

Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία σχημάτων: Παρουσίαση μιας κλινικής θεραπευτικής παρέμβασης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής

Έλενα Χάιντς¹, Χρυσούλα Πασαλίδου²

¹ PhD Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχολόγος, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και Θεραπεία Σχημάτων

² MSc Γνωστικής Ψυχολογίας, Ψυχολόγος, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και Θεραπεία Σχημάτων

Ελληνική Εταιρεία Έρευνας Συμπεριφοράς, Παράρτημα Μακεδονίας, Κέντρο «Στήριξις», Ερμού 48, Θεσσαλονίκη, 54623,

Email: eesm@otenet.gr – Τηλ.: 2310 274 610

Αλληλογραφία: Έλενα Χάιντς, Μητροπόλεως 61, 54623 Θεσσαλονίκη

Email: heinzelenal@gmail.com – Τηλ.: 2310 224 910

Περίληψη

Η σύνδεση των διαταραχών πρόσληψης τροφής με τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, όπως τα περιέγραψε ο Young [1], υποστηρίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, καθώς πληθαίνουν οι έρευνες που ασχολούνται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα της Θεραπείας Σχημάτων, είτε σε μεμονωμένες διαταραχές είτε στο σύνολό τους.

Φαίνεται ότι η έλλειψη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, το μεγάλο ποσοστό υποτροπών, καθώς και οι αυξημένες ενδείξεις για τον ρόλο των διαταραχών προσωπικότητας στις διατροφικές διαταραχές έχουν καταστήσει αναγκαία τη διερεύνηση της συμβολής νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση αυτών των διατροφικών.

Στο παρόν άρθρο θα παρουσιαστεί ένα προτεινόμενο μοντέλο αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών το οποίο συνδυάζει τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία με τη Θεραπεία Σχημάτων, καθώς και τα νέα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την ανάγκη ένταξης του συγκεκριμένου μοντέλου στη θεραπευτική φαρέτρα, επαναδιατυπώνοντας τη γνωστική συμπεριφορική οπτική για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής ως μεμονωμένες συμπεριφορές, οι οποίες αντιμετωπίζονται με θεραπεία εστιασμένη στο «εδώ και τώρα» με κύριο εργαλείο παρέμβασης τις γνωστικές τεχνικές.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, Θεραπεία Σχημάτων

1. Εισαγωγή

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ), κυριότερες των οποίων είναι η νευρική ανορεξία (ΝΑ), η νευρική βουλιμία (ΝΒ) και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (DSM-5) [2], χαρακτηρίζονται από σοβαρές και επίμονες διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες, οι οποίες προκαλούν ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες και πολλές φορές ακόμα και σωματικές βλάβες [3]. Επιπρόσθετα, τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ συχνά εκδηλώνουν έντονα και δυσάρεστα συναισθήματα, σκέψεις, και συμπεριφορές που αφορούν το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Όλα τα παραπάνω αποτέλεσαν πρόσφορο πεδίο για την ανάπτυξη Γνωστικών Συμπεριφορικών παρεμβάσεων, με ποικίλα αποτελέσματα.

Οι Γνωστικές Συμπεριφορικές προσεγγίσεις της ΔΠΤ έχουν γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών, οι οποίες κατέδειξαν τον ρόλο των δυσλειτουργικών και δυσπροσαρμοστικών στάσεων προς το μέγεθος του σώματος και το βάρος στη διατήρηση της διατροφικής παθολογίας [4, 5, 6]. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν στη μετακίνηση των παρατηρούμενων γνωστικών διαστρεβλώσεων που αφορούν το σχήμα, το βάρος του σώματος και τον έλεγχο αυτών [7] με θετικά αποτελέσματα [8, 9, 10]. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου και τις διάφορες μελέτες που έγιναν, αναγνωρίστηκαν ως επιπρόσθετοι παράγοντες διατήρησης η υπερβολική ανάγκη για άσκηση ελέγχου [11], η δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων (κυρίως των αρνητικών) [12, 13],

καθώς και οι πεποιθήσεις που υπήρχαν πριν από την εμφάνιση του προβλήματος [14].

Βασιζόμενοι στα ανωτέρω, οι Fairburn, Cooper και Shafran [15] δημιούργησαν ένα δια-διαγνωστικό μοντέλο για τις ΔΠΤ το οποίο βασίζεται σε προηγούμενες πρακτικές της ΓΣΘ, αλλά συμπεριλαμβάνει και τέσσερις επιπλέον περιοχές της ψυχοπαθολογίας ως παράγοντες διατήρησης των ΔΠΤ: την ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους πάσχοντες, την τελειοθρία, τη δυσκολία στο σχετίζεσθαι και τη χαμηλή ανοχή στη ματαίωση αλλά και στα δυσφορικά συναισθήματα. Ως προέκταση αυτού του μοντέλου προέκυψε η «ενισχυμένη» ΓΣΘ παρέμβαση για τις ΔΠΤ (CBT-E) [16], η οποία συμπεριλαμβάνει στη θεραπευτική αντιμετώπιση όλους τους προαναφερθέντες παράγοντες διατήρησης, επικεντρωμένη στη διατροφική συμπεριφορά, αλλά και στις πεποιθήσεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος [17].

Αν και η νέα πρόταση του ενισχυμένου μοντέλου είχε σαφώς πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη οπτική για τις ΔΠΤ, ωστόσο παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν περιορισμοί στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Για παράδειγμα, περίπου το 50% των θεραπευόμενων παρουσίαζαν έντονη συμπτωματολογία στη μεταθεραπευτική παρακολούθηση ύστερα από 60 εβδομάδες [18], ενώ πιο πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ότι μόνο το 30% των θεραπευόμενων με ΔΠΤ επιτυγχάνουν να απαλλαγούν από τη δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά και να παρουσιάσουν αλλαγές ως προς τη στάση τους για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους [19, 20]. Μπορεί λοιπόν να υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που αυξάνουν την ανθεκτικότητα των ατόμων με ΔΠΤ στη θεραπεία, με κυρίαρχο παράγοντα την ακαμψία στον τρόπο σκέψης [21, 22]. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι οι ΔΠΤ συχνά συνοδεύονται από περαιτέρω σημεία ψυχοπαθολογίας που εμπλέκονται και δυσκολεύουν τη θεραπεία, όπως διάσχιση, τελειομανία, καταναγκασμοί, αμφιθυμία για αλλαγή και άκαμπτα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που λειτουργούν προστατευτικά κατά την άποψή τους, όπως, για παράδειγμα, η διχοτομική οπτική, η επιμονή στον έλεγχο των συνθηκών και των συναισθημάτων, η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, η υπερβολική απαιτητικότητα και επίκριση προς εαυτόν και άλλους [15, 23, 24].

