάνονται στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών απεικονίζεται στον πίνακα 2.

Αιτιοπαθογένεια

Σειρά μελετών πραγματοποιούνται, προκειμένου να αναδειχθούν οι σχέσεις και οι πιθανοί νευροχημικοί, νευρανατομικοί, νευρογενετικοί και νευροσολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ΙΨΔ.

Μια σειρά ψυχοφαρμακολογικών ερευνών υποδεικνύει τον σημαντικό ρόλο του σεροτονινεργικού συστήματος (5-HT) σε σχέση την ΙΨΔ. Φαίνεται ότι η θεραπεία για ικανό διάστημα με αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SRIs) είναι πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία με αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης για την αντιμετώπιση της ΙΨΔ.⁵⁶

Εξ άλλου, η προσθήκη αγωνιστών της σεροτονίνης, όπως η m-χλωροφαινυλοπιπεραζίνη (m-CPP), σε ασθενείς με ΙΨΔ έχει ως αποτέλεσμα την έξαρση και επιδείνωση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων.⁵⁷ Επίσης φαίνεται ότι η αποτελεσματική

κή θεραπεία ασθενών με ΙΨΔ με SRIs οδηγεί σε μείωση των επιπέδων του μεταβολίτη της σεροτονίνης (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών.⁵⁶ Τα παραπάνω ευρήματα συνηγορούν υπέρ του σημαντικού ρόλου του σεροτονινεργικού συστήματος στην ΙΨΔ.

Στον τομέα της νευρανατομίας, ιδίως τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων, άρχισαν να αναγνωρίζονται και να διαπιστώνονται δομικές και λειτουργικές διαφοροποιήσεις στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) των ασθενών με ΙΨΔ.

Σε πολλές μελέτες διαπιστώθηκε ότι το μέγεθος των βασικών γαγγλίων των ασθενών με ΙΨΔ είναι μικρότερο σε όγκο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.^{58,59} Μελέτες λειτουργικής απεικόνισης του ΚΝΣ κατέδειξαν ότι σε ηρεμία οι ασθενείς με ΙΨΔ παρουσιάζουν αυξημένη εγκεφαλική δραστηριότητα στην περιοχή των βασικών γαγγλίων. Φαίνεται ακόμη ότι η δραστηριότητα αυτή αυξάνεται πολύ περισσότερο, όταν οι ασθενείς αυτοί εκτίθενται σε φοβικά ερεθίσματα, ενώ η υπερδραστηριότητα αυτή φαίνεται να περιορίζεται και να μειώνεται μετά από επιτυχή φαρμακοθεραπεία με SRIs ή/και γνωσιακή-

συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.^{60,61}

Μια άλλη περιοχή του εγκεφάλου που φαίνεται να σχετίζεται και να ενέχεται σε σχέση με την ΙΨΔ είναι η περιοχή του μετωπιαίου λοβού (πιο συγκεκριμένα η περιοχή του κογχομετωπιαίου φλοιού), για την οποία υπάρχουν ενδείξεις τόσο δομικών μεταβολών όσο και υπερδραστηριότητας σε ασθενείς με ΙΨΔ.^{61,62}

Φαίνεται ότι και στον τομέα της γενετικής υπάρχουν ενδείξεις για συμβολή γενετικών παραγόντων στην ΙΨΔ. Σε μελέτες οικογενειών ασθενών με ΙΨΔ φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επίπτωσης ΙΨΔ στους συγγενείς ασθενών με ΙΨΔ που αγγίζει σύμφωνα με διάφορες εργασίες το 10%.⁶³ Αυξημένη επίπτωση της ΙΨΔ έχει επισημανθεί και σε μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων σε σχέση με διζυγωτικούς διδύμους. Οι μελέτες οικογενειών και τα αποτελέσματά τους έδωσαν ώθηση στην έρευνα για αναζήτηση πιθανών γενετικών παραγόντων, χωρίς ωστόσο να έχει αναγνωρισθεί έως σήμερα γονίδιο, ή ομάδα γονιδίων, υπεύθυνο για την ΙΨΔ.⁶⁴