Ακόμα, φαίνεται να υπάρχει ένα υψηλό επίπεδο συννοσηρότητας στις ΔΠΤ [25, 26]. Η παρουσία άκαμπτων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως αυτών που προαναφέρθηκαν, μπορεί να αυξήσει την περιπλοκότητα των ΔΠΤ και έχει συσχετιστεί με χαμηλά θεραπευτικά αποτελέσματα [27]. Σχεδόν το 73% των ατόμων με ΔΠΤ εμφανίζουν και μια ακόμα διαταραχή στον Άξονα Ι σύμφωνα με το DSM-V (κυρίως διαταραχές στη διάθεση, αγχώδεις διαταραχές και χρήση ουσιών) [28]. Αναφορικά με τον Άξονα ΙΙ, παρατηρούμε στοιχεία Αποφευκτικής (σε ποσοστό 25%) και Καταναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας στη ΝΑ και Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας στη ΝΒ και τη Νευρική Ανορεξία βουλιμικού τύπου (όπου εμφανίζεται και η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας), όπως αυτές περιγράφονται διαγνωστικά στο DSM IV. Τα άτομα με ΔΠΤ Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς συνήθως έχουν πιο σοβαρή και διάχυτη ψυχοπαθολογία στο κομμάτι της προσωπικότητας [27, 29].

Δεδομένου ότι εμφανίζονται υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας και επιπολασμού συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας σε αυτόν τον πληθυσμό, είναι σημαντικό να αναλογιστούμε τα βαθύτερα συστήματα πεποιθήσεων που υποβόσκουν. Όπως έχει φανεί, τα άτομα που πάσχουν από χρόνια και άκαμπτα σχήματα πεποιθήσεων τείνουν να μην ανταποκρίνονται στην παραδοσιακή Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) και μπορεί να χρειάζονται μια θεραπευτική προσέγγιση που να στοχεύει ξεκάθαρα σε αυτά τα σχήματα με έναν

πιο επικεντρωμένο και συνεχή τρόπο [21, 30]. Το «δια-διαγνωστικό» μοντέλο, ή αλλιώς ενισχυμένο μοντέλο ΓΣΘ της Fairburn [15], επιχειρεί να διαχειριστεί σε μεγαλύτερο βαθμό τα άκαμπτα συστήματα πεποιθήσεων, παρ' όλα αυτά περιορίζεται στους παράγοντες διατήρησης, δίνοντας ελάχιστη προσοχή στις πρώιμες πηγές προέλευσης των σχημάτων και των συμπεριφορών. Προκειμένου λοιπόν να διαχειριστούμε αποτελεσματικά τα χαρακτηριστικά των ΔΠΤ που δεν παρουσιάζουν βελτίωση ή τροποποίηση με την εστιασμένη στο παρόν ΓΣΘ, χρειαζόμαστε ένα πιο σφαιρικό μοντέλο που να ενσωματώνει τον ρόλο των πρώιμων εμπειριών στην ανάπτυξη των πυρηνικών πεποιθήσεων και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, όπως και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που συντηρούν αυτές τις υποβόσκουσες δομές [31, 32].

Η Θεραπεία Σχημάτων (ΘΣ) είναι μια απαρτιωτική θεραπευτική προσέγγιση που αναπτύχθηκε από τον Young [1] για να αντιμετωπίσει τα αιτήματα που αφορούσαν χρόνιες διαπροσωπικές δυσκολίες και ζητήματα ταυτότητας, όπως αυτά εμφανίζονται στα πλαίσια των Διαταραχών Προσωπικότητας, ιδίως της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Το μοντέλο δεν αντιμετωπίζει την αλλαγή μόνο σε ένα γνωστικό/διανοητικό επίπεδο, αλλά ενσωματώνει τεχνικές που οδηγούν σε συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Η ΘΣ στοχεύει στο άκαμπτο σύστημα πεποιθήσεων και στα υψηλά επίπεδα αποφευκτικότητας που συναντούμε στις ΔΠΤ, όπως και σε άλλα προβλήματα που συναντούμε στις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Την τελευταία δεκαετία έχει υπάρξει εκτεταμένο ερευνητικό ενδιαφέρον στην εφαρμογή της ΘΣ στις ΔΠΤ [33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41]. Η ανάγκη λοιπόν για ένα θεραπευτικό μοντέλο πιο πολύπλευρο και περιεκτικό, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σκέψεις, οι συμπεριφορές, αλλά και τα χαρακτηριστικά στοιχεία που συνυπάρχουν στα άτομα με ΔΠΤ οδήγησε στον θεραπευτικό συνδυασμό της ενισχυμένης ΓΣΘ και της ΘΣ και την εφαρμογή του στις ΔΠΤ.

Η Simpson [39] ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την εφαρμογή τεχνικών της ΘΣ σε ΔΠΤ, προσεγγίζοντας τη διατροφική συμπεριφορά ως μια έκφραση τρόπου λειτουργίας (mode) που έχει τις ρίζες της σε παιδικά βιώματα και τραύματα [1]. Εφαρμόζοντας τεχνικές όπως η «διορθωτική γονεϊκή στάση», οι νοερές εικόνες για την καταπολέμηση της πλευράς του επικριτικού/απαιτητικού γονέα, οι κάρτες υπενθύμισης για την ενδυνάμωση της όποιος ευαλωτότητας και της αντίστασης στην παρόρμηση της άσκησης της διατροφικής συμπεριφοράς, η Simpson παρατήρησε ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα ήταν θετικά και οι υποτροπές μικρότερου ποσοστού συγκριτικά με άλλες μορφές ΓΣ παρεμβάσεων.

Στο πλαίσιο του Κύκλου Εξειδίκευσης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας Συμπεριφοράς, του Παραρτήματος Μακεδονίας, οι δύο συγγραφείς του παρόντος άρθρου εφάρμοσαν ένα παρεμφερές μοντέλο, βασιζόμενες στο σκεπτικό ότι η ΘΣ στοχεύει στις δυσκολίες του σχετίζεσθαι που παρατηρούνται στις ΔΠ, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στη διαχείριση δυσφορικών συναισθημάτων, τα οποία θεωρεί ότι πηγάζουν από παιδικά βιώματα τα οποία οδήγησαν στη διαμόρφωση πυρηνικών πεποιθήσεων που βρίθουν διαστρεβλώσεων [1]. Έτσι, στο θεραπευτικό σχεδιασμό θεωρήθηκε ότι με αυτόν τον τρόπο οι παράγοντες διατήρησης που είχε εντοπίσει η ομάδα των Fairburn, Cooper και Shafran [15, 18, 20] θα αντιμετωπίζονταν πιο ολιστικά – με βάση και τις ενδείξεις από το πρόγραμμα αντιμετώπισης των ΔΠΤ με βάση τη ΘΣ της Simpson [39] – και συγχρόνως θα δινόταν έμφαση στο υπόστρωμα των ΔΠΤ που είναι οι ΔΠ, σύμφωνα με τις έρευνες [27, 28, 35].

Ένα επιπλέον στοιχείο που προστέθηκε στο μοντέλο αυτό ήταν η ένταξη τεχνικών που αφορούν την εικόνα σώματος [42], προκειμένου να ελεγχθεί αν και κατά πόσο ο παράγοντας αυτός που συνδέεται με τον παράγοντα διατήρησης της Fairbairn, για τη διαστρεβλωμένη αντίληψη βάρους και σχήματος του σώματος, μπορεί να ελεγχθεί θεραπευτικά και να συμβάλλει στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα του προτεινόμενου μοντέλου.

Μέχρι στιγμής έχουν ολοκληρωθεί τρεις Κύκλοι Εξειδίκευσης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (τα έτη 2012-2013, 2016, 2017), με τη συνολική συμμετοχή 18 θεραπειών, ψυχολόγων με πρότερη εκπαίδευση στη ΓΣΘ, και βρίσκεται σε εξέλιξη ο τέταρτος κύκλος με συμμετοχή 7 θεραπειών. Κάθε θεραπευτής έχει την υποχρέωση, εκτός από το θεωρητικό εκπαιδευτικό κομμάτι, να αναλάβει σε πρακτική άσκηση 2 περιστατικά με ΔΠΤ, ακολουθώντας το συνδυαστικό μοντέλο της ΓΣΘ και της ΘΣ. Η διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης ορίστηκε στις 25 συνεδρίες.

2. Η δομή της θεραπευτικής παρέμβασης

Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση ακολουθεί μια διαδικασία τριών σταδίων: το διαγνωστικό στάδιο, το θεραπευτικό στάδιο και το στάδιο ολοκλήρωσης της θεραπείας και της πρόληψης υποτροπής.

2.1. Πρώτο στάδιο

Στο πρώτο στάδιο περιλαμβάνεται η διαγνωστική αξιολόγηση της ΔΠΤ (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5) και γίνεται η λήψη ατομικού ιστορικού, προκειμένου να διερευνηθεί η όποια σχέση ανάμεσα στη διατροφική συμπεριφορά και διατροφική στάση με τις πυρηνικές πεποιθήσεις του/της θεραπευόμενου/ης. Επίσης, διερευνώνται η εικόνα σώματος και οι γνωστικές διαστρεβλώσεις σχετικά με την εμφάνιση, τη σημαντικότητα της και τον βαθμό επένδυσης σε αυτή.

Όλες αυτές οι πληροφορίες συνδυάζονται με τα αποτελέσματα των σχετικών ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται στην αρχική φάση της θεραπευτικής συνεργασίας (Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young YSQ-S3 [43], ερωτηματολόγια της αξιολόγησης της εικόνας του σώματος, των σκέψεων για την εικόνα σώματος, των αγχογόνων συνθηκών για την εμφάνιση, τη σημασία της εμφάνισης και της διαχείρισης του άγχους για την εικόνα του σώματος του Cash [44], EAT-26 του Garner [45], BITE των Henderson και Freeman [46] αντίστοιχα).

Από την πρώτη συνεδρία δίδεται ένα τριήμερο ημερολόγιο αυτοπαρατήρησης και καταγραφής της συχνότητας των διατροφικών συμπεριφορών (π.χ. υπερφαγικό επεισόδιο, εμετός, υπερ-εγκύμναση κ.ά.) σε μια πρώτη προσπάθεια να διερευνηθούν και να συνδεθούν γεγονότα-ερεθίσματα με συναισθήματα και διατροφική συμπεριφορά.

Επίσης, από το πρώτο στάδιο αρχίζουν να εφαρμόζονται τεχνικές από την κινητοποιητική συνέντευξη [47], οι οποίες εφαρμόζονται και σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, εφόσον κρίνεται απαραίτητο ή εφόσον προκύψουν ενδείξεις παλινδρόμησης. Παρέχεται ψυχοεκπαίδευση για τους κινδύνους που ενέχονται λόγω της ΔΠΤ, συζητείται η συνεργασία με διατροφολόγο και με τους σημαντικούς άλλους (εφόσον κρίνεται αναγκαίο) και συζητείται η αδιαπραγμάτευτη ανάγκη για ζύγισμα σε κάθε συνεδρία.

Τέλος, παρέχεται ενημέρωση για τη θεραπευτική διαδικασία και διαμορφώνεται το θεραπευτικό συμβόλαιο.

2.2. Δεύτερο στάδιο

Στην αρχή του δεύτερου σταδίου παρουσιάζεται στον/στη θεραπευόμενο/η η διατύπωση περίπτωσης (case formulation) και η ερμηνεία της διατροφικής συμπεριφοράς του/της. Στην ερμηνεία εντάσσονται όλα τα γεγονότα και τα στοιχεία από το ατομικό ιστορικό τα οποία συνέβαλαν στη διαμόρφωση των πυρηνικών πεποιθήσεων και, κατ' επέκταση, στη διαμόρφωση των πλευρών του εαυτού σύμφωνα με τη ΘΣ.

Στη συνέχεια, ορίζονται οι θεραπευτικοί στόχοι ανάλογα με το είδος της ΔΠΤ. Το ημερολόγιο καταγραφής και το εβδομαδιαίο ζύγισμα διατηρούνται υπό τη μορφή αδιαπραγμάτευτων όρων για τη συνέχιση της θεραπείας.