Στον τομέα της νευροανοσολογίας και τη σχέση της με την ΙΨΔ σχετικά πρόσφατα έχει εκδηλωθεί σχετικό ερευνητικό ενδιαφέρον. Κλινικές παρατηρήσεις σε ασθενείς, που μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη ανέπτυξαν χορεία Sydenham, κατέδειξαν αυξημένη συχνότητα ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων.⁶⁵ Η παραπάνω παρατήρηση οδήγησε στην πρόταση ότι η εμφάνιση της χορείας Sydenham μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη πιθανόν να οφείλεται σε ανοσολογική απάντηση, μέσω ανάπτυξης αντισωμάτων στην περιοχή των βασικών γαγγλίων.⁵⁶

Αυτό, όμως, που εντυπωσιάζει περισσότερο είναι η παρατήρηση ότι οξεία συνήθως έναρξη ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων μπορεί να προέλθει και μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος σε παιδιά. Οι ασθενείς με τα παραπάνω χαρακτηριστικά αναφέρονται με τον όρο PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcus) ή παιδιατρική αυτοάνοση νευροψυχική διαταραχή σχετιζόμενη με στρεπτοκοκκική λοίμωξη.^{66,67} Ένα επιπλέον στοιχείο που εμφανίζει ξεχωριστό ενδιαφέρον είναι ότι ένας

Β-λεμφοκυτταρικός δείκτης — γνωστός ως D8/17 — εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά σε ασθενείς με PANDAS ή με χορεία Sydenham σε σύγκριση με ομάδα μαρτύρων.⁵⁶

Στην ομάδα των διαταραχών που περιλαμβάνονται στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών έχει ήδη αρχίσει μια προσπάθεια αναζήτησης σχετικών νευροχημικών, νευρανοτομικών, γενετικών και ανοσολογικών παραγόντων, που να ενισχύουν την υπόθεση της ύπαρξης κοινών χαρακτηριστικών με την ΙΨΔ.

Σε νευροχημικό επίπεδο φαίνεται ότι στις διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος αναγνωρίζονται δύο κύριοι μηχανισμοί, όσον αφορά στο σεροτονινεργικό σύστημα:

α) Η δραστηριότητα του μετωπιαίου λοβού αλλά και η σεροτονινεργική δράση, που είναι αυξημένες σε ασθενείς με ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφοράς και

β) η δραστηριότητα του μετωπιαίου λοβού αλλά και η σεροτονινεργική δραστηριότητα, που προσυναπτικώς είναι ελαττωμένες σε ασθενείς με παρορμητικού τύπου συμπεριφοράς.³⁷

Φαίνεται ότι υπάρχουν συγκεκριμένοι τύποι σεροτονινεργικών υποδοχέων, όπως οι 5-HT_{2c}, που εμφανίζουν αυξημένη ευαισθησία στους ασθενείς με ΙΨΔ. Επίσης έχει καταδειχθεί ότι η αυξημένη δραστηριότητα του μετωπιαίου λοβού φαίνεται να σχετίζεται με ευόδωση του ιδεοληπτικού τύπου σκέψης.⁶⁸

Στην τριχοτιλλομανία αναφέρεται μικρότερο μέγεθος των βασικών γαγγλίων, ενώ φαίνεται ότι τόσο στην τριχοτιλλομανία όσο και στη διαταραχή Tourette αναγνωρίζονται δομικές αλλαγές στην περιοχή της ωχράς σφαίρας, φαινόμενο που παραπέμπει σε σοβαρές ενδείξεις δυσλειτουργίας, στις διαταραχές αυτές, σε επίπεδο φλοιορραβδωτής οδού.^{25,69,70}

Στον τομέα της γενετικής, όπως προκύπτει κυρίως από μελέτες οικογενειών, φαίνεται να υπάρχει οικογενής γενετική σχέση μεταξύ της ΙΨΔ και κάποιων από τις διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος. Σε συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών

με διάγνωση ΙΨΔ, έχει βρεθεί αυξημένη επίπτωση της σωματοδυσμορφικής διαταραχής σε ποσοστό 4%, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στους συγγενείς της ομάδας ελέγχου είναι 1%.²⁵ Αντιστοίχως, σε συγγενείς πρώτου βαθμού 136 ασθενών με διάγνωση διαταραχών πρόσληψης τροφής βρέθηκε αυξημένη επίπτωση ΙΨΔ, αλλά και άλλων κινητικού τύπου διαταραχών, σε σύγκριση με τους συγγενείς πρώτου βαθμού της ομάδας ελέγχου (9,8% έναντι 0,0%).^{21,71}