Η διατύπωση περίπτωσης και η ερμηνεία εστιάζουν στις πυρηνικές πεποιθήσεις και στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα του/της θεραπευόμενου/ης όπως αυτά προκύπτουν από το ατομικό ιστορικό του/της. Γίνεται σύνδεση μεταξύ διατροφικών συμπεριφορών και αναδυόμενων συναισθημάτων, όπως αυτά διαφαίνονται μέσα από τις καταγραφές του ημερολογίου, αλλά και μέσα από τις προφορικές περιγραφές. Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στα συναισθήματα που προηγούνται του διατροφικού επεισοδίου και σε αυτά που αναδύονται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Τα συναισθήματα που έπονται της διατροφικής αντίδρασης γίνονται αντιληπτά ως ενισχυτές διατήρησης του διατροφικού προβλήματος. Επίσης, προσοχή δίδεται και στους προβλεπτικούς και τους επισπευδικούς παράγοντες (anticipating and precipitating factors) (δηλαδή στους παράγοντες που συντέλεσαν και επέσπευσαν την εμφάνιση του προβλήματος, όπως αυτοί προκύπτουν από την αφήγηση του ατομικού ιστορικού των θεραπευόμενων), καθώς και στα δευτερογενή οφέλη που πιθανόν να απορρέουν από την ύπαρξη του διατροφικού προβλήματος.

Αναγνωρίζονται και διαχωρίζονται, σύμφωνα με τη ΘΣ, οι τρόποι λειτουργίας που φέρει ένα άτομο και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του και τη στάση του προς το σώμα και την εμφάνισή του. Έμφαση δίδεται και στον τρόπο που οι θεραπευόμενοι σχετίζονται και στο είδος των σχέσεων που διαμορφώνουν, καθώς μέσα από τις πληροφορίες αυτές αναδύονται σκέψεις και συναισθήματα που απαρτίζουν τους τρόπους λειτουργίας σύμφωνα με τη ΘΣ.

Με αυτή την προσέγγιση, η διατροφική αντίδραση γίνεται αντιληπτή ως ένας τρόπος λειτουργίας ο οποίος ενεργοποιείται προκειμένου να «βοηθήσει» το άτομο να αποκτήσει τον έλεγχο των συναισθημάτων του [48], είτε «προστατεύοντάς» το από δυσφορικά συναισθήματα (κυρίως σε περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας) είτε «βοηθώντας» το να διαχειριστεί δυσάρεστα συναισθήματα (κυρίως σε περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας, υπερφαγίας και παχυσαρκίας). Εφαρμόζονται βιοματικές τεχνικές από τη ΘΣ και τεχνικές γνωστικής αναδόμησης έτσι ώστε ο/η θεραπευόμενος/η να βιώσει την υφιστάμενη σύνδεση μεταξύ διατροφικών συμπεριφορών και αναδυόμενων συναισθημάτων και να κατανοήσει τις πηγές προέλευσής τους.

Ως προς τις υπόλοιπες δυσλειτουργικές συμπεριφορές, οι οποίες προκύπτουν από τη διαταραχή προσωπικότητάς του/της, εφαρμόζονται τεχνικές από τη ΘΣ, όπως η νοερή εικόνα και η τεχνική της άδειας καρτέκλας [1, 49, 50].

Παράλληλα ενσωματώνονται στη θεραπευτική διαδικασία τεχνικές γνωστικής αναδόμησης ως προς την πρόσληψη και νοηματοδότηση πληροφοριών από το ευρύτερο και το εγγύτερο περιβάλλον και τους τρόπους σχετίζεσθαι.

Με βάση τις πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια για την εικόνα σώματος [44] και την αφήγηση του/της θεραπευόμενου/ης,

η επικέντρωση στρέφεται στην όποια διαστρέβλωση εντοπίστηκε σχετικά με την εικόνα του σώματος και εφαρμόζονται τεχνικές βελτίωσής της [42].

Οι τεχνικές αυτές διακρίνονται σε τεχνικές που αφορούν την οπτική διαστρέβλωση, τη γνωστική διαστρέβλωση και τη βιωματική σύνδεση με το σώμα και στοχεύουν στην καταπολέμηση της όποιας οπτικής, γνωστικής διαστρέβλωσης και σε μια πιο υγιή σχέση με το σώμα μέσα από βιωματικές τεχνικές (βλ. Πίνακα 1) [42].

Προς αποφυγήν μεγάλης έκτασης του άρθρου, θα αναφερθούν πολύ επιγραμματικά, ενδεικτικά μόνο, κάποιες τεχνικές. Αρχικά, η τεχνική του καθρέφτη ανήκει στην ομάδα της «οπτικής διαστρέβλωσης». Κατά την εφαρμογή της, ο/η θεραπευόμενος/η καλείται να παρατηρήσει το σώμα του/της μπροστά σε έναν καθρέφτη ώστε να εξοικειωθεί/συμφιλιωθεί με την εικόνα του/της και να μετατοπίσει την οπτική εστίαση στο σώμα του/της από τα αρνητικά σημεία στα θετικά. Επίσης, η τεχνική του περιγράμματος του σώματος, κατά την οποία ο θεραπευτής σχεδιάζει το περίγραμμα του σώματος σε ένα χαρτί, πάνω στο οποίο έχει ξαπλώσει ο/η θεραπευόμενος/η, με στόχο να φανεί η διαφορά ανάμεσα στη ρεαλιστική εικόνα που δίνει το σώμα και στην υποκειμενική επικριτική εικόνα που διατηρεί ο/η θεραπευόμενος/η. Η συγκεκριμένη τεχνική εφαρμόζεται και προς το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας, όπου ο/η θεραπευόμενος/η το «στολίζει» με χρώματα, το «ντύνει» και του «μιλάει» έχοντάς το απέναντί του/της. Τέλος, η τεχνική της σύγκρισης, κατά την οποία στο εδώ και τώρα και στη διάρκεια της συνεδρίας γίνεται σύγκριση των άκρων του/της θεραπευόμενου/ης με αυτά του θεραπευτή, ώστε να λειτουργήσει ως αμφισβήτηση της εικόνας που έχει για το μέγεθος των άκρων του/της και άρα ίσως για τη διαστρεβλωμένη αντίληψή του/της για υπόλοιπο σώμα.