Επιπροσθέτως, αυξημένη επίπτωση της ΙΨΔ σε συγγενείς πρώτου βαθμού έχει αναφερθεί και σε ασθενείς με τριχοτιλλομανία,⁶⁷ ενώ η ίδια οικογενής σχέση φαίνεται να υπάρχει και μεταξύ ΙΨΔ και διαταραχής Tourette.²⁵

Με βάση όλες τις παραπάνω παρατηρήσεις φαίνεται ότι μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι υπάρχει κοινή γενετική προδιάθεση μεταξύ ΙΨΔ, σωματοδυσμορφικής διαταραχής, τριχοτιλλομανίας, διαταραχής Tourette και διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Τέλος, όσον αφορά στο ανοσολογικό επίπεδο, φαίνεται ότι μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς παιδιά άγχος αποχωρισμού και συμπτώματα συναισθηματικής αστάθειας. Περιγράφεται επίσης εμφάνιση συμπτωμάτων τριχοτιλλομανίας μετά από στρεπτοκοκκική λοίμωξη.⁶⁷ Ακόμη, αναφέρεται ότι η έκφραση του Β-λεμφοκυτταρικού δείκτη D8/17 αναγνωρίζεται και σε ασθενείς με διαταραχή Tourette, στην αυτιστική διαταραχή, αλλ' όχι και στην τριχοτιλλομανία.⁷²⁻⁷⁴

Ανταπόκριση στη θεραπεία

Η ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία με τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SRIs) και τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι ένα ακόμη από τα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν οι διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος με την ΙΨΔ.

Η σωματοδυσμορφική διαταραχή φαίνεται ότι έχει την υψηλότερη και καλύτερη ανταπόκριση στη

θεραπεία με SSRIs, σε σχέση τόσο με τις άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών όσο και των αντιψυχωσικών φαρμάκων, κάτι που έχει καταδειχθεί κυρίως με αναδρομικές μελέτες.

Σε διενέργεια διπλής τυφλής ελεγχόμενης με placebo μελέτης φαίνεται ότι η θεραπεία με φλουοξετίνη είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με το placebo σε ασθενείς με σωματοδυσμορφική διαταραχή.⁷⁵⁻⁷⁸

Η βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών με σωματοδυσμορφική διαταραχή επέρχεται μετά από το πέρας 8-12 εβδομάδων θεραπείας με SSRIs. Φαίνεται ότι απαιτούνται μεγαλύτερες δοσολογίες, σε σχέση με τις συνιστώμενες για μείζονα κατάθλιψη, ενώ η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται να συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπών.³⁷

Οι ασθενείς με υποχονδρίαση έχουν καλά αποτελέσματα στη θεραπεία με SSRIs. Το ίδιο καλή θεραπευτική αποτελεσματικότητα εμφανίζουν οι ασθενείς και με άλλης κατηγορίας αντικαταθλιπτικά, όπως και μετά από συνεδρίες ECT.⁷⁹⁻⁸¹

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν γενικά πτωχή ανταπόκριση στις λαμβανόμενες φαρμακευτικές αγωγές. Έχει αναφερθεί ότι η θεραπεία με φλουοξετίνη μπορεί να είναι αποτελεσματική και πιθανώς προφυλάσσει από κίνδυνο υποτροπών.^{6,82} Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία φαίνεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα, σε σχέση με αυτούς με ψυχογενή ανορεξία, στη θεραπεία με SSRIs. Καλή ανταπόκριση έχουν οι ασθενείς και μετά από θεραπεία με άλλης κατηγορίας αντικαταθλιπτικά.⁸²

Οι ασθενείς με διαταραχή Tourette φαίνεται να ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία με αντιψυχωσικά και πιο ειδικά με κλασσικά αντιψυχωσικά, όπως η αλοπεριδόλη σε μικρές δόσεις, ενώ οι ασθενείς με αυτιστική διαταραχή έχει αναφερθεί ότι ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε θεραπεία με χλωριμipραμίνη και φλουβοξαμίνη.^{37,83} Οι ασθενείς με τριχοτιλλομανία φαίνεται να εμφανίζουν ικανοποιητική ανταπόκριση, αρχικά, στη θεραπεία με SSRIs η οποία φαίνεται να μην έχει την ίδια καλή ανταπόκριση με τη συνέχιση της θεραπείας.⁸⁴