Οι τεχνικές για την αντιμετώπιση της γνωστικής διαστρέβλωσης περιλαμβάνουν την τεχνική του ημερολογίου αρνητικών σκέψεων (και αμφισβήτησης αυτών) και θετικών σκέψεων για το σώμα, όπου καταγράφονται καθημερινά οι αρνητικές σκέψεις που αφορούν το σώμα και αντιπαρατίθενται οι θετικές, την τεχνική της κάθετης διερεύνησης για την εικόνα του σώματος προκειμένου να διερευνηθεί η πυρηνική πεποίθηση που υποβόσκει της αρνητικής εικόνας για το σώμα και η σύνδεσή της με την αυταξία του/της θεραπευόμενου/ης, καθώς και την τεχνική της κάρτας υπενθύμισης [51]. Η τεχνική της κάρτας υπενθύμισης εφαρμόζεται με δύο τρόπους: καταρχάς, όσον αφορά την εικόνα σώματος, γίνεται καταγραφή των γνωστικών διαστρεβλώσεων έτσι ώστε να διευκολύνεται η αναγνώρισή τους και εκτός συνεδριών και γίνεται καταγραφή των επιχειρημάτων κατά των διαστρεβλώσεων. Συνήθως το περιεχόμενο των καρτών δεν αναφέρεται μόνο στην εικόνα σώματος, αλλά άπτεται και άλλων συναφών πάντα συμπεριφορών που σχετίζονται άμεσα με την εικόνα του σώματος, είτε ως εκλυτικός παράγοντας είτε ως αποτέλεσμα της αρνητικής εικόνας κ.ά.

Ο δεύτερος τρόπος χρήσης των καρτών υπενθύμισης αφορά την αναγνώριση των τρόπων λειτουργίας και τη διαφοροετική διαχείριση ψυχοπνευματικών συνθηκών, με βάση τη Θεραπεία Σχημάτων [1]. Προτείνεται στον/στη θεραπευόμενο/η να γράψει σε κάρτες, εντός της συνεδρίας, τον τρόπο λειτουργίας που αναγνωρίζει ότι αναδύεται σε μια δεδομένη στιγμή, την προέλευσή του και τον τρόπο διαφοροετικής αντίδρασης.

2.3. Τρίτο στάδιο

Κατά τη φάση ολοκλήρωσης της θεραπείας πραγματοποιείται και η ψυχοεκπαίδευση σχετικά με την πιθανότητα υποτροπής. Οι θεραπευόμενοι/ες είναι σημαντικό να μάθουν τα ενδεικτικά σημάδια μιας αρχόμενης υποτροπής, να αναγνωρίζουν τότε πυροδοτείται ένα αρνητικό συναίσθημα και με τι συνδέεται, καθώς και πότε/γιατί πυροδοτείται μια διαστρέβλωση για την εικόνα του σώματος ή μια αρνητική σκέψη για την εμφάνιση και πώς καταλήγουν να κάνουν ένα επεισόδιο υπερφαγίας, εμετού, υπεργύμναση, τροφική αποστέρηση, δηλαδή να γίνει ξεκάθαρη η αλυσιδωτή σύνδεση μεταξύ σκέψεων και συναίσθημάτων με τη διατροφική δυσλειτουργική αντίδραση [52].

Η σαφής ερμηνεία της διατροφικής συμπεριφοράς που έχει ήδη δοθεί στο δεύτερο στάδιο στον/στη θεραπευόμενο/η και αφορά την αιτιολόγηση της εμφάνισης της διατροφικής δυσλειτουργίας και την επισήμανση των παραγόντων διατήρησής της, λειτουργεί και σαν κάρτα υπενθύμισης, αλλά και ως παρεμπόδιση μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας ή νηστείας για αποφυγή επανάληψης.

Συνήθως, οι υποτροπές συμβαίνουν όταν το δίκτυο –κοινωνικό, οικογενειακό, εργασιακό– δεν είναι υποστηρικτικό, όταν υποβόσκει διαταραχή προσωπικότητας την οποία δεν έχουμε διαχειριστεί θεραπευτικά, όταν συντελείται μετατροπή συμπτώματος από ένα είδος ΔΠΤ σε ένα άλλο (βλ. Πίνακα 1 στο Παράρτημα). Ενδεικτικά, η νευρική ανορεξία μπορεί εν δυνάμει να μετατραπεί σε βουλιμία, σε συμπεριφορές υπερεργύμνασης, σε μονοφαγία, σε ορθορεξία, σε σωματοδυσμορφοφοβία [53]. Η βουλιμία μπορεί να μετατραπεί σε υπερεργύμναση, σε περιοδικές νηστείες και υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα σώματος γενικά ή και ειδικά για σημεία του σώματος (σωματοδυσμορφοφοβία) [54, 55]. Συνήθως προηγείται δυσκολία στη διαχείριση των αρνητικών συναίσθημάτων. Παρόμοια υποτροπή εμφανίζεται και στην παρόρμηση του ατόμου να καταναλώσει φαγητό. Για την παχυσαρκία, η υποτροπή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον προσωπικό αυτοέλεγχο και την τάση για σκέψεις παραίτησης και αυτομομφής ως προς την επίτευξη ή μη του στόχου διατήρησης του βάρους.

Στον Πίνακα 2 του Παραρτήματος παρουσιάζονται επιγραμματικά οι πιθανές ενδείξεις αρχόμενης υποτροπής οι οποίες επικοινωνούνται στον/στη θεραπευόμενο/η ώστε να γνωρίζει εκ των προτέρων πότε χρειάζεται να επιστήσει την προσοχή του στα συμπτώματα.

2.4. Ολοκλήρωση της θεραπείας: Αποχαιρετιστήριο γράμμα σε παλιό εαυτό και αισιόδοξοι στόχοι για το μέλλον

Όπως και στις υπόλοιπες θεραπευτικές παρεμβάσεις, έτσι και σε αυτή την παρέμβαση είναι σημαντικό ο/η θεραπευόμενος/η να «αποχαιρετίσει» τη διαδικασία με φιλικούς όρους. Δηλαδή, ολοκληρώνοντας τη διαδικασία αυτή, να αισθανθεί ότι υπήρξε συνοδοιπόρος και όχι ασθενής, ότι ήταν μια πορεία συνεργασίας που οδήγησε σε κατανόηση και αποδοχή του εαυτού.

Αφού προηγηθεί μια ανασκόπηση των όσων μεσολάβησαν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας (οφέλη, δυσκολίες, αλλαγές ζωής και σχέσεων, θεραπευτική σχέση) ο/η θεραπευόμενος/η καλείται να προετοιμάσει ένα γράμμα προς τον «παλιό εαυτό» του/της και να καταγράψει μελλοντικούς στόχους του/της. Η επιστολή αυτή διαβάζεται στη διάρκεια της τελευταίας συνεδρίας και επιστρέφεται στον/στη θεραπευόμενο/η ώστε να λειτουργήσει μελλοντικά σαν μια κάρτα υπενθύμισης για τις στιγμές πιθανής υποτροπής. Ένα παράδειγμα απόσπασμα

από μια τέτοια επιστολή είναι το ακόλουθο (παρατίθεται με την έγγραφη άδεια της θεραπευόμενης, η οποία παρακολούθησε το συνδυαστικό πρόγραμμα ΓΣΘ και ΘΑ):

«...και τώρα κάτι νέο αρχίζει! Εγώ και το σώμα μου! Εγώ και ο εαυτός μου! Χωρίς ντροπές, χωρίς ενοχές, με αισιοδοξία ότι θα τα καταφέρουμε, θα τα καταφέρω! Με ταλαιπώρησες, σε ταλαιπώρησα... όμως δεν ήξερα πόσο πολύ πονούσα και σε πονούσα. Δεν ήξερα ότι όλο αυτό ήταν ο τρόπος μου να επιβιώσω σε μια συναισθηματική ερημιά που ούτε θέλω να θυμάμαι. Δεν ήξερα ότι το παιδί μέσα μου πεινούσε για άλλα πράγματα και όχι για γλυκά. Τώρα ξέρω και μπορώ να με φροντίσω...».

3. Συμπεράσματα

Το μοντέλο παρέμβασης στις ΔΠΤ που περιεγράφηκε παραπάνω εφαρμόζεται με πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα στο επιμέρους πρόγραμμα εξειδίκευσης στις ΔΠΤ που προσφέρει το Παράρτημα Μακεδονίας της ΕΕΕΣ, σε ψυχολόγους και ψυχιάτρους που παρακολουθούν το γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη ΓΣΘ, όπως προκύπτει με την παρατήρηση της βελτίωσης της συμπτωματολογίας των ΔΠΤ και τη μείωση των συμπτωμάτων που οδηγούν στην κλινική τους διάγνωση στο τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης.

Επί του παρόντος δεν είναι δυνατή η στατιστική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις του τρέχοντος κύκλου εξειδίκευσης δεν έχουν ολοκληρωθεί ακόμη και, αναφορικά με τους προηγούμενους κύκλους, ο αριθμός των θεραπευόμενων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία επιστρέφοντας συμπληρωμένα τα τελικά ερωτηματολόγια δεν είναι αρκετός για να στηρίξει στατιστικά τη θετική έκβαση που διαφαίνεται από την κλινική παρατήρηση. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που στηρίζουν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου θα δημοσιευτούν στο μέλλον, μόλις συγκεντρωθεί ο απαραίτητος αριθμός του δείγματος.

Παρά την έλλειψη ποσοτικών αποτελεσμάτων, η κλινική παρατήρηση δείχνει ότι ο συγκεκρισμός της Θεραπείας Σχημάτων με τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία λειτουργεί θετικά, σύμφωνα τουλάχιστον με τις αυτοαναφορές των θεραπευόμενων στην τελική θεραπευτική συνεδρία, όπου ζητείται ανατροφοδότηση για τη θεραπευτική πορεία και την παρούσα συναισθηματική και συμπεριφορική τους κατάσταση, αλλά και από την κλινική εικόνα τους ως προς το διατροφικό πρόβλημα.

Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν όλες οι θεραπευόμενες ανέφεραν βελτίωση στον τρόπο που αντιμετώπιζαν το σώμα τους, αναγνώριζαν ότι αποδέχονταν και συμφιλιώθηκαν με το σώμα τους. Επιπλέον, το σχετιζόμενο άγχος για την εμφάνιση είχε υποχωρήσει αισθητά συγκριτικά με αυτά που ένιωθαν και σκέφτονταν στην αρχή της θεραπείας. Επίσης, υπήρξαν αναφορές για βελτίωση στην ανοχή των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, για βελτίωση της αναγνώρισης των δυσφορικών συναισθημάτων και αλλαγής στον τρόπο διαχείρισής τους, την οποία αλλαγή συνέδεαν με την υποχώρηση των διατροφικών προβληματικών συμπεριφορών τους. Πλήρης υποχώρηση της όποια διατροφικής διαταραχής και παχυσαρκίας δεν παρατηρήθηκε, ωστόσο, αυτό ήταν αναμενόμενο λόγω του περιορισμένου αριθμού συνεδριών (25 συνεδρίες) που προσέφερε το πρόγραμμα. Εντούτοις, σχεδόν όλες οι θεραπευόμενες περιέγραφαν μια βελτιωμένη στάση απέναντι στη διατροφή τους συγκριτικά με την αρχή της θεραπείας.

Θεωρούμε ότι ο συγκεκριμένος συγκεκρισμός λειτουργεί για τους εξής λόγους:

- (1) Η νοηματοδότηση της διατροφικής συμπεριφοράς ως ένας τρόπος λειτουργίας προς διαχείριση των δυσφορικών συναισθημάτων, και όχι ως μια δυσλειτουργικά αυτούσια συμπεριφορά, επιτρέπει την εφαρμογή βιωματικών παρεμβάσεων οι οποίες καταπολεμούν άμεσα τις πυρηνικές πεποιθήσεις.
- (2) Ο/Η θεραπευόμενος/η μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συναισθημάτα του/της ως αναβιώσεις παιδικών εμπειριών, και άρα
- (3) Η σύνδεση των παρόντων δυσφορικών συναισθημάτων με πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα επιτρέπει στον/στη θεραπευόμενο/η να αντιληφθεί τη διατροφική συμπεριφορά του/της όχι ως «ασθένεια», αλλά ως μια δυσλειτουργική στρατηγική διαχείρισης που δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα των αρνητικών εμπειριών και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων.
- (4) Η στάση διαχείρισης μετακινείται από μια ηττοπαθή στάση, όπου το άτομο «υπόκειται σε μια κατάσταση», σε μια στάση όπου η διατροφική συμπεριφορά μεταφράζεται ως αντίδραση σε κάτι που βιώνεται αρνητικά, άρα είναι και εν δυνάμει διαχειρίσιμη, αφού υπάρχουν περιθώρια επιλογής και διαφορετικής αντίδρασης.

Στόχος αυτού του άρθρου ήταν η περιγραφή του συγκεκριμένου μοντέλου ως μια πρόσκληση για επιστημονική συζήτηση, καθώς και η επιστημονική και κλινική διάχυση της κλινικής εμπειρίας από την εφαρμογή του στις ΔΠΤ.