Στους ασθενείς με παθολογική χαρτοπαιξία φαίνεται ότι η θεραπεία με φλουβοξαμίνη ή παροξετίνη ή χλωριμιπραμίνη έχει ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Καλή ανταπόκριση έχει αναφερθεί και μετά από χορήγηση ναλτρεξόνης σε ασθενείς με παθολογική χαρτοπαιξία.⁸⁵⁻⁸⁸ Επίσης, η τριχοτιλλομανία, η ονυχοφαγία και τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα της αυτιστικής διαταραχής εμφανίζουν καλή ανταπόκριση στη θεραπεία με χλωριμιπραμίνη.⁶⁷ Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με SSRIs έχει καταδειχθεί στη σωματοδυσμορφική διαταραχή, στην υποχονδρίαση, στα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ασθενών με αυτιστική διαταραχή, στην παθολογική χαρτοπαιξία, στην κλεπτομανία, στην καταναγκαστική αγορά αντικειμένων.^{67,90}

Τέλος, κλινικές παρατηρήσεις έχουν καταδείξει ότι η χορήγηση SSRIs σε ασθενείς με ψυχαναγκαστικού τύπου διαταραχές έχει σχετισθεί με καθυστέρηση στην έναρξη της κλινικής ανταπόκρισης, ενώ σε ασθενείς με κυρίαρχο στοιχείο την παρορμητικότητα η ανταπόκριση στη θεραπεία με SSRIs είναι μεν αρκετά γρήγορη, αλλά με το χρόνο αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα υποτροπής.³⁷

Προβληματισμοί

Η αναφορά στη «φασματική διάσταση», όπως αποτυπώθηκε παραπάνω, πέρα από το ερευνητικό ενδιαφέρον που υποκρύπτει, έχει γεννήσει και πολλούς προβληματισμούς έως και αμφισβητήσεις, καθώς προτείνει μια νέα θεώρηση, ενώ ταυτοχρόνως έρχεται σε αντίθεση με τα υπάρχοντα ταξινομικά συστήματα (DSM-IV, ICD-10).

Η υπόθεση του φάσματος έρχεται να προτείνει την ομαδοποίηση των διαταραχών με βάση τα κοινά φαινομενολογικά χαρακτηριστικά, τη συχνή συννοσηρότητα, τις επιδημιολογικές ομοιότητες και τους, ενδεχομένως, κοινούς νευροχημικούς, νευρανατομικούς, γενετικούς και ανοσολογικούς παράγοντες που ενέχονται στην αιτιοπαθογένειά τους. Τα ταξινομικά συστήματα που χρησιμοποιούνται ευρέως σήμερα στην καθημερινή κλινική, αλλά και ερευνητική

πρακτική, κατηγοριοποιούν τις διαταραχές με βάση κυρίως τις περιγραφικές ομοιότητές τους, όπως και τις ομοιότητες στην πορεία της διαταραχής (όπως – περιγραφική – προγνωστική εγκυρότητα).

Εν τούτοις, φαίνεται ότι πράγματι υπάρχουν ενδείξεις που στηρίζουν την έννοια του φάσματος των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών. Η αναγνώριση ιδεοληπτικού τύπου σκέψης και ψυχαναγκαστικού τύπου συμπεριφοράς σε μια σειρά διαταραχών διαφόρων κατηγοριών ψυχικών διαταραχών κατά DSM-IV ενισχύει την υπόθεση του φάσματος. Επίσης, η αναγνώριση κοινών επιδημιολογικών παραμέτρων, η ύπαρξη σε μεγάλο ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ αυτών των διαταραχών, η ανταπόκριση των διαταραχών που περιλαμβάνονται στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών στη θεραπεία κυρίως με SSRIs και η αναγνώριση κοινών νευροχημικών, νευρανατομικών, γενετικών και ανοσολογικών παραμέτρων πιθανόν να αποτελούν επιχειρήματα στήριξης της υπόθεσης αυτής.