Ενώ οι ΔΠΤ αποτελούν ένα υπολογίσιμο ποσοστό των κλινικών αιτημάτων, στον βαθμό που γνωρίζουμε, στον ελλαδικό χώρο δεν φαίνεται να υπάρχουν δημοσιεύσεις για συγκεκριμένα μοντέλα παρέμβασης στις ΔΠΤ και φυσικά ούτε στατιστικά στοιχεία αποτελεσματικότητας. Επομένως, θεωρείται αναγκαίο να υπάρξουν προτάσεις διάφορων μορφών παρέμβασης, οι οποίες θα ελεγχθούν στατιστικά ως προς την αποτελεσματικότητά τους, προκειμένου να υπάρχουν στοχευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις που θα μπορούν να υιοθετηθούν από οργανωμένα κέντρα ψυχολογικών θεραπειών ή και ιδιώτες θεραπευτές, με στόχο την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ΔΠΤ. Μια τέτοιου είδους πρόταση αποτελεί το μοντέλο παρέμβασης που παρουσιάστηκε στο άρθρο αυτό και του οποίου η αποτελεσματικότητα βρίσκεται υπό στατιστική ανάλυση και επίκειται η δημοσίευση των αποτελεσμάτων.

Παράρτημα

Πίνακας 1. Ασκήσεις βελτίωσης της εικόνας του σώματος

Τεχνικές για την αντιμετώπιση της οπτικής διαστρέβλωσης	Τεχνικές για την αντιμετώπιση της γνωστικής διαστρέβλωσης	Τεχνικές βίωσης του σώματος και συμφιλίωσης με το σώμα
Η τεχνική του καθρέφτη	Η τεχνική του ημερολογίου αρνητικών (και αμφισβήτησης αυτών) και θετικών σκέψεων για το σώμα	Η τεχνική της αναγνώρισης και της ορθής ονομασίας των συναισθημάτων
Η τεχνική της φωτογραφίας και η τεχνική της βιντεοσκόπησης	Η τεχνική της κάθετης διερεύνησης στην εικόνα του σώματος	Η τεχνική της ένδυσης και του στολισμού του περιγράμματος του σώματος
Η τεχνική του περιγράμματος του σώματος	Η τεχνική της κάθαρτας υπενθύμισης των γνωστικών διαστρεβλώσεων	Η τεχνική της συνομιλίας με το περίγραμμα
Η τεχνική της σύγκρισης	Η τεχνική της καθημερινής θετικής αυτοαξιολόγησης	Η τεχνική της επιστολής προς τον εαυτό και της περιγραφής των αισθήσεων κατά σωματικά τμήματα
	Η τεχνική της προβολής στο μέλλον	
	Η τεχνική της συνομιλίας με τον «προβοκάτορα» εαυτό	
	Η τεχνική της θετικής συνομιλίας με τον εαυτό	

Πηγή: Χάιντς (2020)

Πίνακας 2. Πιθανές ενδείξεις αρχόμενης υποτροπής

Γνωστικές/Συμπεριφορικές ενδείξεις	Συναισθηματικές ενδείξεις
Ένδυση με φαρδιά ρούχα	Άγχος, στρες που καταλήγει σε δυσφορία λόγω δυσκολιών διαχείρισής τους Συναισθήματα πίεσης λόγω οικογενειακών θεμάτων ή θεμάτων που αναδύθηκαν στη θεραπεία
Τελειοθηρικές σκέψεις	Συναισθήματα λύπης ή αβοηθησίας
Αύξηση του χρόνου παρατήρησης του σώματος μπροστά στον καθρέφτη	Αυξανόμενη ανάγκη για έλεγχο
Αύξηση του χρόνου ενασχόλησης και ανησυχίας για το σχήμα/βάρος του σώματος	Αισθήματα ενοχής μετά από φαγητό
Ψέματα ή απόκρυψη διατροφικών συμπεριφορών από την οικογένεια ή και φίλους	Αύξηση συναισθημάτων μοναξιάς που οδηγούν σε επιλογή μοναχικού χρόνου και μοναχικών δραστηριοτήτων
Αποφυγή συνθηκών όπου εμπλέκεται και φαγητό	

Cognitive Behavioral Therapy combined with Schema Therapy: Presentation of a clinical therapeutic intervention for Eating Disorders

Elena Heinz¹, Christi Pasalidou²

¹ PhD, Psychologist, Cognitive Behaviour Therapist and Supervisor, Schema Therapist and Supervisor

² Pasalidou Christi, MSc, Cognitive Behaviour Therapist and Supervisor, Schema Therapist and Supervisor

Greek Association for Behavioral Therapy and Research, Branch of Macedonia. Psychological Center «STIRIXIS», Ermou 48, Thessaloniki, 54623
Email: eesm@otenet.gr – Tel.: 2310 274 610

Correspondence: Elena Heinz, Mitropoleos 61, 5423 Thessaloniki

Abstract

The link between Eating Disorders (ED) and Early Maladaptive Schemas (EMS), as described by Young [1] is becoming more and more evident over the last years, as there is more and more evidence focusing on the therapeutic outcome of Schema Therapy in single or more complex and combined ED.

It seems that there are some factors such as the lack of therapeutic response in Cognitive Behavioral Treatment of Eating Disorders, the large percentage of relapses as well as the increasing evidence of the important role of different Personality Disorders in Eating Disorders, that point out the necessity of the contribution of a new therapeutic approach in Eating Disorders.

In the present article, we will present a suggested therapeutic model combining CBT and Schema Therapy, as well as the new research evidence which support the need of its implementation in the new therapeutic approach, combining and ameliorating the CBT perspective of eating behavior as an isolated behavior as well as its therapeutic focus on “here and now”, using only cognitive-behavioral techniques.

Keywords: Eating Disorders, Cognitive behavioral Therapy, Schema Therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (Rev. ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 1994.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, 2013.
- [3] Murphy R, Straepler S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 2010 Sep; 3 (3): 611-27.
- [4] Fairburn CG. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Med*, 1981; 11: 707-711.
- [5] Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioural approach to anorexia nervosa. *Cog Ther Res*, 1982; 6: 123-150.
- [6] Vitousek KB. The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. Guilford Press, 1996: 383-418.
- [7] Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In CG Fairburn, & GT Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Guilford Press, 1993: 361-404.
- [8] Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57: 459-466.
- [9] Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA & Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52: 304-312.
- [10] Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R, Clewes J, Heinmaa M, Rockert W, Shaw B. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behav Res Ther*, 1997; 35: 803-811.
- [11] Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 1999; 37: 1-13.