Ταυτοχρόνως, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε μια σειρά περιορισμών και αδυναμιών της φασματικής οπτικής και πρακτικής. Είναι π.χ. ο μη καθορισμός συγκεκριμένων κριτηρίων/προϋποθέσεων, προκειμένου μια διαταραχή να μπορεί να ενταχθεί / εισαχθεί στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών. Εδώ μπορούμε να αναφέρουμε ως παράδειγμα τη σωματοποιητική διαταραχή, η οποία εμφανίζει ομοιότητες σε μεγάλο βαθμό (στη συννοσηρότητα και την επιδημιολογία) με την υποχονδρίαση. Υπάρχει προβληματισμός και δεν μπορεί να απαντηθεί εύκολα το ερώτημα γιατί να περιλαμβάνεται η υποχονδρίαση στο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών, ενώ η σωματοποιητική διαταραχή δεν περιλαμβάνεται.

Επίσης, φαίνεται επιτακτική η ανάγκη διενέργειας περισσότερων και συστηματικότερων ερευνών, ιδίως στον τομέα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, της νευροβιολογίας, αλλά και της γενετικής μελέτης οικογενειών σε μια σειρά διαταραχών που περιλαμβάνονται στο παραπάνω φάσμα, προκειμένου να αναδειχθούν συσχετίσεις και να τεκμηριωθούν περισσότερα ερευνητικά δεδομένα.^{6,25}

Πίνακας 3. Φασματική διάσταση στον άξονα ψυχαναγκαστικότητας/παρορμητικότητας.**ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ**

ΣΩΜΑΤΟΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	• ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ
ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	• ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
ΤΡΙΧΟΤΙΛΛΟΜΑΝΙΑ	• ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ TOURETTE
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΙ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΙ	• ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΑΡΤΟΠΑΙΞΙΑ
	• ΟΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η μεγάλη ποικιλία των περιγραφόμενων παθολογικών συμπεριφορών του φάσματος έχει δώσει έναυσμα σε πολλούς ερευνητές σήμερα να βλέπουν τις διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος και μέσα από άλλες «διαστασιακές» όψεις. Έτσι τα τελευταία χρόνια και σε συνάφεια με τη συζήτηση για την υπόθεση του φάσματος των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών, γίνεται μια θεώρηση των διαταραχών αυτών μέσα από άλλες οπτικές. Μια από τις προτεινόμενες αυτές διαστάσεις είναι και αυτή της «εκτίμησης κινδύνου» που διαμορφώνει τη φασματική διάσταση της ψυχαναγκαστικότητας / παρορμητικότητας^{4,37} (Πίνακας 3).

Το άκρο της ψυχαναγκαστικότητας χαρακτηρίζεται από υπερεκτίμηση της πιθανότητας μελλοντικού κινδύνου. Στοιχεία που αναγνωρίζονται συστηματικά είναι η υψηλού βαθμού αποφυγή, η αντίσταση, η προβλεπτικότητα, η προληπτικότητα και η απώλεια της ευχαρίστησης, στοιχεία που φαίνεται να τοποθετούν τη διάσταση της ψυχαναγκαστικότητας πιο κοντά στο «καταθλιπτικό άκρο» στο αντίστοιχο φάσμα των συναισθηματικών διαταραχών.

Το άκρο της παρορμητικότητας χαρακτηρίζεται από πράξεις και συμπεριφορές που φαίνεται πως δεν

υπολογίζουν τις πιθανές αρνητικές συνέπειες. Σε αυτή την παρορμητική διάσταση αναγνωρίζονται στοιχεία, όπως η απώλεια των αντιστάσεων, η χαμηλού βαθμού προσπάθεια αποφυγής και η επιθυμία για ευχαρίστηση, στοιχεία που φαίνεται να τοποθετούν την παραπάνω διάσταση πιο κοντά στο «διπολικό άκρο» στο αντίστοιχο φάσμα των συναισθηματικών διαταραχών.^{25,91,92}

Συμπερασματικά, η συγκρότηση μέσα από κλινικές παρατηρήσεις μιας ομάδας διαταραχών που παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά με την ΙΨΔ και αποτελούν το φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών έχει κινητοποιήσει, ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες, έναν εποικοδομητικό διάλογο σχετικά με τη «φασματική» και την «κατηγορική» διάσταση. Φαίνεται να υπάρχει μια σειρά ερευνητικών δεδομένων που να στηρίζουν την υπόθεση του φάσματος. Φαίνεται επίσης ότι υπάρχουν και αντίστοιχοι περιορισμοί, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη πραγματοποίησης περισσότερων και καλύτερα σχεδιασμένων μελετών, προκειμένου να εξαχθούν περισσότερα και πιο ισχυρά συμπεράσματα γύρω από την υπόθεση του φάσματος των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών.