- [12] Berg KC, Crosby RD, Cao L, Peterson CB, Engel SG, Mitchell JE, Wonderlich SA. Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in women with bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol.* 2013 Feb; 122(1): 111-8.
- [13] Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991 Jul; 110(1): 86-108.
- [14] Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol.* 2006 Sep; 45(Pt 3): 343-66.
- [15] Fairburn CG, Cooper Z, Shafran, R. Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41: 509-528.
- [16] Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* Guilford Press, 2008.
- [17] Cooper Z, Fairburn CG. The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning from Treatment Nonresponse. *Cogn Behav Pract.* 2011 Aug; 18(3): 394-402.
- [18] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O’Connor ME, Bohn K, Hawker DM. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry.* 2009; 166: 311-319.
- [19] Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behav Res Ther.* 2011; 49(4): 219-226.
- [20] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O’Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK - Italy study. *Behav Res Ther.* 2013; 51: 2-8.
- [21] Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol.* 2000; 39(2): 205-13.
- [22] Mountford V, Waller G. Using imagery in cognitive-behavioral treatment for eating disorders: Tackling the restrictive mode. *Int J Eat Disord.* 2006; 39(7): 533-43.
- [23] Lawson R, Waller G, Lockwood R. Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eat Behav.* 2007; 8(3): 305-10.
- [24] Waller G, Corstorphine E, Mountford V. The Role of Emotional Abuse in the Eating Disorders: Implications for Treatment. *Eat Disord.* 2007; 15(4): 317-31.
- [25] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG JR, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry.* 2007; 1, 61(3): 348-358.
- [26] Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med.* 2006; 68(3): 454-62.
- [27] Thompson-Brenner H, Eddy KT, Satir DA, Boisseau CL, Westen D. Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *J. Child Psychol.* 2008; 49(2): 170-180.
- [28] Spindler G, Milos G. Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eat Behav.* 2007; 8(3): 364-73.
- [29] Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, Stout RL. Natural Course of Bulimia Nervosa and of Eating Disorder Not Otherwise Specified: 5-Year Prospective Study of Remissions, Relapses, and the Effects of Personality Disorder Psychopathology. *J Clin Psychiatry.* 2007; May; 68(5): 738-746.
- [30] Waller G, Ohanian V, Meyer C, Osman S. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord.* 2000; 28: 235-241.
- [31] Waller G, Kennerley H. Cognitive behavioural treatments. In J. Treasure, U. Schmidt & E. Furth (Eds.). *Handbook of eating disorders.* Chichester: Wiley, 2003: 233-252.
- [32] Murphy S, Russell L, Waller G. Interpersonal psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: Theory, practice and preliminary findings. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13: 383-391.
- [33] Ford G, Waller G, Mountford V. Invalidating childhood environments and core beliefs in women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2011; 19(4): 316-321.
- [34] Edwards DJA. Reparenting in der schematherapie - Eine fallstudie bei anorexia nervosa. In C. Archonti, E. Roediger & M. de Zwaan (Eds.), *Schematherapie bei Essstörungen* Beltz, 2016: 163-191.
- [35] Edwards, DJA. An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 1 - Background, method and Child and Parent Modes. *IPJP.* 2017a; 17(1): 1-13.
- [36] Edwards, DJA. An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2-Coping modes, Healthy Adult mode, superordinate themes and implications for research and practice. *IPJP.* 2017b; 17(1): 1-12.
- [37] Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 2015; 39: 30-41.
- [38] Simpson S. Schema therapy for eating disorders: A case study illustration of the mode approach. In M van Vreeswijk, J Broersen & M Nadort (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice.* John Wiley & Sons, 2012: 145-171.
- [39] Simpson S. Schema therapy assessment of eating disorders. In S Simpson & E Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders.* Routledge, 2020a: 37-55.
- [40] Simpson, S. Schema therapy conceptualisation of eating disorders. In S Simpson & E Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders: theory and practice for individual and group settings.* Routledge, 2020b: 56-66.
- [41] Simpson S, Pietrabissa G, Rossi A, Seychell T, Manzoni GM, Munro C, Nesci JB, Castelnovo G. Factorial structure and preliminary validation of the Schema Mode Inventory for Eating Disorders (SMI-ED). *Front Psychol.* 2018; 9(600): 1-17.
- [42] Χάνιτς Ε. *Εικόνα Σώματος και Διατροφικές Διαταραχές Ένας Οδηγός για Θεραπευτές.* Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2020.
- [43] Μαλογιάννης ΙΑ, Αγγελή Αικ, Γαρόνη Ντ, Τζαβάρια Χ, Μιχόπουλος Ι, Πεγλιβανίδης Α, Καλαντζή-Αζίζι Α & Παπαδημητρίου ΓΝ. Στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3): Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και εγκυρότητα. *Ψυχιατρική.* 2018; 29 (3): 220-230.
- [44] Cash TF. *The body image workbook: An eight-step program for learning to like your looks* (2nd ed.). New Harbinger Publications, 2008.
- [45] Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y & Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982; 12(4): 871-8.
- [46] Henderson M, Freeman CP. A Self-rating Scale for Bulimia The BITE. *Br J Psychiatry.* 1987; 150:18-24.
- [47] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press, 2013.
- [48] Branley-Bell D, Talbot CV. “It is the only constant in what feels like a completely upside down and scary world”: Living with an eating disorder during COVID-19 and the importance of perceived control for recovery and relapse. *Appetite.* 2021; 167: 18-24.
- [49] Farrell, JM, Reiss N, Shaw I. *The Schema Therapy Clinician’s Guide A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs.* West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.
- [50] Arntz A, van Genderen UJ. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder.* West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
- [51] Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: Meridian, 1979.
- [52] Sainsbury K, Evans EH, Pedersen S, Marques MM, Teixeira PJ, Lähteenmäki L, Stubbs RJ, Heitmann BL & Sniehotta FF. Attribution of weight regain to emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight following a weight loss attempt. *Eat Weight Disord.* 2019; 24: 351–361.
- [53] Bewell-Weiss CV, Carter JC. Predictors of excessive exercise in anorexia nervosa. *Compr Psychiatry.* 2010; 51,6: 566-571.
- [54] Sala M, Keshishian An, Song S, Moskowit R, Bulik CM, Roos CR, Levinson ChA. Predictors of relapse in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2023; 158, Feb: 281-299.
- [55] Walsh BT, Xu T, Wang Y, Attia E, Kaplan AS. Time Course of Relapse Following Acute Treatment for Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry.* 2021; 178,9: 848-85.