Obsessive compulsive spectrum disorders

D.K. Roukas, V.P. Kontaxakis

Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2005, 16:313-327

Increasing attention has been paid, especially the last few years, to the possibility that a number of psychiatric and other disorders may share common phenomenological, epidemiological, neurochemical, neuroanatomical, genetical and neuroimmunological features with obsessive compulsive disorder. These disorders grouped as a family of disorders known as "obsessive compulsive spectrum" disorders. These disorders have several similarities mainly regarding treatment response as well as comorbidity. Obsessive compulsive spectrum includes body dysmorphic disorder, hypochondriasis, anorexia nervosa, anorexia bulimia, binge eating, autism, Asperger disorder, Tourette disorder, trichotillomania, kleptomania, pyromania, pathological gambling, onychophagia, skin picking, repetitive self-mutilation. In this paper we critically review the evidence supporting the grouping of these conditions. However, further studies on the fields of pathophysiology, neurobiology, genetics as well as treatment response are warranted to confirm the hypothesis of the "obsessive compulsive spectrum" disorders.

Key words: *obsessive compulsive disorder, obsessive compulsive spectrum, continuum, compulsivity, impulsivity.*

D.K. Roukas, Eginition Hospital, Vas. Sophias 74, 11528 Athens, Greece

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992, 53 (Suppl. 4):4-10.
2. Hollander E (ed). *Obsessive Compulsive Related Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993.
3. Stein DJ, Hollander E. The spectrum of obsessive compulsive related disorders. In: Hollander E (ed): *Obsessive Compulsive Related Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993:241-271
4. Hollander E, Kwon JH, et al. Obsessive compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996, 579 (Suppl. 8):3-6.
5. Bienvenu OJ, Samuels JF, et al. The relationship of obsessive compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000, 48:287-93.
6. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 10): 33-51.
7. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psych Annals* 1993, 23:359-364.

8. Fallon BA, Rasmussen SA, Liebowitz MR. Hypochondriasis. In: Hollander E (ed): Obsessive Compulsive Related Disorders. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993:71-92.
9. Kaye WH, Weltzin T, Hsu LKG. Anorexia nervosa. In: Hollander E (ed): Obsessive Compulsive Related Disorders. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993:49-70.
10. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991, 148:365-370.
11. McElroy SL, Phillips KA, et al. Body dysmorphic disorder: does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatry* 1993, 54:389-395.
12. McElroy SL, Pope HG Jr, et al. Disorders of impulse control. In: Hollander E, Stein D (eds): Impulsive aggression and disorder of impulse control. Wiley, Chichester, Mass., 1995.
13. McElroy SL, Keck PE Jr, et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994, 55:242-248.
14. Kruesi MJP, Fine S, et al. Paraphilias: a double-blind cross-over comparison of clomipramine vs desipramine. *Arch Sex Behav* 1992, 21:587-593.
15. Holden NL. Is anorexia nervosa an obsessive compulsive disorder? *Br J Psychiatry* 1990, 157:1-5.
16. Anthony DT, Hollander E. Sexual compulsions. In: Hollander E (ed): Obsessive Compulsive Related Disorders. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993:139-150.
17. Swedo SE, Leonard HL. Childhood movement disorders and obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 3):32-37.
18. Demaret A. Onychophagia, trichotillomania and grooming. *Ann Med Psychol (Paris)* 1973, 1:235-242.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
20. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 10):5-10.
21. Pato MT, Pato CN, Pauls DL. Recent findings in the genetics of OCD. *J Clin Psychiatry* 2002, 63 (Suppl. 6):30-33.
22. Leckman JF, Zhang H, et al. Symptom dimensions in OCD: toward quantitative phenotypes. *Am J Med Genet* 2001, 105:28-30.
23. Pigott TA, L'Heureux F, et al. Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 10):15-27.
24. Weissman MM, Bland RC, et al. The cross national collaborative group. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 3):5-10.
25. Phillips KA. The obsessive compulsive spectrums. *Psychiatr Clin North Am* 2002, 25:791-809.
26. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, et al. A comparison study of body dysmorphic disorder and OCD. *J Clin Psychiatry* 1998, 59:568-575.
27. Dupouy R. De la kleptomanie. *J Psychologic Normal Pathologique* 1905, 2:404-406.
28. Stein DJ, Hollander E. Impulsive aggression and OCD. *Psych Annals* 1993, 23:389-395.
29. Coid JW. An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *Br J Psychiatry* 1993, 162:641-650.
30. Robins LN, Helzer JE, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984, 41:958-967.
31. Flament MF, Whitaker A, et al. OCD in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27:764-771.
32. Zohar AH, Ratzoni G, et al. An epidemiological study of OCD and related disorders in Israeli adolescents. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31:1057-1061.
33. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. The cross national collaborative group. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 3):5-10.
34. Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen SA. Clinical features of OCD. *Psychiatr Clin North Am* 2000, 23:469-491.
35. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of OCD. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE (eds): OCD: Practical Management, 3rd ed. Mosby, St. Louis, 1998:12-43.
36. Lensi P, Cassano G, et al. OCD: Familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996, 169:101-107.
37. Hollander E. Treatment of obsessive compulsive spectrum disorders with SSRIs. *Br J Psychiatry* 1998 (Suppl. 35):7-12.
38. Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* 1995, 56 (Suppl. 4):7-12.
39. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psych Annals* 1993, 23:359-364.
40. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Somatoform disorders. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9th ed. Lippincott, William and Wilkins, Baltimore, pp. 643-660.
41. Rasmussen S, Eisen J. Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacol Bull* 1988, 24:466-470.
42. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of OCD and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry* 1994, 55 (Suppl. 3):18-23.
43. Antony M, Downie F, Swinson R. Diagnostic issues and epidemiology in OCD. In: Swinson R, Antony M, et al (eds): OCD: Theory, Research and Treatment. Guilford Press, New York, 1998:3-32.

44. Toit PL, Kradenburg JV, Niihaus D, Stein DJ. Comparison of OCD patients with and without comorbid putative OC spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* 2001, 42:291-300.
45. Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG, Pollack MH. Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 1997, 11:499-502.
46. Thornton C, Russell J. Obsessive compulsive comorbidity in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997, 96:101-107.
47. Tamburrino MB, Kaufman R, Hertzner J. Eating disorder history in woman with OCD. *J Am Med Women's Assoc* 1994, 49:24-26.
48. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. *Comp Psychiatry* 1998, 39:265-270.
49. Wilhelm S, Keuthen NJ, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999, 60:454-459.
50. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE. Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychol Med* 1991, 21:93-108.
51. Linden RD, Pope HG Jr, Jonas JM. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986, 47:201-203.
52. Cohen LS, Stein DJ, et al. Clinical profile, comorbidity and clinical history in 123 hair pullers: a survey study. *J Clin Psychiatry* 1995, 56:319-326.
53. Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr Clin North Am* 1992, 15:777-790.
54. Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 1997, 154:243-249.
55. McElroy SL, Cesar AS, DeAnna AB, Taylor P, Keck PE. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* 1998, 59:203-210.
56. Stein DJ. Advances in the neurobiology of OCD. *Psychiatr Clin North Am* 2000, 23:545-562.
57. Hollander E, DeGaria C et al. Serotonergic function in OCD: Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-CPP and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:21-28.
58. Luxenberg J, Swedo S, et al. Neuroanatomical abnormalities in OCD detected with quantitative X-ray computed tomography. *Am J Psychiatry* 1988, 145:1089-1093.
59. Robinson D, Wu H, et al. Reduced caudate nucleus volume in OCD. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:393-398.
60. Insel TR. Toward a neuroanatomy of OCD. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:739-744.
61. Rauch SL, Savage CR. Neuroimaging and neuropsychology of the striatum. *Psychiatr Clin North Am* 1997, 20:741-768.
62. Khanna S. OCD: Is there a frontal lobe dysfunction? *Biol Psychiatry* 1988, 24:602-613.
63. Pauls DL, Alsobrook JP, et al. A family study of OCD. *Am J Psychiatry* 1995, 152:76-84.
64. Leckman JF. What genes confer vulnerability to Gilles de la Tourette's syndrome? *Psych Annals* 1997, 27:293-296.
65. Swedo SE, Leonard HL, Mittleman BB, et al. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *Am J Psychiatry* 1997, 154:110-112.
66. Swedo SE, Leonard HL, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry* 1998, 155:264-271.
67. Stein DJ. Neurobiology of the obsessive compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 2000, 47:296-304.
68. Hollander E, Prohovnik I, Stein DJ. Increased cerebral blood flow during m-CPP exacerbation of OCD. *J Neuropsych Clin Neurosci* 1995, 7:485-490.
69. Rauch SL, Baxter LR Jr. Neuroimaging in OCD and related disorders. In: Jenike MJ, Baer L, Minichiello WE (eds): *Obsessive Compulsive Disorders: Practical Management*, 3rd ed. Mosby, St. Louis, 1998:289-317.
70. Rauch SL, Savage CR. Investigating cortico-striatal pathophysiology in obsessive compulsive disorders: procedural learning and imaging probes. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD (eds): *OCD: Contemporary issues in Treatment*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahway (NJ), 2000:133-154.
71. Bellodi L, Cavallini MC, et al. Morbidity risk for obsessive compulsive spectrum disorders in first degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001, 158:563-569.
72. Murphy TK, Goodman WK, et al. B Lymphocyte antigen D8/17: a peripheral marker for childhood-onset OCD and Tourette's syndrome? *Am J Psychiatry* 1997, 154:402-407.
73. Hollander E, del Giudice-Asch C, et al. B Lymphocyte antigen D8/17 and repetitive behaviors in autism. *Am J Psychiatry* 1999, 156:317-320.
74. Niihaus DJH, Knowles JA, et al. D8/17 in OCD and trichotillomania (Letter). *S Afr Med J* 1999, 89:755-756.
75. Hollander E, Allen A, et al. Clomipramine vs. desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a SRI in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:1033-1039.
76. Phillips KA, McElroy SL, et al. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994, 30:179-186.
77. Phillips KA, McElroy SL, et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imaging ugliness. *Am J Psychiatry* 1993, 150:302-308.
78. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized

- placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:381-388.
79. Fallon BA, Liebowitz MR, et al. Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *J Clin Psychopharmacol* 1993, 13:438-441.
80. Fallon BA, Feinstein S. Hypochondriasis. In: Phillips KA (ed): *Somatoform and Factitious Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2001:27-65.
81. Pilowsky I. The response to treatment in hypochondriacal disorders. *Aust NZJ Psychiatry* 1968, 2:88-94.
82. Kaye W, Strober M, Rhodes L. Body image disturbance and other core symptoms in anorexia and bulimia nervosa. In: Castle DJ, Phillips KA (eds): *Disorders of Body Image*. Wrightson Biomedical, Hampshire (England), 2002:67-82.
83. Kurlan R, Trinidad KS. Treatment of tics. In: Kurlan R (ed): *Treatment of Movement Disorders*. JB Lippincott, Philadelphia, 1995:365-406.
84. Pollard CA, Ibe IO, et al. Clomipramine treatment of trichotillomania: a follow up report on four cases. *J Clin Psychiatry* 1991, 52:128-139.
85. Hollander E, DeCaria CM, et al. Short term single blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1988, 155:1781-1783.
86. Hollander E, DeCaria CM, et al. A randomized double blind fluvoxamine placebo crossover trial in pathological gambling. *Biol Psychiatry* 2000, 47:813-817.
87. Kim SW, Grant JE, et al. A double blind, placebo controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling disorder. *J Clin Psychiatry* 2002, 63:501-507.
88. Kim SW, Grant JE. An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2001, 16:285-289.
89. Kim SW, Grant JE, et al. A double blind placebo control study of naltrexone in the treatment of pathological gambling disorder. *Biol Psychiatry* 2001, 49:914-921.
90. Kruesi MJP, Fine S, et al. Paraphilias: a double blind crossover comparison of clomipramine vs. desipramine. *Arch Sex Behav* 1992, 21:587-593.
91. Hudson JI, Pope HG Jr. Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry* 1990, 147:553-564.
92. McElroy SL, Hudson JI, et al. Clinical and theoretical implications of a possible link between obsessive compulsive and impulse control disorders. *Depression* 1993, 1:121-132.